



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Regioni e Asl

Campania. La Regione accelera sugli accreditamenti. Ma sui laboratori c'è lo stop del Ministero

Il ministero della Salute e delle Finanze ritengono non proponibili gli accreditamenti in assenza della indicazione della soglia minima di efficienza da raggiungere nel piano di riordino dei laboratori di analisi. Per gli ex convenzionati della Campania la dead-line è il prossimo 31 ottobre, ma la dalla Regione si punta a chiudere entro il 30 giugno.



27 MAR - Accreditamenti delle strutture sanitarie private: la Regione Campania accusa tuttavia una battuta di arresto con lo stop acceso dal ministero della Salute e delle Finanze che ritengono non proponibili gli accreditamenti in assenza della indicazione della soglia minima di efficienza da raggiungere nell'ambito delle aggregazioni definite dal decreto commissariale n. 109 dello scorso novembre (piano di riordino dei laboratori di analisi). Mentre a Roma la Corte costituzionale riprende in mano, in un'udienza che si è svolta proprio oggi, il ricorso del governo contro la legge campana già bocciata per due volte dai giudici della Consulta.

“Una piccola battuta di arresto – avverte **Ettore Cinque**, sub commissario per la sanità regionale intervenuto al Forum promosso dall'Aspat (associazione sanità accreditata territoriale) - un incidente di percorso facilmente superabile. Abbiamo già programmato un incontro a Roma per chiarire questo nodo. Del resto la legge 4 del 2011 non impugnata dal governo e non caducata, dispone esattamente il contrario. Ovvero prima gli accreditamenti e poi la rete e le aggregazioni in fase di attuazione. Risponderemo dunque con le nostre controdeduzioni ponendo anche una questione politica laddove i ritardi oggettivi della Campania in questo campo, con la proroga concessa dal governo al prossimo 31 ottobre, ci devono vedere impegnati a disegnare un percorso comune fondato sul pragmatismo”.

Per gli ex convenzionati della Campania la dead-line - per entrare a pieno titolo nelle rete delle strutture che erogano prestazioni in nome e per conto del servizio sanitario regionale - è il prossimo 31 ottobre. Ma la Regione, per voce di **Mario Vasco**, direttore generale del dipartimento per la Salute della Campania, intende centrare l'obiettivo già entro il prossimo 30 giugno.

“Il nostro obiettivo – avverte Vasco – è completare l’iter degli accreditamenti entro il prossimo 30 giugno”. Rispetto alle 1536 domande giunte un anno fa alla piattaforma informatica attivata dalla Soresa spa (società partecipata regionale per la sanità) sono state lavorate dalle Asl circa l’80 per cento delle istanze. “Tutto l’iter definito dalle legge 4 del 2011 è stato rispettato – avverte Vasco - abbiamo completato il vaglio dei centri della Asl Napoli 3 sud e quelli relativi alla Asl di Benevento. Per Caserta siamo in fase avanzata di istruttoria. Stiamo anche definendo i decreti commissariali per i laboratori di analisi”.

Pronto a dare man forte alle ragioni della Campania al tavolo interministeriale di verifica sul Piano di rientro dal deficit è **Raffaele Calabrò** consigliere per la sanità del presidente della Regione Stefano Caldoro e parlamentare del Nuovo centro destra. “Siamo in una fase di recupero – spiega Calabrò - i pagamenti, dopo anni di crisi hanno raggiunto una fase di stabilità. Esistono ancora criticità nei Comuni per la remunerazione delle cure erogate agli anziani, a cronici e disabili nell’ambito dei piani di zona che sono oggi l’anello debole delle finanze della pubblica amministrazione. Siamo anche impegnati ad approfondire e definire la programmazione dell’assistenza territoriale, ancora in fase embrionaria. Anche i momenti contrattuali tra Asl ed erogatori sono in fase di definizione. Dalla teoria bisogna ora passare alla pratica per definire in maniera operativa i ruoli e le funzioni delle unità territoriali per le cure primarie e dell’ospedale del territorio da gestire in piena sintonia con i medici di medicina generale la cui nuova funzione è stata già definita dall’accordo integrativo regionale.

La riforma è ineludibile e passa anche per una nuova contrattazione. Servono i percorsi: il paziente non può fare la spola dal medico di famiglia al poliambulatorio e poi all’ospedale. Stiamo definendo percorsi omogenei per ridare appropriatezza ai livelli essenziali di assistenza. Il paziente deve essere seguito dal suo medico di riferimento e poi curato in un circuito virtuoso e in un sistema organizzato ridando all’ospedale di zona e territoriale il ruolo un tempo conferito all’ospedale di elezione che oggi deve sempre più occuparsi solo e soltanto delle cure ad alta complessità”.

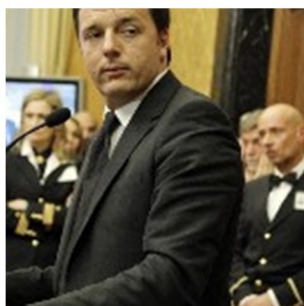
Sul tappeto resta la certificazione dei crediti del settore socio-sanitario: mercoledì prossimo a Roma alla vicepresidenza della Camera **chiederà risposte al default dei Comuni**. “L’obbligo a certificare i crediti lascia il tempo che trova se le banche non comprano i crediti a causa del rating dei Comuni inguardabile – sottolinea **Pier Paolo Polizzi**, presidente Aspat, la norma c’è: attiene al fondo di garanzia per le Pmi con fidejussioni ad hoc che consentono di acquisire i crediti”. Anche qui un percorso da disegnare. E Calabrò assicura il suo appoggio.

Ettore Mautone

Governo e Parlamento

Titolo V e sanità. Renzi orientato a dare la competenza esclusiva alle Regioni

Alla vigilia della discussione in direzione PD sul ddl di riforma costituzionale del Governo, si infittiscono le indiscrezioni che danno per certa la scelta di Renzi di eliminare la legislazione concorrente in materia di tutela della salute. Allo Stato resterebbe l'esclusività sui Lea e sui principi generali.



Tra le tante materie oggetto della divisione di competenze tra Stato e Regioni previste dell'art. 117 del Titolo V della Costituzione, così come riformato nel 2001, c'è la tutela della salute.

Nella formulazione attuale essa rientra tra le materie a legislazione concorrente per le quali è previsto che spetti alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

Allo Stato restano appunto i principi fondamentali e la determinazione dei livelli essenziali di assistenza che rientrano in quanto previsto dalla lettera m) dello stesso art.117 della Costituzione, laddove si prevede che spetta allo Stato in via esclusiva la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

In questi 13 anni siamo andati avanti così. Le Regioni legiferano su tutta la materia e lo Stato vigila sui Lea, mentre Governo e Parlamento dovrebbero legiferare sui principi fondamentali in materia sanitaria. Tutto bene? Non proprio. Intanto abbiamo assistito a una cronicizzazione del contenzioso tra Governo e Regioni su molte iniziative legislative sanitarie locali, spesso impugnate e spesso abrogate per incostituzionalità.

Poi si è verificato un altro fenomeno, forse non previsto dal legislatore del 2001, e cioè quello di veder sempre più limitato il potere di fare leggi in materia sanitaria da parte del Parlamento. Le Regioni infatti sono gelosissime della loro autonomia (anche se concorrente) sul piano legislativo e spesso e volentieri, in un gioco a specchio rovesciato, sono loro a sollevare problemi di incostituzionalità verso i disegni di legge parlamentari o governativi. Che così, per evitarli, si sono ormai ridotti a un elenco sempre più generico di principi la cui attuazione è sempre delegata alle Regioni.

Ma perché parliamo di tutto questo? Per chi non lo sapesse ancora perché proprio oggi in direzione PD il premier Matteo Renzi potrebbe scardinare questo “equilibrio” molto squilibrato. Nelle anticipazioni numerose sul suo disegno riformatore della Costituzione Renzi ha già detto chiaro e tondo che la “concorrenzialità” del Titolo V va superata, ma fino ad oggi si è parlato espressamente solo di sistema nazionale della protezione civile, ordinamento scolastico, università e ricerca, lavoro, governo del territorio, produzione, energia e grandi reti di trasporto, quali materie che dovrebbero passare alla competenza esclusiva dello Stato.

Di salute non si è parlato ancora. O meglio nulla di ufficiale è trapelato, anche se le indiscrezioni indicano che in questo caso la scelta sarebbe diversa e cioè che la tutela della salute diventerebbe di competenza esclusiva delle Regioni, salvo per i principi generali, e quindi i Lea, che resteranno di spettanza dello Stato.

Se così fosse sarebbe una bella vittoria per le Regioni che da sempre chiedono il superamento di quella concorrenzialità che ne limiterebbe l'autonomia nelle scelte organizzative e gestionali dei loro servizi sanitari regionali.

D'altra parte non si può non tener conto che in questi ultimi anni, da parte di molti esponenti di forze politiche sia di maggioranza che di opposizione, è venuta invece crescendo una insofferenza opposta, mirante a limitare più che ad ampliare l'autonomia delle Regioni in sanità. Ascrivendo al Titolo V una grossa parte della responsabilità di avere ancora 21 sistemi sanitari diversi in termini di qualità e accesso e disponibilità delle cure.

Stasera forse ne sapremo qualcosa in più. Ma è certo che la partita sulla sanità nel Titolo V è appena cominciata.

Governo e Parlamento

Responsabilità professionale. La svolta dell'Affari Sociali: "Faremo un testo unico. Bisogna fare presto"

Stavolta si fa sul serio. La XII Commissione della Camera imprime una forte accelerazione al problema e sceglie la via del testo unico. Si baserà sui sette ddl già presentati. Bisogna fare presto, anche perché il 14 agosto prossimo scatterà l'obbligo di assicurazione per tutti i professionisti sanitari e si teme il caos



28 MAR - Ieri in commissione Affari Sociali a Montecitorio sono ripresi gli esami sui provvedimenti riguardanti la responsabilità professionale del personale sanitario. Attualmente sono sette le proposte di legge sul tavolo: **C. 259 Fucci, C. 262 Fucci, C. 1324 Calabrò, C. 1312 Grillo, C. 1581 Vargiu, C. 1902 Monchiero e C. 1769 Miotto.**

Nel corso della seduta il sottosegretario alla Salute, **Vito De Filippo**, ha evidenziato come nel corso del dibattito parlamentare e delle audizioni siano emersi alcuni numeri "impressionanti": il numero dei contenziosi, quello dei costi della cosiddetta medicina difensiva, quello dei costi delle polizze assicurative. Un'altra conseguenza drammatica dell'incremento dei contenziosi è risultata essere quella dell'impossibilità, per molti operatori sanitari, di riuscire ad ottenere un'adeguata copertura assicurativa sul mercato per i costi eccessivamente alti delle polizze, mentre alcune categorie di professionisti corrono il rischio di non trovare compagnie disposte ad assicurarli.

"A ciò si aggiunga l'esodo dalle specializzazioni maggiormente esposte a rischio - ha ricordato De Filippo -. Presumibilmente, nei prossimi anni, potrebbe verificarsi anche in Italia, quanto già accaduto in altri Paesi, ovvero l'arrivo di medici stranieri che si occuperanno delle branche specialistiche rifiutate dagli italiani". Motivi per i quali un intervento organico sulla materia è stato giudicato "non rinviabile".

"Per tale ragione il Ministero della salute, parallelamente al lavoro che si sta svolgendo in Parlamento - ha spiegato il sottosegretario alla Salute - ha avviato una serie di incontri con rappresentanti dei professionisti, del mondo scientifico e del mondo accademico da cui sono emersi alcuni punti chiave sui quali sicuramente occorre intervenire al fine di ricondurre il contenzioso a dimensioni fisiologiche". Per De Filippo alcuni aspetti sono già stati affrontati nelle proposte di legge in discussione, mentre su altri aspetti è in corso un ulteriore approfondimento "al fine di verificare la piena compatibilità con l'ordinamento costituzionale e la sostenibilità dal punto di vista economico delle possibili soluzioni (quali l'ipotesi di una fattispecie autonoma di reato colposo o la costituzione di un apposito Fondo di solidarietà per chi ha subito danni derivanti da prestazioni professionali sanitarie)".

Contestualmente, ha proseguito De Filippo, si sta lavorando anche dal punto di vista amministrativo per dare attuazione a quelle disposizioni della legge Balduzzi finalizzate ad agevolare i professionisti che hanno difficoltà a trovare un'adeguata copertura assicurativa sul mercato.

Il presidente della XII commissione della Camera, **Pierpaolo Vargiu (SC)**, ha evidenziato l'urgenza di intervenire attraverso la predisposizione di una normativa ad hoc, per via delle scadenze imminenti, come quella fissata al 14 agosto 2014, termine entro il quale scatta l'obbligo di assicurazione per gli esercenti le professioni sanitarie. Un'altra scadenza è rappresentata dalla determinazione delle tabelle per il risarcimento delle invalidità macropermanenti.

Un altro problema sollevato da **Anna Miotto (PD)**, è quello riguardante le Regioni che hanno cominciato ad autoassicurarsi, con tutte le conseguenze che ne derivano in termini di ricadute non facilmente quantificabili sui rispettivi bilanci, che suscitano anche l'attenzione della Corte dei conti.

Il problema della responsabilità professionale, però, come sottolineato dal presidente Vargiu, non riguarda solo al singolo professionista ma, ad uno sguardo più ampio, attiene alla più ampia questione della sostenibilità del nostro Sistema sanitario nazionale. Sotto questo profilo, si è ricordato come la cosiddetta medicina difensiva attiva abbia costi elevatissimi, pari al 10% del Fondo sanitario nazionale. Per Vargiu le sette proposte di legge in esame presso la commissione Affari Sociali presentano degli elementi in comune, dai quali bisogna partire per giungere alla predisposizione di un testo unificato che possa essere quanto più possibile condiviso. Uno di questi elementi è costituito dall'intento generale di agire sulla fase ex ante, della prevenzione primaria, dal momento che allo stato attuale il livello di evoluzione del sistema di prevenzione varia da regione e, all'interno della stessa regione, da un'azienda sanitaria all'altra. Un altro elemento è dato dalla volontà di intervenire sul termine di prescrizione dell'azione di risarcimento del danno derivante da trattamento sanitario, oggi pari a dieci anni, per cui occorre ridurre il termine per l'attivazione del contenzioso, ritenuto eccessivamente ampio. Tutte le proposte, inoltre, convergono sull'opportunità di spostare la responsabilità dal singolo operatore sanitario alla struttura presso la quale questi svolge la propria attività, dato che è sempre più difficile accertare la responsabilità del singolo soggetto.

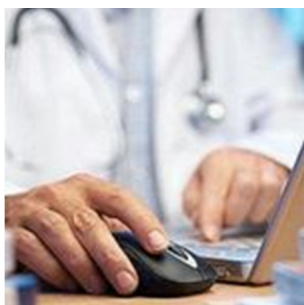
Un altro punto ricorrente è quello dell'istituzione di un Osservatorio che effettui un monitoraggio sugli errori in campo sanitario, anche per tenere sotto controllo il fenomeno delle compagnie di assicurazione, spesso straniere, che in molti casi non sono in grado di ottemperare agli obblighi assunti, creando in tal modo un ulteriore danno al paziente.

La commissione Affari Sociali ha dunque deciso di procedere alla nomina di un Comitato ristretto, riservando al presidente di designarne i componenti sulla base delle indicazioni dei gruppi. A questo comitato sarà assegnato il compito di elaborare un testo unico sul quale converga il consenso più ampio possibile, da sottoporre poi all'esame dell'Assemblea.

Regioni e Asl

Ricette elettroniche. Saranno valide in tutte le Regioni. Dpcm regola i rimborsi interregionali

A differenza delle ricette cartacee, valide solo sul territorio regionale di residenza, a partire dal 1° gennaio scorso le prescrizioni elettroniche permettono al cittadino di ritirare un farmaco in qualsiasi farmacia del territorio nazionale. Le Regioni provvederanno poi a rimborsarsi secondo le modalità stabilite nel [DPCM](#) ora all'esame della Stato Regioni.



Ricette mediche per la prescrizione dei farmaci valide su tutto il territorio nazionale. E' questa una delle principali motivazioni delle ricette elettroniche rispetto alle vecchie ricette cartacee, valide solo sul territorio regionale di residenza. Così dal 1° gennaio 2014, giorno entrata in vigore della validità delle ricette elettroniche, come stabilito dalla legge 221/2012, i cittadini italiani potranno recarsi in qualsiasi farmacia d'Italia, pubblica o privata convenzionata con il Ssn, per ritirare il loro farmaco, anche se questo gli è stato prescritto dal medico di un'altra regione. In realtà questo potrebbe accadere ancora poco, vista che l'attuale limitata diffusione delle ricette elettroniche in Italia, ma entro il 2014 dovrebbe essere così per l'80% delle prescrizioni. E secondo la stessa legge 221 la quota di diffusione delle ricette elettroniche in Italia dovrà essere non inferiore al 90% a partire dal 2015.

Ma le nuove regole di ritiro dei farmaci necessitano anche di nuove regole per il rimborso da parte della Regione di residenza del cittadino nei confronti della Regione dove ha sede la farmacia che ha erogato il farmaco. Ecco che a stabilirle è arrivato un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, elaborato su proposta del ministero della Salute e di concerto con il ministero dell'Economia e ora all'attenzione della Conferenza Stato Regioni.

Il DPCM prevede che spetti alla farmacia, al momento della dispensazione del farmaco, riscuotere il ticket a carico dell'assistito previsto dalla Regione in cui la farmacia ha sede, anche in base all'esenzione indicata dal medico prescrittore. Alle Regioni, invece, il compito di verificare la corretta compilazione delle ricette online al momento dei controlli per la compensazione interregionale delle ricette stesse e sulla base delle regole vigenti nella Regione di residenza dell'assistito.

Sono dunque oggetto di compensazione le ricette elettroniche contenenti tutti i dati che consentono l'identificazione dell'utente (nome, cognome, codice fiscale, data di nascita, sesso, sigla della provincia e codice Asl di competenza). In caso di dispensazione in una farmacia non collocata sul territorio di residenza, alla Regione di residenza dell'assistito spetterà di rimborsare il prezzo al pubblico del farmaco al netto dello sconto e dell'eventuale ticket riscosso dalla farmacia al momento della dispensazione. "Resta nella disponibilità della Regione di erogazione della prestazione e non viene contabilizzata ai fini del calcolo del prezzo di rimborso, la quota di partecipazione alla spesa sanitaria versata dall'assistito sulla base di ulteriori misure introdotte nella Regione.

Governo e Parlamento

Fatture elettroniche nella Pa. Il ministero della Salute taglia per primo il traguardo

In anticipo sui termini stabiliti con decreto del Mef è stata acquisita dalla Salute la prima fattura elettronica. Il Ministero concorderà ora con i singoli fornitori ulteriori attuazioni anticipate per accelerare la messa a regime del decreto. Lorenzin: “L’informatizzazione del sistema sanitario è un obiettivo strategico”



28 MAR - Il Ministero della Salute è da oggi apripista per le fatture elettroniche. In netto anticipo sui termini stabiliti dal decreto del Ministro dell’Economia e delle finanze (n.55/2013) che regola l’intera materia, è stata infatti acquisita la prima fattura elettronica, dando così attuazione a questo complesso processo completamente informatizzato che ha come obiettivo quello di semplificare i rapporti delle imprese con la pubblica amministrazione e quello, non certo secondario, di ridurre i tempi di pagamento nei confronti dei creditori della PA.

“Grazie alla strettissima collaborazione con l’Ispettorato Generale per l’informatizzazione della contabilità di Stato-Ragioneria Generale e l’Agenzia per l’Italia digitale – sottolinea in una nota il ministero – il Ministero della Salute ha così tagliato per primo un traguardo importante. Sperimentata con successo questa prima emissione, il Ministero concorderà con i singoli fornitori ulteriori attuazioni anticipate per accelerare ulteriormente la messa a regime del decreto”.

“L’informatizzazione di tutto il sistema sanitario e la sua messa in rete è un obiettivo strategico, grazie al quale si può raggiungere quella trasparenza indispensabile per garantire efficienza, risparmi, lotta agli sprechi e rendere così il sistema effettivamente sostenibile” ha commentato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

Per saperne di più si può consultare il sito: www.fatturapa.gov.it all’interno del quale ci sono specifiche sessioni che illustrano le procedure agli operatori economici.

Confindustria

Il richiamo di Squinzi: pagare i debiti dello Stato

« Renzi ha detto che il pagamento dei debiti della pubblica amministrazione è una priorità del suo governo: aspettiamo che la realizzi ». Il presidente di Confindustria, Giorgio Squinzi, richiama la politica ai propri impegni per favorire la ripresa dell'economia. Accanto a lui, al convegno organizzato dal Corpo Consolare di Milano e della Lombardia, il presidente dell'Abi Antonio Patuelli aggiunge voci all'agenda del governo: « Giudichiamo dai fatti: il decreto legge sulla flessibilità del lavoro va nella direzione giusta. Ora avanti con le altre riforme ». In tema di spending review, Squinzi ricorda che i risparmi vanno bene « ma non bisogna perdere di vista l'efficienza complessiva del Paese » e, per questo, dice no alla chiusura dell'Istituto italiano commercio estero (Ice). La vendita delle auto blu? « Prendiamolo come un simbolo. È evidente che se vendiamo cento auto non risolviamo il problema del debito pubblico ».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Controllo della spesa. Il 4 aprile riparte il tavolo con il governo sul Patto per la salute

Sanità, nella spending delle Regioni centrali d'acquisto e tagli «estesi»

Roberto Turno

ROMA

«Dici cifre non ne fanno. Non è il momento, meglio andar cauti, anche perché il principio lo considerano sacro: tutti i risparmi devono restare nel Servizio sanitario nazionale per investire in «efficacia ed efficienza» delle cure. Ma, detto questo, sono pronti ad aggredire l'intera spesa (36,1 miliardi) per beni e servizi di asl e ospedali: farmaci, dispositivi medici, emoderivati e vaccini, protesi, ristorazione, servizi di pulizia e lavanderia, trasporto, vigilanza, smaltimento rifiuti. Anche le spese di manutenzione di immobili e impianti e i costi energetici. Eccola la spending review dei governatori per la sanità pubblica.

Una cura di risparmi e di "buona spesa", che vede nelle centrali d'acquisto e nei processi sia di programmazione che di trasparenza e competizione nelle gare, il motore del cambiamento. Quanto meno annunciato. Ma non senza toccare alcuni punti nevralgici del sistema: come una indefinita «revi-

sione del modello distributivo dei farmaci» o la spinta ai farmaci generici e a quelli biosimilari.

È con queste premesse, e con l'impegno di darne sostanza nel «Patto per la salute» al tavolo col Governo che ripartirà il 4 aprile, che le regioni sono pronte a presentare le loro proposte a Carlo Cottarelli in vista della stretta che si profila sulla revisione della spesa pubblica. Una revisione che nel "piano Cottarelli" soltanto per beni e servizi varrebbe almeno 10,3 miliardi in tre anni, dei quali la spesa sanitaria costituisce senz'altro un boccone prelibato, anche se non cifrato a parte. Messe a punto dalla "commissione salute" delle regioni, le proposte saranno convalidate a ruota dai governatori. Dopo di che, da maggio in poi, una volta chiuso il «Patto», si dovrebbe partire con la stretta alle spese fuori ordinanza. E chissà, risparmiare davvero.

Rafforzare la governance del sistema degli acquisti in ambito sanitario, è la parola d'ordine, per potenziare la pianificazione e l'aggre-

gazione della domanda di beni e servizi. Con una serie di precisi patteggiamenti: centrali d'acquisto in tutte le regioni; obbligo di affrontare alcune categorie merceologiche (farmaci e affini, dispositivi medici ad alta standardizzazione come le siringhe, servizi di pulizia, lavanderia, ristorazione, vigilanza) a livello aggregato sia con centrali d'acquisto che con aggregazioni stabili di enti come le «aree vaste», per poi estendere ad altre categorie standardizzabili a livello centrale; prezzi di riferimento; processi strutturati di programmazione degli acquisti; formazione degli operatori; massima dematerializzazione dei processi d'acquisto.

Sui farmaci, poi, si propongono quattro direttrici: acquisti online, gare che creino concorrenza tra principi attivi diversi ma con «sovrapposibilità terapeutica», immediato ingresso tra i generici dei principi attivi che scadono, aggiornando le regioni sulla scadenza dei brevetti, sviluppo nel mercato dei farmaci biosimilari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Su Durc e agevolazioni l'Inps va oltre la legge

Dal 1° luglio 2007 i benefici normativi e contributivi sono subordinati al possesso da parte del datore di lavoro del documento unico di regolarità contributiva: Durc. Un decreto del ministro del lavoro, da emanarsi entro il 31 marzo 2007, doveva definire le modalità di rilascio, i contenuti analitici del Durc, nonché le tipologie delle irregolarità di natura previdenziale, antinfortunistica non ostante al rilascio del Durc. Il decreto ministeriale è stato regolarmente emanato e di conseguenza le aziende per poter beneficiare delle agevolazioni contributive debbono essere in regola con il versamento dei contributi, con l'applicazione dei contratti collettivi, almeno nella parte economica, essere regolari con la correttezza degli adempimenti contributivi mensili e periodici. Ma il decreto non parla assolutamente di termini entro i quali dover provvedere o adempiere. Inoltre deve esserci corrispondenza tra la denuncia contributiva e il versamento e non ci devono essere in atto inadempimenti e nel caso in cui il datore di lavoro ha chiesto la dilazione contributiva questa deve essere stata accettata. Fin qui tutto bene e sono condivisibili le motivazioni e finalità operative: solo gli imprenditori virtuosi debbono e possono beneficiare degli incentivi dal momento che sarebbe spiacevole che le esigue risorse disponibili vengano catturate da chi non è in regola. Ma ciò che non può essere condiviso è la perdita definitiva delle agevolazioni una volta che l'azienda abbia regolarizzato la propria posizione. In effetti la norma letteralmente dice che l'age-

volazione è subordinata al possesso della regolarità e non dice che queste si perdono definitivamente.

Sarebbe pesante per l'imprenditore sempre regolare che a causa di un disguido perdesse anche per un solo mese le agevolazioni di cui ha diritto.

E affrontiamo i disagi possibili: i 15 giorni che l'Inps concede per sistemare le eventuali differenze non è previsto dalla legge ma è frutto di un intervento di una circolare, anzi addirittura un messaggio, il n. 2889 del 27 febbraio 2014, che come tutti sanno vincola i dipendenti dell'amministrazione che l'ha adottata, ma non altri. Far conseguire da questo la perdita definitiva delle agevolazioni contributive non è possibile.

Altro problema che deve essere segnalato è la notifica che secondo il messaggio appena esaminato viene effettuata dall'Inps attraverso il cassetto previdenziale e quindi al professionista incaricato e non già all'imprenditore come avviene sempre con tutti gli avvisi di addebito.

È il professionista che, sempre secondo il messaggio, è tenuto a farsi parte attiva per conto dell'imprenditore che addirittura resterebbe ignaro di tutto fino al momento in cui non gli arriverà un addebito a quel punto non più contestabile. Non si ritiene che un messaggio interno dell'Inps possa avere la forza giuridica di modificare norme di legge.

Giovanni Cruciani



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



La relazione sulla gestione contabile dell'azienda: «Limiti organizzativi e illecito ricorso alle proroghe»

Sprechi e contratti Asl, la Regione accusa

Nuovo dossier degli ispettori di Caldoro: elevati costi per i fitti passivi e scarsi controlli

Lorenzo Calò

Costi eccessivi determinati dai fitti passivi e, soprattutto, carenza di controlli anche se, nell'ultimo anno, va registrata una certa inversione di tendenza nel rigore gestionale dell'azienda. È in chiaroscuro la seconda relazione firmata dagli ispettori della Regione Luigi Riccio e Daniela Mignone sulla verifica contabile e amministrativa nell'Asl di Benevento. Il documento segue di circa un mese un primo dossier - focalizzato essenzialmente sugli ordini di pagamento e sull'analisi delle relazioni dei revisori dei conti - nel corso del quale erano per altro già state evidenziate una serie di criticità nell'organizzazione aziendale. Nella relazione si pone l'accento sul mancato contenimento dei fitti passivi e «sull'illecito ricorso alla proroga contrattuale».

Lo scandalo sanità**Sprechi e contratti, la Regione bacchetta l'Asl****Nuovo richiamo degli ispettori inviati da Caldoro: troppe proroghe e controlli carenti****Lorenzo Calò**

Costi eccessivi determinati dai fitti passivi e, soprattutto, carenza di controlli anche se, nell'ultimo anno, va registrata una certa inversione di tendenza nel rigore gestionale dell'azienda. È in chiaroscuro la seconda relazione firmata dagli ispettori della Regione Luigi Riccio e Daniela Mignone sulla verifica contabile e amministrativa nell'Asl di Benevento. Il documento segue di circa un mese un primo dossier - focalizzato essenzialmente sugli ordini di pagamento e sull'analisi delle relazioni dei revisori dei conti - nel corso del quale erano per altro già state evidenziate una serie di criticità nell'organizzazione aziendale. Quello notificato ieri al capo dipartimento della Salute Ferdinando Romano e al direttore generale regionale Mario Vasco, può essere considerato l'atto conclusivo della ispezione che a Benevento è stata caratterizzata da tre sopralluoghi: il 14 gennaio, il 10 febbraio e il 24 febbraio. Successivamente sono stati ascoltati in Regione i vertici aziendali le cui dichiarazioni sono state verbalizzate: il direttore amministrativo Antonio Mennitto (24 febbraio), Maria Calandra (responsabile dell'emergenza territoriale, sentita il 26 febbraio), lo stesso manager Michele Rossi (28 febbraio). Ascoltati anche i dirigenti Gaetano Gubitosa, Del Vecchio, Clemente, Campanelli, Tescione, Torlonia e Bianco.

Lacune nei controlli

A detta degli ispettori «si segnala l'assenza, fino al 22 ottobre 2012, dei controlli stabiliti dalla legge 2/2009 da parte dell'Asl sulla regolarità contributiva delle ditte appaltatrici. Si evidenziano inoltre limiti organizzativi, si segnala l'assenza di procedure di controllo, liquidazione e pagamento. La situazione è parzialmente migliorata a partire dalla seconda metà

del 2012». Gli stessi ispettori non hanno mancato di certificare, carte alla mano, come, a fronte «di irregolarità nei bilanci per gli anni 2005-2007, oggi la situazione risulti sanata». Tuttavia, il bilancio 2011 è stato approvato «con parere non favorevole del collegio sindacale dal momento che non era stato rispettato l'equilibrio di bilancio». Lo stesso collegio ha però espresso parere positivo alla manovra del 2012, nonostante il perdurante non pareggio di bilancio, «grazie a un generale miglioramento nei ricavi e per la riduzione dei costi».

Fitti passivi

La legge regionale (1/2012) fissa l'obbligo della riduzione dei fitti passivi nella misura di almeno il 33 per cento. «Il presidente del collegio sindacale - evidenziano gli ispettori - ha però rilevato la mancanza del piano di razionalizzazione dei fitti passivi (sulla questione il dg ha riferito di averne fatto richiesta alla Uoc competente, diretta da Falato, con il quale è in corso un contenzioso)».

Troppe proroghe

Sanzionato dagli ispettori «l'illecito ricorso all'istituto della proroga contrattuale».

Le forniture

Spesi 452 milioni di euro in tre anni per forniture di beni e servizi. Nel dettaglio, la spesa nel 2011 ha toccato i 181 milioni di euro, diventati 163 nel 2012 e scesi a 108 milioni nel 2013. Nello specifico, nel verbale del 20 marzo del 2013, il collegio sindacale chiede chiarimenti in ordine alla delibera n.40 del 14 marzo, riguardante l'aggiudicazione di 11 autoambulanze per un importo complessivo di 1 milione, 37mila 115 euro «riguardo alla mancata adesione a convenzione Consip o ad altra centrale di committenza, così come previsto per legge».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Gestione** La sede dell'Asl di Benevento: nuove bacchettate dalla Regione

Le eccellenze del territorio

Un aereo pilotabile dai disabili: ecco il miracolo firmato Tecnam

Qui Capua

Lo hanno chiamato P2002
ed è unico nel suo genere
È stato certificato e omologato

Giulio Sferragatta

Un aeroplano progettato e realizzato con comandi per piloti disabili agli arti inferiori. Non è fantascienza, ma - da alcune settimane - una concreta realtà, in particolare nel comparto dei velivoli certificati. La Tecnam Costruzioni Aeronautiche ha infatti presentato, ieri mattina, insieme ad Aerobility, presso la struttura aeroportuale di Capua, il biposto P2002 ad ala bassa. Un gioiello di altissima tecnologia che finalmente permetterà anche ai disabili - ovviamente in relazione anche al tipo di invalidità di cui il pilota è affetto - di condurre un aereo. Il P2002 è unico nel suo genere, in quanto - a differenza degli ultraleggeri che hanno limiti ben precisi nel sorvolo - è certificato e, primo al mondo, è omologato con comandi per disabili. «Con questo aeroplano - ha spiegato l'ingegnere Fabio Russo, capo ricerca e sviluppo Tecnam - si ha la libertà di andare ovunque, in tutti gli aeroporti, in tutta Europa». Non a caso, il velivolo - inserito nella categoria VLA (very light aircraft) - è idoneo anche a volare in notturna. «Fino ad oggi - ha aggiunto l'ingegnere Russo - non c'era una normativa o, meglio, una normativa chiara che potesse



Senza limiti Può andare in tutti gli aeroporti e può volare anche di notte

consentire ad una persona disabile di pilotare un aeroplano, anche da solo». E ha poi evidenziato: «In passato qualcuno ha creato delle aste che si collegavano ai comandi, normalmente utilizzati con i piedi. Ma non c'è mai stato un riferimento giuridico grazie al quale tutti i Paesi potessero uniformarsi e autorizzare al volo le persone disabili». Almeno, fino all'approvazione e alla pubblicazione del documento CRI (Certification Review Item) che «per la prima volta ha esplicitato che i disabili, con in-

La presentazione
Sono intervenuti
il fondatore e il direttore
dell'azienda produttrice

validità che devono essere analizzate caso per caso, possono essere autorizzati a fare un corso e a pilotare un aeroplano». Alla presentazione sono intervenuti anche il professore Luigi Pascale, fondatore di Partenavia e Tecnam, nonché progettista, ed il direttore generale Tecnam Paolo Pascale. Un ulteriore successo, dunque, per il comparto aeronautico capuano. Oltre alla Tecnam Costruzioni, la città ospita, infatti, un colosso aerospaziale di livello mondiale, come il Cira (Centro di Ricerche Aerospaziali) e l'Oma Sud. Un polo industriale di elevatissima tecnologia, che si estende in un piccolo triangolo di periferia, a nord della Regina del Volturmo, a brevissima distanza dall'aeroporto e dalla caserma Oreste Salomone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

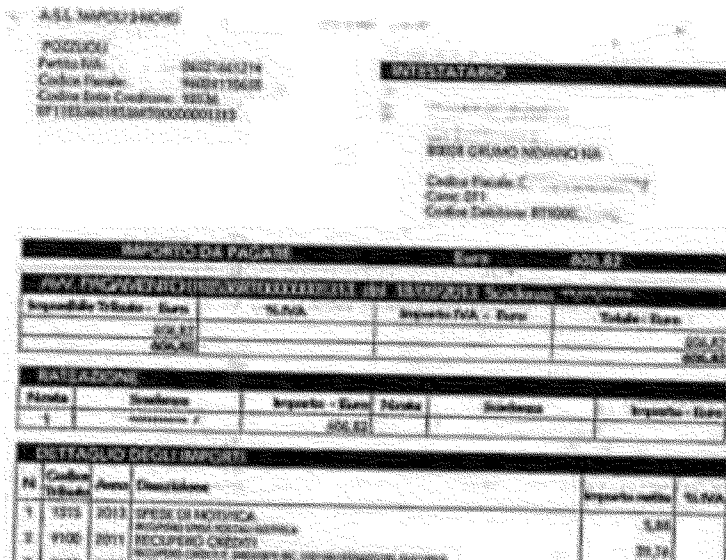
Frattamaggiore

Autocertificazioni errate, Equitalia pretende il pagamento del ticket

Secondo le stime sarebbero 3mila inviti su 13 comuni dell'Asl 2 per un totale di 35mila solleciti

Giuseppe Maiello

FRATTAMAGGIORE. Esenzioni ticket ed autocertificazione, recapitate a casa di migliaia di cittadini dell'Asl Napoli 2 Nord, avvisi bonari, da parte di Equitalia, a regolarizzazione la posizione. Nella case dei cittadini di 32 comuni dell'area Nord di Napoli, da Pozzuoli fino ad Acerra, stanno arrivando lettere, con il logo di Equitalia, con le quali gli interessati vengono invitati a pagare le somme non versate all'Asl, per pagamento ticket dal quale erano stati esentati a seguito di autocertificazione. Il saldo investe al momento solo l'anno 2001. Si tratta di cifre che vanno da pochi fino a qualche migliaio di euro. Somme che hanno messo in crisi i bilanci di molte famiglie soprattutto di quelle che sopravvivono con pensioni modeste. Difficile quantificare precisamente l'entità del fenomeno che, secondo stime dovrebbe aggirarsi sui tremila inviti per ognuno dei 13 distretti sanitari, vale a dire oltre 35mila solleciti al pagamento, su una popolazione servita dall'Asl di circa un milione di residenti. I tantissimi casi si tratterebbe di errata indicazione del codice di esenzione (E01, E02, E03, E04 ed E010). L'Asl avverte che «le prestazioni mediche, diagnostiche e specialistiche eventualmente fruito senza l'avvenuto riscontro nella banca dati del medico di famiglia (o del pediatra) comporteranno l'addebito dei ticket non corrisposti». Chi è esente? Gli under 6 e gli over 65 in famiglie con reddito inferiore ai 36.151,98 euro (E01); i disoccupati e loro familiari a carico, appartenenti ad un nucleo familiare con reddito inferiore a 8.263,31 euro - massimo fino 11.362,05 euro in presenza di familiari a carico - (E02); pensionati e familiari a carico, con rateo mensile di € 364,51 (E03); pensionati «con integrazione al trattamento minimo di età superiore a 60 anni e familiari a carico con reddi-



Scenari
C'è anche il rischio di essere deferiti per denuncia mendace con una serie di sanzioni amministrative

to come inferiore 8.263,31 euro - massimo 11.362,05 euro se con familiari a carico (E04) ed infine i pazienti appartenenti a famiglie con reddito inferiore 13mila euro (E10). I cittadini che ritengono di avere i requisiti per l'esenzione, producono autocertificazione. Tutti gli atti finiscono nel circuito informatico e la Sogei, la società che gestisce i dati per il Ministero delle finanze, incrocia i dati con quelli delle Agenzie delle entrate, dell'Inps, degli uffici per l'impiego, e con tutte le altre fonti dalle quali possono emergere redditi a carico di una famiglia. Il risultato viene trasmesso ad Equitalia che cura prima l'invio delle richieste del recupero del ticket (va aggiunta solo la spesa di spedizione), ed in caso di mancato pagamento al successivo inoltro della cartella esattoriale. Contestualmente c'è il rischio, molto forte che possa anche scattare la denuncia per mendace dichiarazione e quindi incorrere in sanzioni amministrative e penali. «Abbiamo messo a disposizione dei cittadini dei comuni dell'Asl Napoli 2 Nord, un gruppo di avvocati, presenti nelle nostre sedi territoriali, per esempio a Sant'Antimo, a Frattamaggiore, e, dovunque c'è una sede della Federconsumato-

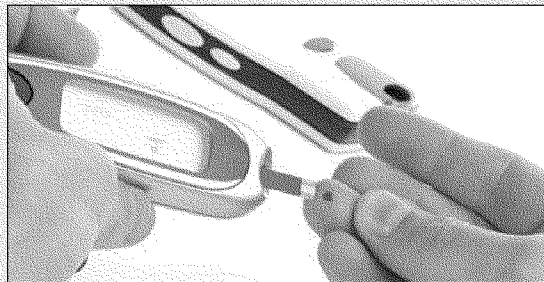
ri, ci si può rivolgere ai nostri legali - spiega Rosario Stornaiuolo, presidente regionale dell'associazione consumatori - Aiuteremo i cittadini a presentare ricorsi, perché non è giusto che venga messo sullo stesso piano il paziente che ha fornito un'autocertificazione mendace e chi invece ha erroneamente indicato il codice». Anche dall'Asl, attraverso il sito, arriva un appello ad essere attenti per evitare di essere ancora una volta destinatari di missive di Equitalia: «Al fine di evitare nuove dichiarazioni non idonee, abbiamo reso note le principali causali di dichiarazioni risultate irregolari dall'ultimo controllo informatico a seguito dei quali sono stati inviati gli avvisi di pagamento da Equitalia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il convegno

Studiato dal dottor Ferdinando Carotenuto

Diabete di tipo 2, esperti a confronto su un nuovo modello di fisiopatologia



Gragnano. Si terrà stasera alle 19 la presentazione del nuovo modello di fisiopatologia del diabete tipo 2, presso il laboratorio di analisi del dottor Fortunato Gentile, in via Vittorio Veneto. A ideare il modello il dottor Ferdinando Carotenuto, medico dell'Asl Na 3 Sud del Distretto 56 di Boscoreale.

"Attualmente -spiega il dottor Carotenuto - noi utilizziamo un modello che ci consente solo una terapia sintomatica del diabete, senza avere mai la possibilità di ottenerne la guarigione. Per la verità assistiamo sempre a un aggravamento nel tempo tanto è vero che alla fine in diversi casi siamo costretti a ricorrere alla terapia insulinica, nel momento in cui il pancreas non è più in grado di rispondere alla terapia farmacologica per os.

Tutto questo accade perchè non siamo in grado di risolvere il problema dell'insulino-resistenza, così come non siamo in grado di ripristinare il difetto secretorio di insulina dal momento che non siamo in grado di recuperare la massa delle betacellule distrutte. Al contrario il modello che ho studiato in questi ultimi anni e che voglio presentare, consente sia il ripristino della normosensibilità all'insulina, sia il ripristino della funzionalità delle betacellule, sia la riduzione del patrimonio alfa cellulare, col risultato che il paziente guarisce allo stesso modo di quanto accade nei pazienti che si sottopongono a un intervento di diversione bilio-pancreatica.

Aggiungo solo un'ultima cosa: tale modello è utilizzabile anche per altre patologie come l'ipertensione essenziale che in molti casi è secondaria a insulino-resistenza, l'obesità, oggi così frequente già nella popolazione pediatrica, la cardiopatia ischemica, così come le dislipidemie. Infine è stato anche dimostrato un rapporto tra insulino resistenza e alcune neoplasie come il carcinoma della prostata, del seno, dell'endometrio e del colon ecc.

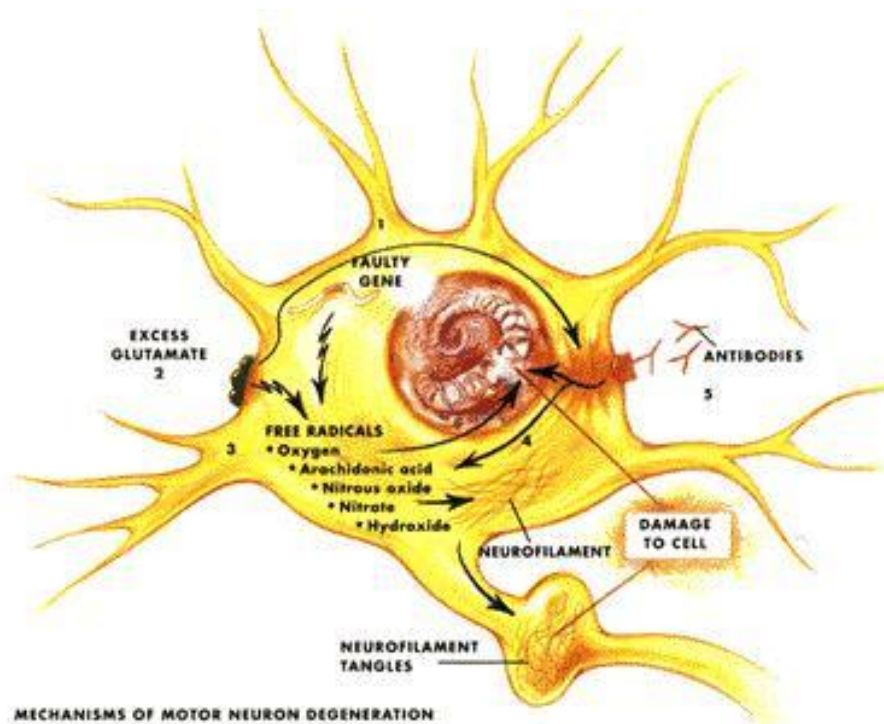
Come si vede l'argomento è sia di interesse inter-nistico, che pediatrico e anche cardiologico.

Non sono da escludere gli ostetrici che si vedono sfuggire troppo spesso il diabete gestazionale, oltre ai numerosi casi di neoplasie collegate a insulino resistenza".



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News





ANTIDOLORIFICI DALLE CONCHIGLIE, ANTITUMORALI DALLE ALGHE: ORA LE **CURE** VENGONO DAGLI OCEANI

IN FONDO AL MARE C'È LA NUOVA FARMACIA GLOBALE

di **Simone Porrovecchio**

Il nuovo Eldorado delle multinazionali del farmaco sono gli oceani. Per decenni l'industria farmaceutica ha setacciato le foreste vergini equatoriali per il loro potenziale di animali, piante e microrganismi sconosciuti. Ma la convenzione di Rio de Janeiro per la salvaguardia delle foreste vergini del 1992 ha reso molto complicata la ricerca in quelle regioni del mondo. Anche per questo gli oceani stanno oggi diventando la nuova farmacia globale.

Tra le scoperte più recenti ci sono i batteri attinomiceti, che vivono in ambienti sotterranei come le grotte e sarebbero in grado di fermare alcuni virus. I coralli della specie *Ecteinascidia turbinata* hanno invece, sulla loro superficie,

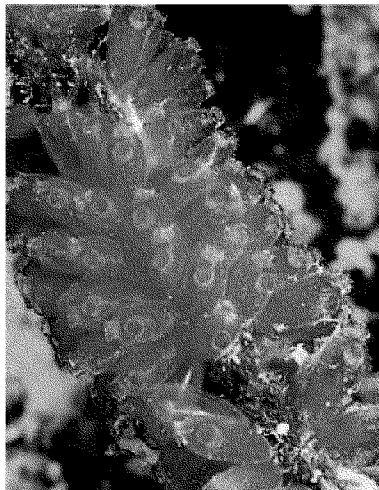
una sostanza che attualmente è in fase di sperimentazione nelle terapie contro il cancro.

Poi c'è la conchiglia marina velenosa della specie *Conus magus*: la University of Utah - che è leader mondiale nella ricerca sui Conidi, famiglia di molluschi marini che vive nel Pacifico - dal veleno di questa conchiglia ha isolato la molecola SNX-111, capace di bloccare gli impulsi del dolore inviati dal cervello. «I nostri test clinici dimostrano che questa molecola ha un effetto antidolorifico e infiammatorio fino a mille volte superiore a quello della morfina» spiega il chimico Baldomero Olivera.

Secondo i dati dell'Oms, circa due terzi di tutti i medicinali autorizzati nel mondo oggi sono ricavati da molecole naturali, mentre quelli che nascono esclusivamente da molecole sintetizzate in laboratorio sono in diminuzione.

«Attualmente la ricerca è impegnata soprattutto su alcuni funghi marini filamentosi e su batteri marini in grado di difenderci dai virus» dice Olivera. L'ultima scoperta è un composto, il Solonamid B, prodotto da un batterio marino trovato presso le Isole Solomon, vicino a Papua Nuova Guinea, dimostratosi capace di inibire la capacità dello stafilococco di pro-

A sinistra, la conghiglia **Conus magus**, il cui veleno ha rivelato proprietà antidolorifiche. Sotto un corallo della specie *Ecteinascidia turbinata*: si sta sperimentando il suo uso in terapie anticancro



durre tossine che distruggono le cellule del sangue.

L'alga tossica *Caulerpa racemosa* è invece oggetto degli studi effettuati alla Queen Mary University di Londra, che stanno dando risultati incoraggianti per la cura di diverse patologie tumorali. E sulle creature del mare lavora anche uno dei centri europei più importanti per la ricerca di molecole naturali per l'industria farmaceuti-

ca, il Fraunhofer Institut di Gießen, in Germania, finanziato dal colosso farmaceutico Sanofi: i suoi studi hanno come obiettivo la produzione di antibatterici. L'azienda austriaca Sealife è invece il numero uno al mondo per lo studio dei coralli tropicali, «che vanno prelevati direttamente dai fondali, perché non si possono "coltivare" in laboratorio» dice il direttore finanziario Andreas Krems. «Ricordiamo poi che, in media, solo una sostanza su diecimila si rivela utile e arriva alla fase di sperimentazione».

La Sealife è già stata così accusata di «biopirateria» dalle associazioni ambientaliste, che chiedono maggiori garanzie di tutela degli ecosistemi, prima che le multinazionali dei farmaci portino all'estinzione le specie che si rivelano utili. Può essere utile ricordare quello che, sulla terraferma, è successo con il tasso del Pacifico, un albero che cresce solo in Nord America. Nel 1967 nella sua corteccia è stato scoperto il tassolo, principio attivo da utilizzare nella chemioterapia. Ma la sintesi del tassolo in laboratorio è stata brevettata solo nel 1992. E a quel punto il tasso era ormai quasi estinto. ■