



Ministero della Salute

Medici, truffa da 500 milioni alla cassa pensioni

Immobili acquistati a prezzi raddoppiati e investimenti sospetti: indagato il presidente dell'Enpam Parodi

MARIA ELENA VINCENZI

ROMA — Dovrebbero essere i più oculati perché, in fin dei conti, hanno a che fare con le pensioni. Invece sono sempre più numerosi i casi di truffa agli enti previdenziali. E ieri è toccato a uno dei più conosciuti, l'Enpam, ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici e odontoiatri. Una struttura con un numero di iscritti, e un patrimonio, enorme. Che però è stato messo a dura prova da investimenti rischiosissimi e ardite operazioni immobiliari.

Due i filoni di inchiesta su cui indagano il procuratore aggiunto Nello Rossi e il pm Corrado Fasanelli. Il reato, sempre lo stesso: truffa aggravata. Che sia immobiliare, che sia finanziaria. Accuse per cui ieri gli agenti del nucleo speciale di polizia valutaria hanno fatto 47 perquisizioni in sei diverse città.

La storia inizia a giugno dello scorso anno quando i membri del cda della Fondazione si sono accorti che qualcosa non andava. Non sono stati gli unici, con loro anche i presidenti degli ordini di Catania, Ferrara, Bologna e Latina. Segnalazioni a cui è seguito un primo giro di perquisizioni. Soltanto allora le Fiamme gialle si sono rese conto che l'Enpam aveva acquistato derivati ad altro rischio per tre miliardi di euro. Una cifra stratosferica che, peraltro, corrisponde a un terzo dell'intero patrimonio dell'ente. Operazioni rischiose che, secondo i pm, sono state consigliate da *advisor* e *broker* che hanno ricevuto «un elevato flusso di commissioni connotate da remunerazioni al di fuori dei consueti valori di mercato e che appaiono spesso prive di una obiettiva giustificazione». Il sospetto degli inquirenti è che i consiglieri dell'ente, al momento di deliberare la sottoscrizione, non siano stati informati del rischio reale di quell'investimento. E il risultato è una perdita, nel solo 2009 (anno in cui i membri del cda se ne sono accorti) di circa 500 milioni di euro. Un «errore

di valutazione» per cui sono indagati per truffa aggravata il presidente dell'Enpam, Eolo Parodi,

l'ex consigliere esperto e docente universitario, Maurizio Dallochio, l'ex direttore generale, Leonardo Zongoli, e l'ex responsabile degli investimenti, Roberto Roseti.

E se il presidente si difende dicendo ai medici italiani di tranquillizzarsi perché «non ha nulla da nascondere e non ha mai pensato di sottrarre denaro all'Enpam», forse i camici bianchi avranno anche altro di cui preoccuparsi. Il secondo filone dell'indagine riguarda, infatti, alcuni «affari» immobiliari. Compravendite in cui l'ente ha sempre, per uno strano caso, pagato molto più del dovuto, esponendosi per circa 590 milioni. È il caso del palazzo della Rinascente in piazza Duomo, a Milano, acquistato dalla Fondazione, tramite il fondo immobiliare chiuso Ippocrate sottoscritto da Enpam e gestito dalla First Atlantic Real Estate Sgr (oggi Idea Fmit), il 24 marzo del 2011. A venderlo la Prelios, riconducibile al gruppo Pirelli, che l'aveva pagato nel 2007 circa 360 milioni. Una plusvalenza del 30 per cento che non convince gli inquirenti. E non è la sola. Anzi. «Preziosissimi» anche due immobili di Roma, in via del Serafico, all'Eur. Uno dei due, acquistato dalla First Atlantic il 31 marzo 2009 per 58 milioni. In questo caso, spiega la procura, la plusvalenza è del cento per cento: il 30 dicembre 2008, appena tre mesi prima, era stato venduto a 29 milioni. Ha invece guadagnato circa il 63 per cento la Coedimo, che il 4 febbraio 2010 ha venduto a Enpam un altro stabile, sempre in via del Serafico a circa 60 milioni. Meno di tre mesi prima, il 15 dicembre, l'aveva pagato 23 milioni. Entrambe le società che hanno venduto risultano collegate al costruttore romano Antonio Pulcini. Solo un caso?

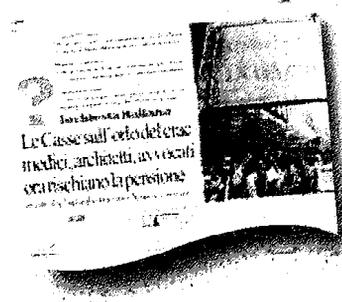
Dalla Rinascente di Milano all'Eur:

strani affari e plusvalenze sospette



EOLO PARODI
Politico e medico, 85 anni, è presidente dell'Enpam

“Non ho nulla da nascondere e non ho mai sottratto denaro. Sono errori di valutazione”



REPUBBLICA, 17 GIUGNO 2011

Il caso dell'Enpam era stato svelato dall'Inchiesta italiana dedicata alle "Casse sull'orlo del crac, si muove la procura"

LE INCHIESTE

Sul sito RE Le inchieste: documenti e video relativi all'inchiesta sul presidente dell'Enpam, Eolo Parodi





Ministero della Salute

L'inchiesta Verifiche sull'acquisto del palazzo della Rinascente a Milano

I conti in rosso dei medici «Un buco da 500 milioni»

Titoli tossici e immobili, indagati i vertici di Enpam

ROMA — Più di 400, forse 500 milioni, inghiottiti dalle speculazioni in derivati; altre decine di milioni sperperate in acquisti di immobili a valori superiori a quelli di mercato. Trema l'Enpam, suo malgrado al centro di un'inchiesta per truffa aggravata. Anche perché tra i 4 indagati (solo per i titoli tossici, nell'altro filone non ci sono iscrizioni) compare il presidente Eolo Parodi, da 20 anni al vertice della cassa di previdenza dei medici, ex europarlamentare ed ex deputato di Fl. Sotto accusa anche Maurizio Dallochio, docente di Economia aziendale alla Bocconi, consigliere dell'ente per più di tre lustri; Leonardo Zongoli, ex direttore generale; Roberto Roseti, già responsabile della gestione degli investimenti finanziari.

Muniti di 47 ordini di perquisizione firmati dall'aggiunto Nello Rossi e dal pm Corrado Fasanelli, ieri 150 finanziari del Nucleo valutario hanno sequestrato documenti e computer a Roma, Milano, Genova, Firenze, Ferrara e Frosinone. Tra i de-

stinatari dei provvedimenti, oltre agli indagati e all'Enpam, il costruttore romano Antonio Pulcini; l'ad di First Atlantic Real Estate Daniel Buaron; Prelios sgr (tra gli altri con più del 2 per cento, Marco Tronchetti Provera, Generali e Mediobanca); Idea Fimit, il cui ex consigliere delegato Massimo Caputi è coinvolto in un'indagine analoga sulla vendita all'ente degli psicologi dell'immobile di via della Stamperia, a Roma.

In questa inchiesta sono tre gli acquisti considerati «anomali e sospetti» dalla Procura «stante la realizzazione, in capo ai venditori, di ingenti plusvalenze apparentemente ingiustificate»:

il palazzo della Rinascente in piazza Duomo, a Milano, e due edifici in via del Serafico, a Roma. Compravendite concluse dall'Enpam attraverso il fondo Ippocrate gestito da First Atlantic Real Estate, società incorporata a fine 2011 in Idea Fimit. L'immobile all'ombra della Madonnina è costato all'ente, il 24 marzo dell'anno

scorso, 472 milioni: Prelios sgr, che il 28 giugno 2007 lo aveva pagato 108,5 milioni in meno, ci ha guadagnato il 29,85%.

Gli affari migliori però i venditori li hanno conclusi nella Capitale. Con via del Serafico 107 Belgravia Invest ha realizzato una plusvalenza del 100%: ha comprato a 29 milioni il 30 dicembre 2008 e ha venduto a 58 milioni tre mesi dopo, il 31 marzo 2009. Co.Edi.Mo. ha incassato il 62,61% in più in neanche due mesi: l'edificio di via del Serafico 121, acquistato a 36,7 milioni il 15 dicembre 2009, è stato ceduto a 59,7 milioni il 4 febbraio 2010. Le due società, poste in liquidazione subito dopo le dimissioni, secondo gli investigatori erano legate a Pulcini.

Nella tranche sui derivati, avviato con la denuncia del 18 maggio 2011 degli Ordini di Bologna, Ferrara, Catania, Potenza e Latina, gli indagati avrebbero «omesso di segnalare ai componenti del cda le caratteristiche delle note strutturate acquistate, anzi assicurando loro il ri-

spetto dei criteri stabiliti» dall'Enpam. Il risultato è che oggi, su un patrimonio di 11,12 miliardi, il 26,44% è composto da titoli ad alto rischio. Broker e advisor avrebbero ricevuto «remunerazioni al di fuori dei valori di mercato»: fino al 7%, contro una consuetudine del 3%.

Mentre Idea Fimit sostiene che «le transazioni immobiliari sono state effettuate nel più rigoroso rispetto di termini e procedure», Parodi sottolinea: «Non ho nulla da nascondere, nulla di cui vergognarmi: i medici italiani si tranquillizzino». Ma il vicepresidente vicario Alberto Oliveti, accreditato come successore di Parodi, annuncia battaglia: «In questo procedimento l'Enpam è parte lesa. Se la magistratura accerterà che qualcuno ha indebitamente lucrato sui fondi dei medici, il cda si costituirà parte civile».

Lavinia Di Gianvito

I numeri

11 miliardi

È il patrimonio stimato dell'Enpam: 7 di patrimonio finanziario e 4 immobiliare

350.000

Sono gli iscritti attivi, che versano circa 2 miliardi di contributi l'anno

85.000

Sono i pensionati dell'Ente nazionale di previdenza e assistenza dei medici





L'organigramma degli indagati

Presidente **Eolo Parodi**

Ex direttore generale
Leonardo Zongoli

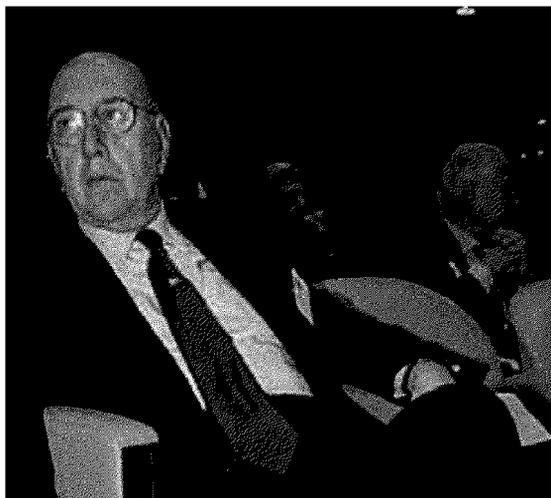
Responsabile gestione
servizi finanziari
Roberto Roseti

Consigliere esperto
Maurizio Dallochio

Gli acquisti immobiliari «sospetti»

- 1 Palazzo Rinascente, piazza Duomo a Milano
Comprato il 24 marzo 2011 per **472 milioni** di euro
- 2 Immobile in via del Serafico 107 a Roma
Comprato il 31 marzo 2009 per **58 milioni** di euro
- 3 Immobile in via del Serafico 107 a Roma
Comprato il 4 febbraio 2010 per **59,7 milioni** di euro

EMANUELE LAMEDICA



Presidente Eolo Parodi, alla guida dell'Enpam da venti anni



“Come vivere oltre il cancro”

Boom dei “lungo-sopravvissuti”: i consigli per una migliore qualità della vita



Antonella Surbone
Oncologa

RUOLO: È PROFESSORESSA DI MEDICINA E ONCOLOGIA ALLA NEW YORK UNIVERSITY E DI COMUNICAZIONE PRESSO L'M. D. ANDERSON CANCER CENTER DI HOUSTON (TEXAS)

FRANCESCO RIGATELLI

Antonella Surbone è una persona speciale. Quando le si presentò, dopo Medicina nella sua Torino e un po' di ricerca all'Istituto dei tumori di Milano, la possibilità di andare al Memorial Sloan-Kettering di New York, il tempio mondiale dell'oncologia, l'inglese non lo sapeva. Ma, cocciuta, in pochi mesi di audiocassette e viaggi, lo imparò. «Abitavo con una signora del South Carolina dall'accento pesante. Capii che, se riuscivo a comunicare con lei, in ospedale non avrei avuto problemi». Oggi, a 54 anni, è considerata un'esperta mondiale del settore, «perché in Usa giovani e donne sono valorizzati» e a maggio, complice una laurea in Filosofia, esce negli Usa il suo libro sulle «Nuove sfide nella comunicazione coi pazienti di cancro».

Professoressa, diamo i numeri: quanti sono i malati di cancro?

«In Italia 950 mila: metà sono stati diagnosticati negli ultimi due anni e sono in terapia, metà hanno superato i due anni dalla diagnosi ma vengono sottoposte a frequenti visite ed esami di controllo».

Quanti i morti?

«In Italia 122 mila persone nel 2010, il 30% dei morti totali. Le malattie cardiovascolari sono

la prima causa col 40%. I tumori la seconda causa».

Ci sono differenze per uomini e donne?

«Considerando il corso della vita, le donne hanno una probabilità su tre di ammalarsi di cancro, gli uomini una su due. Dopo i 45 anni c'è un incremento anche per le donne. La mortalità sfavorisce gli uomini, perché i tumori femminili più frequenti sono quelli al seno, più guaribili».

Quanti guariscono?

«Più della metà. In Italia 1 milione e 300 mila sono “lungo-sopravvissuti”, cioè superano i 5 anni dalla diagnosi e dai trattamenti acuti e si considerano guariti. Ottocentomila di questi superano anche i 10 anni dalla diagnosi. Negli Usa i sopravvissuti sono oltre 12 milioni, ma si considerano tutti i pazienti dalla diagnosi in poi e non solo i “lungo-sopravvissuti”. Questi sopravvissuti non si dicono subito guariti, ma “survivor”, perché hanno superato l'impatto con la malattia».

Insomma, di cancro si muore di più o di meno?

«Tanti malati muoiono soffrendo e quindi occorre rispetto per la loro battaglia, però, senza esagerare con l'ottimismo, bisogna essere consapevoli che non sono più la maggioranza dei casi. Il cancro non dev'essere più considerato fattore di morte come scriveva Susan Sontag, anche se resta un confronto con la mortalità. Non si cura dopodomani, come spesso viene pubblicizzato, ma si può curare. Sempre più persone sopravvivono anche 20 anni col cancro».

Come è aumentata la sopravvivenza?

«Per diverse ragioni: l'aumento della longevità, il miglioramento nella diagnosi precoce, l'efficacia della prevenzione, per esempio contro il fumo o attraverso vaccinazioni come contro l'epatite B. E le nuove cure. Oltre ovviamente a chirurgia e radioterapia. Ora non ci sono solo chemioterapia o ormonoterapia, ma pure immunoterapia, terapie antiangiogenetiche, nonché le medicine intelligenti per le mutazioni genetiche particolari».

In un intervento con Armando Santoro del «Cancer center» dell'Humanitas, di cui è consulente, lei ha rivelato che ci sono differenze culturali tra Usa e Europa. Quali?

«Sì, in Europa i sopravvissuti sono i pazienti che superano i 3-5 anni dalla fine dei trattamenti oncologici. Nel mondo angloamericano il “survivor” diventa tale fin dall'inizio della diagnosi».

Un'iniezione di ottimismo?

«Questo è il punto. La parola ha un diverso senso culturale. “Survivor” negli Usa si collega alla capacità di rialzarsi. In Italia il sopravvissuto è uno stigmatizzato».

Quali sono i centri maggiori per i sopravvissuti?

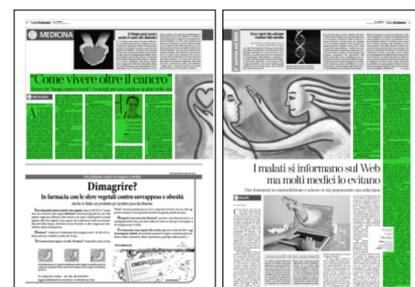
«L'M. D. Anderson a Houston e lo Sloane-Kettering a New York e il Royal Marsden di Londra e il Karolinska di Stoccolma. In Italia, tra gli altri, il Giovanni Paolo II di Bari, il centro di Siracusa, il Gemelli di Roma e l'Ieo e l'Humanitas di Milano».

Quali sono i problemi dei sopravvissuti?

«Ricadute, secondi tumori, conseguenze collaterali quali infertilità o menopausa precoce. E dal 2008 le cure psicosociali entrano a far parte dell'oncologia. Per cui ci possono essere problemi sull'immagine di sé e tante fobie. E altre difficoltà nelle relazioni sociali, famigliari e lavorative».

La sopravvivenza che fetta è dell'oncologia?

«Nel mondo angloamericano sta diventando una questione prioritaria. Nel 2007 c'erano 11,7 milioni di “survivor” in Usa, ora sono 12-13 e nel 2020 saranno 18 milioni. Il che significa centri e programmi per la fase acuta di sopravvivenza, in cui il malato affronta la diagnosi, trattamenti ed effetti colla-



terali. Alla base di tutto c'è la comunicazione: un'informazione appropriata porta alla personalizzazione delle cure».

Ora ci si preoccupa dei «Lost in transition»: chi sono quelli che si perdono?

«Mettiamola in positivo: che si perdevano. Sono quelli che dopo 5 anni sono clinicamente guariti e smettono di fare i controlli. Invece per la biologia molecolare non è detto che lo siano, ci possono essere ricadute. Ora si fanno programmi speciali: è un nuovo orientamento dell'oncologia, che si fa carico delle problematiche dell'ex paziente. Si insegnano nuovi stili di vita per evitare ricadute».

Quali sono gli stili di vita?

«I tumori risultano dall'interazione tra fattori genetici e ambientali. Ciò che conta davvero è una dieta sana. E non dimenticare mai l'esercizio fisico moderato. Ma si deve avere cura anche dello spirito».

nizzazione no-profit per la pratica e ricerca medica. Un ente che mette a disposizione sul proprio sito molto materiale, da quello utile per capire il proprio stato di salute fino alla consulenza degli esperti. In Italia, purtroppo, un servizio simile non esiste».

I tentativi per migliorare l'informazione medica sul Web, comunque, ci sono.

Un'idea al centro del dibattito internazionale, per esempio, è stata la creazione di un «bollino di qualità», capace di identificare quei siti di cui potersi fidare. Una sorta di certificazione come avviene per i prodotti alimentari. Purtroppo, però, al momento i risultati sono stati controversi. «L'esempio più significativo è quello della Francia: qui il "sigillo" è previsto per legge e sono oltre 200 i portali che lo espongono. Eppure poco è cambiato. Il problema fondamentale non è possedere il marchio di qualità - dice Gatti - ma creare una cultura intorno alla comunicazione della salute che dia la possibilità al cittadino di identificare subito un contenuto autorevole».

Un'impasse da cui, però, è possibile uscire. E' necessario che i soggetti coinvolti - case farmaceutiche, esperti della comunicazione, istituzioni e servizio sanitario - collaborino per individuare parametri e logiche. E poi dovrà partire un'attività di divulgazione attraverso grandi campagne d'informazione. «Un'esigenza - conclude Gatti - sempre più pressante, perché venga ridotto al minimo il "rischio clinico digitale"».

Abbronzatura, espressa fa male

Il melanoma colpisce di più chi lavora al chiuso e poi si espone al sole per tempi prolungati

MILANO- Il melanoma è sempre più la malattia dei colletti bianchi, poiché sembra avere un'incidenza maggiore in chi lavora molte ore al chiuso e si espone al sole in modo altalenante ed eccessivo, per cercare di ottenere un'abbronzatura evidente in pochi giorni.

«La genesi del melanoma è correlata, nel 50-60% dei casi, a esposizioni acute e intermittenti ai raggi ultravioletti - spiega Mario Mandalà, U.S.C. Oncologia Medica A.O. Ospedali Riuniti di Bergamo - È dunque consigliata in ogni caso la fotoprotezione, ma è importante ricordare che il sole non va demonizzato. Bisogna evitare le ore più calde e le scottature».

Ogni 24 ore sono più di 4 le vittime del tumore della pelle in Italia. Il melanoma ha fatto registrare un incremento del 30% negli ultimi 10 anni. Colpisce in tutto il mondo quasi 200mila persone l'anno, con 7mila casi e 1.500 morti solo in Italia. L'allarme è stato lanciato dai maggiori esperti italiani, riuniti nello stabilimento Roche di Segrate, dove è prodotta per tutto il mondo la molecola «vemurafenib». Il farmaco agisce sulla mutazione del gene BRAF V600, che si rileva nel 50% dei casi. Una nuova speranza per i pazienti con melanoma metastatico.

«I test diagnostici per l'analisi mutazionale or-

mai hanno acquisito sempre più importanza, consolidandosi nella pratica clinica. Permettono di identificare l'eventuale presenza di mutazione, ad esempio del gene BRAF, e suggeriscono al clinico il farmaco specifico in grado di agire su quella determinata mutazione», afferma Massimo Barberis, Direttore Unità Diagnostica Istopatologica e Molecolare - IEO di Milano. A rendere, in alcuni casi, ancora più complessa la malattia sono le metastasi cerebrali che nel 30-40% dei pazienti affetti da melanoma presentano già, all'esordio dello stadio avanzato della malattia.

«Ci sono delle indicazioni che fanno presumere che il nuovo farmaco possa avere un'attività anche in questa tipologia di pazienti», prosegue Michele Maio, Direttore Immunoterapia Oncologica, Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena. La terapia con vemurafenib è l'esempio concreto di Personalised Healthcare (PCH), ovvero trovare i farmaci giusti per specifici gruppi di pazienti.

«È la prima volta che il melanoma viene affrontato in una logica di Medicina Personalizzata - conclude Maurizio de Cicco, amministratore delegato di Roche S.p.A. - Un'innovazione fondamentale, che porta benefici concreti per i pazienti». (leggocaperna@gmail.com)



La scienza

Allarme plastica il cibo confezionato ci cambia il corpo

ANGELO
AQUARO

Test shock a San Francisco sugli effetti degli imballaggi
I consumatori contaminati dagli alimenti impacchettati

Allarme plastica in tavola il cibo confezionato cambia il nostro corpo

DAL NOSTRO INVIATO
ANGELO AQUARO

BURRO all'ignifugo, succo di mela al nonilfenolo, birra alla dibutiltina, spaghetti cinesi al polistirene. E poi, giusto per gradire, pop-corn scoppiettanti di Teflon... Sai che c'è? Stasera mi faccio un bel piatto di plastica. Tanto vale arrendersi a leggere il menu che ci propina l'industria alimentare. A cominciare, come sempre, da quella americana.

L'ultimo allarme arriva da una ricerca made in San Francisco: la città più salutista degli States. I ricercatori dell'Environmental Health Perspective hanno condotto un esperimento da non suggerire agli smalzati ideatori dei reality show. Hanno preso cinque famiglie e le hanno messe tre giorni a dieta. Non di cibi particolari: ma di cibi che non erano stati contaminati dalla plastica. Il risultato? Il confronto delle analisi ha lasciato stupefatti gli stessi scienziati. I livelli di bisfenolo A, in codice Bpa, il composto organico usato per indurire la plastica, sono crollati di due terzi. Non solo. Quelli di di-2 etilestilflatato, in codice più comunemente Dehp, la sostanza che rende la plastica flessibile e trasparente, sono dimezzati.

I risultati sono stati immediatamente rilanciati dalla più

La ricerca rivela: alti contenuti di policarbonati per colpa del “packaging”

grande esperta dell'argomento, Susan Freinkel, l'autrice del fortunatissimo “Plastic: A Toxic Love Story”. Che sul *Washington Post* ha sentenziato: tutta colpa del packaging. Tutta colpa cioè della plastica usata per confezionare i prodotti. Le buste che incartano i surgelati. Le bottiglie dell'acqua e dei succhi di frutta. La carta che avvolge il burro e la margarina. La plastica che avvolge gli affettati e raccoglie l'insalata già tagliata e lavata.

I pericoli per l'alimentazione non sono certo nuovi. E' dagli Anni 30 che i primi studi hanno cominciato a puntare il dito contro il Bpa, sì, proprio il composto che nelle famiglie sottoposte alla dieta antiplastica di San Francisco si è “liquefatto” in soli tre giorni. E come succede in tutti i paesi civili ogni nazione è corsa ai ripari. Ma già il fatto che si tratti di corsa in ordine sparso la dice lunga sull'efficacia e affidabilità delle varie proibizioni. Proprio il fatidico Bpa, per esempio, è stato dichiarato tossico in Canada già due anni fa: è perché mai quello che devasterebbe lo stomaco a Montreal dovrebbe invece essere digeribilissimo a New York?

Dal 1958 la Food and Drug Administration, cioè l'istituto che

vigila su cibi e farmaci, ha analizzato e dato il via libera a 3000 composti chimici da poter uti-

lizzare a contatto con i cibi. Sono i cosiddetti “additivi indiretti”: non parliamo quindi delle sostanze usate nella preparazione del cibo ma di quelle usate nella preparazione degli involucri. E che — volatilissime — lo aggrediscono comunque. Il livello di sicurezza sarebbe inversamente proporzionale alla quantità che può finire nel piatto. Peccato però che alcuni scienziati si stiano preoccupando adesso di fare anche un altro calcolo: che consideri l'azione “cumulativa” di questi elementi. Non solo nello spazio: sostanze provenienti dalle confezioni di cibi diversi. Ma nel tempo: sostanze accumulate nell'organismo continuamente esposto a quei cibi confezionati.

Qui, come spesso, gli esperti si dividono. Ma è lo stesso Istituto nazionale della salute a riconoscere che un numero diverso di sostanze chimiche — ingerite separatamente e in piccole dosi — ha lo stesso effetto sul corpo di una sola e più potente dose. Con che rischi? Prendete quell'altro composto dimezzato dalla dieta antiplastica di San Francisco: il Dehp non solo può interferire con il testosterone durante lo sviluppo ma anche con la riproduzione maschile — oltre a provocare disfunzioni alla tiroide e piccoli cambi di umore.

Basterà per correre ai ripari?

In America è partito un movimento di pressione per costringere la Food and Drug Administration a rivedere i parametri. Ma le lobby dell'industria sono riuscite finora a fare muro: indistruttibile come la plastica?

La scheda



LE REGOLE

Dal 1958 il Food and Drug Administration ha autorizzato l'utilizzo in piccole dosi di 3mila sostanze chimiche per gli involucri degli alimenti



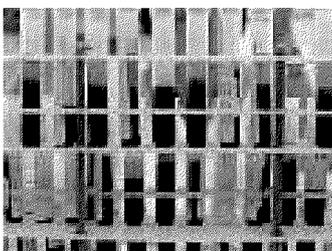
IL BISFENOLO A

Uno studio su 5 famiglie a San Francisco ha rilevato dosi più alte (fino a due terzi in più) di bisfenolo A nelle urine di chi fa uso di cibi a contatto con la plastica



I DUBBI

Un numero crescente di studiosi sta mettendo in dubbio l'utilizzo di imballaggi di plastica potenzialmente nocivi per la salute



IN FRANCIA

L'Agenzia per la sicurezza sanitaria francese ha messo in guardia sul bisfenolo A, presente anche nei biberon in plastica e nei rivestimenti interni dei barattoli



Intervista a Enrico Alleva

«AIUTI AL SUD PER NON SPRECCARE LE ECCELLENZE»

Scienza e politica/4 Il neo presidente della stazione zoologica Dohrn di Napoli lancia l'allarme: «Non riusciamo a riportare in Italia neppure quanto investiamo nella ricerca europea: ogni anno perdiamo 500 milioni»

L'innovazione mancata
«È stato folle bloccare il turn over in questo settore»

CRISTIANA PULCINELLI
cristiana.pulcinelli@gmail.com

La ricerca in Italia ha bisogno di aiuto. Nel Mezzogiorno ha bisogno di un aiuto in più, soprattutto perché in questa parte del Paese ci sono tante eccellenze che vanno messe a sistema». Enrico Alleva, etologo, direttore del reparto neuroscienze cognitive dell'Istituto Superiore di Sanità, da pochi mesi è presidente della stazione zoologica Anton Dohrn di Napoli.

Cosa pensa della politica del governo sulla ricerca?

«Al momento il governo punta a una maggiore integrazione a livello europeo soprattutto per attrarre i fondi messi a disposizione dall'Unione Europea per la ricerca. La capacità italiana di riportare indietro i soldi investiti è infatti deficitaria. Noi contribuiamo al finanziamento della ricerca europea ma non riusciamo a riprendere neppure quanto ci abbiamo messo: ogni anno perdiamo circa 500 milioni di

euro. E questo è sicuramente un punto da migliorare».

Quali sono i problemi da affrontare?

«La comunità scientifica non esce fuori da un periodo particolarmente florido, ci sono state difficoltà sia per quanto riguarda l'ammodernamento tecnologico, sia per quanto riguarda la capacità di attrarre i giovani. Il comparto ricerca è stato trattato come il resto del pubblico impiego bloccando il turn over, con il risultato che molti giovani sono andati all'estero. C'è poi un problema di gestione amministrativa dei fondi europei, soprattutto quando il capofila del progetto è italiano. Bisogna però dire che a questo problema alcune organizzazioni amministrative rispondono meglio di altre, con maggiore efficienza».

Di cosa c'è più bisogno in questo momento?

«C'è un bisogno innegabile di innovare. E quindi c'è bisogno di una maggiore "impollinazione incrociata" tra ricerca di base e ricerca applicata. Questo vale sicuramente per la ricerca medica, con la ricerca traslazionale, ma anche per altri ambiti, ad esempio il monitoraggio ambientale. Però non basta. Dovremmo ristudiare un po' di sociologia della scienza e di antropologia culturale per guardare ai momenti in

cui si sono verificati grandi salti conoscitivi che si sono poi rivelati utili all'umanità. Vedremo così che molte scoperte sono avvenute per caso, mentre si stava cercando tutt'altro, o sono arrivate da ricerche che cercavano di rompere i paradigmi della scienza del tempo. Quindi vanno sicuramente usate strategie a livello nazionale puntando sui settori forti, ma si devono mantenere spazi anche per piccoli gruppi di ricerca che guardano altrove e da cui può venire un salto conoscitivo importante».

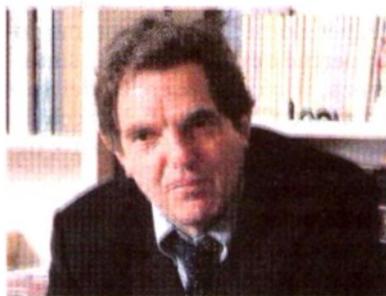
Il precariato è un nodo cruciale anche nel comparto della ricerca?

«A causa del precariato ci sono professionalità che rischiamo di perdere anche in campi in cui siamo tradizionalmente forti. L'eccellenza nella scienza non si inventa, viene riconosciuta all'estero e ci vogliono decenni per ottenerla, quindi è fondamentale partire da storie individuali riconosciute. Ma c'è dell'altro: per fare ricerca ci vuole anche una certa tranquillità. E i precari difficilmente possono essere tranquilli». ●



Chi è

Un etologo all'Istituto Superiore di sanità



Enrico Alleva (Roma, 1953) è un etologo. Direttore del reparto neuroscienze cognitive dell'Istituto Superiore di Sanità, da pochi mesi è presidente della stazione zoologica Anton Dohrn di Napoli. È autore di numerosi libri.

L'iniziativa: cosa cambia con il governo dei prof

Abbiamo intervistato sui temi della ricerca scientifica e le speranze suscitate dalle dichiarazioni degli esponenti del governo tecnico alcuni vertici di enti di ricerca del nostro Paese che hanno assunto l'incarico relativamente da poco tempo. Il primo è stato Fernando Ferroni, presidente dell'Istituto nazionale di Fisica nucleare (23 febbraio), poi ha detto la sua il neo presidente del Cnr Luigi Nicolais (9 marzo). Il 20 marzo la parola è passata a Guido Martinelli, direttore della Scuola internazionale di studi avanzati di Trieste. Chiudiamo il giro di pareri oggi con Enrico Alleva.

Salute

Epatite C Nuova cura entro giugno

Epatite C cronica. Circa 180 milioni i colpiti nel mondo. Triste il primato dell'Italia, capofila in Europa per infettati, con 1.000 nuovi casi e 10.000 morti ogni anno. Un nuovo farmaco, già approvato nel resto del mondo e forse da giugno anche dall'Italia, sembra ora in grado di eliminare radicalmente il virus nei malati. Mai accaduto finora. La molecola si chiama *boceprevir*. Agisce direttamente sul virus (Hcv) ed è risultata efficace, insieme alle terapie standard, anche sul tipo più temibile (Hcv-1), quello resistente alle cure e causa del 60% delle epatiti C nel mondo.

M. Pap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I malati si informano sul Web ma molti medici lo evitano

Due fenomeni in contraddizione e adesso si sta preparando una soluzione

**Walter
Gatti
Medico**

RUOLO: È DIRETTORE
DEL PORTALE
DELLA FEDERAZIONE
DEI MEDICI (FNOMCEO)
IL LIBRO: «SANITÀ E WEB»
SPRINGER
DANIELE BANFI

Chi non ha mai cercato sul Web informazioni mediche? Che si tratti di trovare un rimedio contro i problemi di stagione o di capire qual è la più recente delle terapie oncologiche la tentazione di lanciarsi in una ricerca su Internet è sempre più forte. Con qualche clic c'è la possibilità di ottenere una quantità impressionante di news e dati. E i siti che trattano di salute continuano a moltiplicarsi. Le forme sono le più svariate, dai portali di informazione ai forum che permettono di porre domande anche agli specialisti.

Ma ci si può fidare? «Pur essendo un valido strumento per la conoscenza, Internet presenta molti rischi potenziali, quando c'è di mezzo la salute. Le informazioni, infatti, non vengono sempre utilizzate in maniera corretta, perché molti tra quelli che navigano non hanno le basi sufficienti per capire quando un contenuto è valido e certo», sottolinea Walter Gatti, direttore del portale della Federazione dei Medici e autore del saggio «Sanità e Web, come Internet ha cambiato il modo di essere medico e malato in Italia».

Di sicuro, oggi, i medici vedono vacillare la propria posizione. Molti pazienti si presentano negli ambulatori con una miriade di fogli stampati che raccolgono le informazioni reperite in Rete. «Dottore, ho

questi sintomi. Internet mi ha detto che servono le seguenti terapie. Lei che ne pensa?». E' questa una delle frasi che sempre più spesso ci si sente rivolgere. Un atteggiamento diffuso che sta rivoluzionando ciò che si definiva «alleanza terapeutica»: se prima era formata da due soggetti, medico e paziente, ora il terzo incomodo è rappresentato proprio dal Web. «Non è facile trovare una soluzione - osserva Gatti -. Il professionista, spesso, non conosce da quali fonti provengono le informazioni e non è a conoscenza della portata scientifica dei dati presentati dal malato. L'ideale sarebbe prendersi del tempo, valutare con calma e discuterne successivamente con il paziente».

Ma quanti medici sono propensi a un atteggiamento simile? Secondo una serie di statistiche riassunte nel libro di Gatti, emerge un quadro poco confortante: quasi il 30% è refrattario a Internet e più del 40% di quelli che lo utilizzano non ne comprende la reale portata per sé e per il paziente. E tuttavia sarebbe sbagliato pensare di scaricare il problema sui camici bianchi. «L'esempio che riassume meglio lo sforzo di arrivare a un'informazione corretta viene dagli Usa ed è rappresentato dalla Mayo Clinic, un'organizzazione no-profit per la pratica e ricerca medica. Un ente che mette a disposizione sul proprio sito molto materiale, da quello utile per capire il proprio stato di salute fino alla consulenza degli esperti. In Italia, purtroppo, un ser-

vizio simile non esiste».

I tentativi per migliorare l'informazione medica sul Web, comunque, ci sono. Un'idea al centro del dibattito internazionale, per esempio, è stata la creazione di un «bollino di qualità», capace di identificare quei siti di cui potersi fidare. Una sorta di certificazione come avviene per i prodotti alimentari. Purtroppo, però, al momento i risultati sono stati controversi. «L'esempio più significativo è quello della Francia: qui il "sigillo" è previsto per legge e sono oltre 200 i portali che lo espongono. Eppure poco è cambiato. Il problema fondamentale non è possedere il marchio di qualità - dice Gatti - ma creare una cultura intorno alla comunicazione della salute che dia la possibilità al cittadino di identificare subito un contenuto autorevole».

Un'impasse da cui, però, è possibile uscire. E' necessario che i soggetti coinvolti - case farmaceutiche, esperti della comunicazione, istituzioni e servizio sanitario - collaborino per individuare parametri e logiche. E poi dovrà partire un'attività di divulgazione attraverso grandi campagne d'informazione. «Un'esigenza - conclude Gatti - sempre più pressante, perché venga ridotto al minimo il "rischio clinico digitale"».

Un'impasse da cui, però, è possibile uscire. E' necessario che i soggetti coinvolti - case farmaceutiche, esperti della comunicazione, istituzioni e servizio sanitario - collaborino per individuare parametri e logiche. E poi dovrà partire un'attività di divulgazione attraverso grandi campagne d'informazione. «Un'esigenza - conclude Gatti - sempre più pressante, perché venga ridotto al minimo il "rischio clinico digitale"».



Ancora pochi i siti dei camici bianchi

■ Solo un quarto dei camici bianchi di medicina generale italiani ha un proprio sito Internet, che usa per offrire ai pazienti informazioni sul proprio studio. Più raramente sono disponibili servizi di prenotazione e annullamento delle visite, di prenotazione elettronica di ricette e strumenti interattivi di «medicina 2.0», tipo forum,

blog e chat. È quanto emerge dalla «Ricerca 2012» dell'Osservatorio Ict in Sanità della «School of Medicine» del Politecnico di Milano. La situazione, però, è destinata a cambiare, se è vero che il 94% dice di cliccare sul Web per scopi professionali, dalla ricerca di informazioni allo scambio di informazioni con operatori sanitari.



Storia dei ticket all'italiana a caccia di altri 2 miliardi

La manovra di luglio ha previsto che nel 2014 il ticket versato dai cittadini per ottenere le prestazioni sanitarie dovrà aumentare di 2 miliardi. Mentre i tecnici regionali sono al lavoro ai tavoli di confronto Governo-Regioni per l'at-

tuazione del Patto per la salute, economisti, epidemiologi e ricercatori ragionano su come potrebbe essere ri-declinato lo strumento del copayment, già oggi ritenuto incapace di garantire attraverso le attuali esenzioni un congruo rispetto

delle fragilità. In due puntate l'analisi degli esperti consultati dall'Agenas.

A PAG. 9-13

COPAYMENT/ In vista delle scelte sulle razionalizzazioni al tavolo del Patto per la salute

Spesa: è il ticket la soluzione?

Esperti al bivio: tagli alle prestazioni o compartecipazioni più elevate

Che oggi le risorse economiche non bastino più per proseguire con la Sanità così com'è non ci sono dubbi e nessuno può metterlo in discussione; meno condivise invece sono le soluzioni da adottare e ciò non tanto per divergenze politiche ma soprattutto per l'insufficiente evidenza dell'efficacia e della realizzabilità delle soluzioni stesse.

Si può pensare di trovare soluzioni o cercando più risorse o diminuendo il fabbisogno: in questa seconda alternativa si dovrebbe agire o mantenendo gli attuali livelli di assistenza ma cercando di agire sulla legalità, sull'efficienza produttiva e sull'appropriatezza ovvero riducendo i diritti e affidandone i contenuti al settore privato assicurativo.

Per aumentare invece le risorse o si aggiunge una nuova tassazione su tutti i cittadini oppure si aumenta il livello di compartecipazione alla spesa da parte degli utenti.

La soluzione probabilmente dovrà essere quella di fare un po' di tutto

questo, ma sarà importante anche e innanzitutto ragionare sui valori che si intendono difendere perché solo così si potranno giudicare le possibili alternative.

E i due valori irrinunciabili sono l'efficacia e l'equità: il copayment non deve mettere in forse l'efficacia dei percorsi diagnostici e terapeutici né deve creare disparità di accesso e di cure per i diversi soggetti del sistema sanitario; per questo motivo crediamo che sia obbligatorio modulare il copayment sulle capacità contributive degli assistiti cui si rivolge.

Che poi il copayment sia anche uno strumento per aumentare l'appropriatezza e l'efficienza non ne siamo sicuri ma sicuramente saremmo contenti lo fosse se ciò comunque non andasse a discapito di quanto prima detto. Occorre anche evitare che i costi di gestione del copayment non erodano eccessivamente l'entità delle risorse incassate altrimenti non si farebbe altro che aumentare gli sprechi di

risorse.

Crediamo quindi che servano ulteriori studi e riflessioni su questi temi ed è per questo che Agenas ha promosso un primo seminario, trasferito in queste note qui riprodotte e ha poi programmato una ricerca cui parteciperanno economisti, sociologi, clinici, amministratori, operatori e utenti.

Da ultimo speriamo che il sistema del copayment non rappresenti solo una tassa che invece di essere imposta a tutti i cittadini lo sia solo per i più deboli, cioè i malati, magari non certificati come tali e non valutati come indigenti, ma non per questo necessariamente in realtà meno poveri o meno bisognosi di cure. È per questo che accoglieremo con interesse ogni commento o proposta strutturata che ci venisse inviata sull'argomento per arricchire le ipotesi di lavoro delle nostre analisi.

Fulvio Moirano
 Direttore Agenas, Roma

In ottemperanza a quanto previsto dalla legge finanziaria 2011 (L. n. 111 del 15 luglio 2011) il copayment per il 2014 dovrebbe aumentare di circa due miliardi. In attesa delle scelte che saranno compiute al tavolo del Patto per la salute, cui competerà anche ridisegnare i profili del ticket sulle prestazioni sanitarie offriamo ai lettori gli spunti di riflessione emersi nel corso di un seminario interno dell'Agenas riassunti dai protagonisti. La seconda e ultima parte dei contributi raccolti sarà pubblicata nel prossimo numero del settimanale.



TRIBUNALE DI RIMINI

«Autismo da vaccino anti-morbillo» I medici: «Sentenza anti-scientifica»

«Devono essere condivise le valutazioni medico-legali svolte dall'ausiliare medico-legale il quale, sulla base di un esame approfondito del caso anche alla luce della letteratura specialistica aggiornata, ha conclusivamente affermato come il piccolo (...) sia affetto da "disturbo autistico associato a ritardo cognitivo medio" riconducibile con ragionevole probabilità scientifica alla somministrazione del vaccino Mpr avvenuto in data 26 marzo 2004 presso la Asl di Riccione».

Su questa base il tribunale di Rimini ha condannato (sentenza n. 2010/148) il ministero della Salute a risarcire per danni da vaccino (trivalente Mpr) i genitori di un

bambino sottoposto alla profilassi. «Lo stesso giorno - si legge nella motivazione - insorgevano sintomi preoccupanti (diarree, nervosismo), mentre tra il 2004 e il 2005 (...) manifestava segni di grave disagio psico-fisico fino alla data del 31 agosto 2007 in cui avveniva il riconoscimento dell'invalidità totale e permanente al 100%». Nel giugno 2008 uno specialista attestava la correlazione tra vaccinazione Mpr e autismo, diagnosi confermata nel luglio 2009 da un collega.

La sentenza del tribunale di Rimini annulla la decisione della Commissione medica ospedaliera che nell'ottobre 2008 aveva respinto la domanda di risarcimento pre-

sentata dai genitori «perché la vaccinazione Mpr non risultava obbligatoria per legge o per ordinanza di autorità sanitaria», condannando quindi il ministero a corrispondere alla famiglia un assegno vitalizio reversibile per quindici anni (artt. 1 e 2 della legge 210/1992).

Quanto deciso dal giudice ordinario di Rimini ha avuto soprattutto l'effetto di riaprire il dibattito, che sembrava archiviato, sulla correlazione tra vaccino e Sindrome di Kanner. A ipotizzare un legame tra profilassi Mpr e autismo era stato un articolo pubblicato su Lancet nel 1998, poi sconfessato da studi successivi.

Da qui la levata di scudi di medici e società scientifiche. A

esprimere «forte sconcerto per la sentenza» è il presidente Fnomceo **Amedeo Bianco**. «Quando parliamo di evidenze scientifiche - ha precisato - intendiamo riscontri su milioni di individui». Posizione in linea con quella del board scientifico (Fimmg, Fimp, Siti e Sip) che ha prodotto il calendario vaccinale per la vita. I cui membri auspicano che il ministero della Salute «voglia proporre appello presso la Corte di Bologna». Mentre Cittadinanzattiva-Tdm chiede «chiarezza» al ministero.

B.Gob.



A PAG. 24

Precariato

La proposta di dottori e dirigenti per stabilizzare sei tipologie di lavoro atipico

Proposta dei sindacati della dirigenza del Ssn per risolvere il problema di sei tipologie di contratti atipici

La ricetta anti-precari dei medici

Come stabilizzare le posizioni - Interventi possibili senza costi aggiuntivi per le aziende

La mancata stabilizzazione di medici, veterinari e dirigenti sanitari non solo è un problema di dinamiche interne degli enti del Ssn (ministero compreso per l'inevecchiamento dei dirigenti, minore trasmissione delle competenze professionali, sfruttamento della forza lavoro, mancata fidelizzazione dei professionisti all'ente datore di lavoro), ma ha anche risvolti pensionistici importanti. A esempio la mancata contribuzione per le casse Inps (essendo i contributi indirizzati in un fondo speciale Inps e non nel fondo dirigenti dello stato ex Inpdap), l'assenza di pensione o una pensione minima per il professionista stesso e problemi di ordine sociale (impossibilità ad accedere a un mutuo, formare una famiglia, scarsa fiducia nel futuro ecc). Inoltre, la precarizzazione di un posto di lavoro rischia di rendere precaria la stessa funzione.

Queste le premesse sulla base delle quali i sindacati della dirigenza medica e veterinaria (Anaao Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi-Emac, Fvm, Cisl medici, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials medici, Uil Fpl medici, Sds Snabi, Ugl medici) hanno messo a punto un documento sul precariato presentato la scorsa settimana al tavolo tecnico ministero salute-sindacati.

Secondo i sindacati è «paradossale» che per gli infermieri si sia arrivati in quasi tutte le Regioni alla stabilizzazione e

che, invece, per la dirigenza sanitaria non si sia giunti a un processo analogo. Anzi, sotto-lineano, il blocco del turnover e i piani di rientro spingono le aziende a precarizzare ulteriormente i rapporti di lavoro, facendo ricorso a «strumenti di reclutamento illegittimi e, in quanto tali, pericolosi per le aziende stesse e incoerenti con la attività assistenziale. Senza dimenticare - aggiungono - che una delle sacche di maggior precariato si ha nel privato, anche accreditato».

La proposta - secondo l'indicazione del ministro - deve soddisfare tre principi: rispetto della Costituzione (non si può prescindere da un concorso per il pubblico impiego), economicità (deve essere sostenibile economicamente), temporalità (deve essere di immediata applicabilità e la sua conversione in legge avvenire prima dell'estate). E i sindacati hanno messo a punto un testo che non definiscono «esaustivo di tutte le problematiche», ma che, assicurano «ne risolvano il maggior numero».

Le tipologie di contratto esaminate sono sei.

La prima sono i contratti a tempo determinato e quelli per l'attuazione di progetti finalizzati su chiamata, che secondo i sindacati «non hanno mai assolto alla funzione di richiamare in tempi rapidi alte professionalità, ma sono serviti solo alle clientele politiche e non». La soluzione secondo il documento è secca: vanno eli-

minati per la dirigenza del Ssn.

Ci sono poi i contratti per incarichi temporanei semestrali, rinnovabili per massimo altri sei mesi in attesa di bando di concorso per i «facenti funzioni» dei dirigenti di struttura complessa. La proposta anche qui prevede seccamente l'indizione dei concorsi relativi senza deroghe: non è necessaria nessuna autorizzazione regionale alla copertura del posto disponibile, sostengono i sindacati nel documento, che quindi non deve essere soggetto alle regole sul contingentamento del turn-over. E secondo la proposta le Regioni devono inserire anche il monitoraggio dell'attività tra i parametri di valutazione dei direttori generali: è materia oggetto di governo strategico dell'azienda e quindi direttamente legata al governo clinico.

Altro capitolo quello dei contratti a tempo determinato che seguono alla procedura concorsuale. Anche qui la soluzione è semplice: nei confronti di questi dirigenti in servizio al momento dell'eventuale recepimento normativo della proposta, aziende sanitarie, Ircs pubblici e i policlinici universitari stilano un piano di stabilizzazione con il passaggio al contratto a tempo indeterminato in base ai posti vacanti nella dotazione organica o rivedendo la sua consistenza in base al fabbisogno e nel limite delle risorse economiche già impegnate per il lavoro precario.

Anche per i contratti a tempo determinato su avviso pubblico - quelli cioè a professionisti idonei e collocati in una graduatoria compilata per soli titoli per l'attribuzione di contratti a tempo determinato (6-8 mesi) - c'è la stabilizzazione in base alle funzioni dell'ente.

Per contratti atipici pagati con fondi aziendali (che teoricamente non avrebbero potuto esistere nel pubblico impiego e che di norma dovrebbero escludere l'assistenza diretta sui malati) si deve prevedere per il futuro la proibizione assoluta per legge dell'utilizzo di co.co.co. e libero-professionisti e le soluzioni sono a questo punto molto articolate (vedi tabella). Per quelli pagati invece con fondi extra-aziendali (sono medici arrivati per la maggior parte su chiamata diretta, in tanti casi non provvisti dei titoli di specializzazione in assenza di una qualsiasi graduatoria) se svolgono solo attività di ricerca o di supporto alla ricerca e sono contrattualizzati in enti dove l'attività è istituzionale il contratto non presenta criticità, altrimenti valgono le soluzioni del punto precedente su quelli pagati con fondi aziendali.

P.D.B.

Le proposte per ogni tipologia di contratto

Chiamata diretta

Vanno eliminati salvaguardando la dotazione organica ricalcolata conteggiando le posizioni lavorative ricoperte attraverso tali procedure da assumere con regolare concorso

Facenti funzioni di direttore di struttura complessa

In caso di cessazione dal servizio per qualsiasi motivo del direttore di struttura complessa il vincolo di dodici mesi, previsto dal Ccnl per la copertura del posto è inderogabile. Fanno eccezione le situazioni in cui contestualmente alla cessazione dal servizio del dirigente l'ente provveda a una rimodulazione dell'atto aziendale con soppressione della posizione organizzativa

Tempo determinato dopo procedura concorsuale

Nei confronti di questi dirigenti in servizio alla data di entrata in vigore della norma le aziende sanitarie, gli Irccs pubblici e i policlinici universitari provvedono alla definizione di un piano di stabilizzazione con il passaggio al contratto a tempo indeterminato, nell'ambito dei posti vacanti nella dotazione organica

Tempo determinato su avviso pubblico

Se riguarda un'attività necessaria per l'erogazione dei Lea occorre ricomprendere in maniera strutturale i posti all'interno della dotazione organica e procedere con pubblico concorso. La proposta non prevede costi aggiuntivi per le aziende

Contratti atipici pagati con fondi aziendali

1. Le posizioni lavorative devono essere censite e ricondotte alla dotazione organica dell'ente datore di lavoro.
2. L'ente è tenuto a rimodulare la dotazione organica e a indire un concorso per le posizioni lavorative ricoperte, riconoscendo uno specifico punteggio aggiuntivo per il periodo lavorato presso l'azienda che propone la stabilizzazione.
3. Cinque anni di lavoro: medici e veterinari in possesso di tale requisito sono assimilati al personale in servizio di ruolo all'1 febbraio 1998, esentato dal requisito della specializzazione nella disciplina relativa al posto di ruolo da porre a concorso.
4. Se non risultano carenze di organico, ma solo necessità di prestazioni, l'azienda deve indire un avviso pubblico dove riconoscere ai co.co.pro specifico punteggio aggiuntivo.
5. La proposta presenta costi aggiuntivi compensati da quanto le aziende sarebbero tenute, prevedibilmente, a pagare in sede giudiziaria

Contratti atipici pagati con fondi extra aziendali

1. Se svolgono solo attività di ricerca o di supporto alla ricerca e sono contrattualizzati in enti dove tale attività sia istituzionale il contratto non presenta criticità.
2. Se svolgono attività istituzionali vale quanto proposto nel punto precedente

INFORMATION TECHNOLOGY

La spesa Ict a 1,3 miliardi

Il 70% a carico delle strutture - Risorse in calo nel 2012

La spesa per l'Ict in Sanità ammonta a 1,3 miliardi di euro, per il 70% a carico delle strutture sanitarie che tuttavia

hanno visto diminuire il budget di settore nel 2011. Il dato emerge dalla V edizione dell'Osservatorio Ict in Sanità pro-

mosso dalla School of management del Politecnico di Milano a valere su un campione di 127 responsabili dei sistemi in-

formativi e 223 direttori generali, amministrativi e sanitari.
 A PAG. 16-17

POLITECNICO MILANO/ V edizione dell'Osservatorio promosso dalla School of management

L'Ict del Ssn vale 1,3 miliardi

Il 54% della spesa per acquisto servizi - È stallo per gli investimenti 2012

Il Sistema sanitario nazionale italiano si trova di fronte a sfide durissime. Per scongiurare il rischio di default e allinearci ai Paesi europei più virtuosi, il nostro Governo si è infatti impegnato con l'Unione europea nel perseguimento di una roadmap molto impegnativa, che prevede di raggiungere entro il 2013 il pareggio nel rapporto deficit/Pil - pari al 3,6% nel 2011, con un deficit che ammonta a 53 miliardi di euro. Ne è derivata una forte spinta al contenimento della spesa Sanitaria che impone tagli a Ministeri, Regioni e strutture sanitarie. Tali misure, se da un lato mirano a garantire la sostenibilità del nostro Sistema sanitario, dall'altro rischiano di minarne alla base l'efficacia e la qualità dei servizi che, seppure tra le tante contraddizioni spesso denunciate, vengono considerati tra i migliori al Mondo.

In questo contesto va collocata l'analisi dell'andamento dei costi e degli investimenti in Information and communication technology (Ict): l'Ict per la Sanità non è una semplice voce di spesa, ma può rappresentare una delle principali leve di intervento su cui è possibile agire per incrementare sia la qualità dei servizi che la loro efficienza e sostenibilità economica. Proprio mentre si richiede uno sforzo per migliorare le prestazioni del sistema, tuttavia, gli investimenti in Ict rischiano di subire un rallentamento, se non delle vere e proprie frenate dovute a esigenze finanziarie di breve periodo. Il pericolo è che il taglio degli investimenti in quelle che rientrano ormai tra le principali tecnologie abilitanti del sistema si traduca in una progressiva perdita di effi-

cazia del servizio sanitario che, a sua volta, può portare a maggiori costi e minori risorse disponibili, rischiando di far avvilitare il sistema in una sorta di circolo vizioso con un progressivo deterioramento della qualità e della competitività delle prestazioni. È urgente scongiurare o invertire questo circolo vizioso, creando invece un circolo virtuoso in Sanità basato sull'innovazione: investimenti efficaci per portare maggiore qualità e minori costi, recuperando così nuove risorse per rendere migliore e più sostenibile il Sistema sanitario.

Per dare una corretta lettura del fenomeno e orientare le possibili direzioni di intervento, la Ricerca 2012 dell'Osservatorio Ict in Sanità ha inteso da una parte rilevare l'andamento della spesa Ict, in termini di volumi e distribuzione delle risorse impiegate, e dall'altra entrare nel merito degli ambiti di investimento e della loro efficacia per identificare quelle iniziative che, se portate a livello di sistema, possono essere in grado di contribuire a invertire il circolo vizioso aiutando a conciliare miglioramento della qualità del servizio e contenimento della spesa.

Ampliando e approfondendo le analisi sviluppate negli anni precedenti, l'Osservatorio ha indagato l'andamento della spesa Ict a tutti i livelli del Sistema sanitario: strutture sanitarie, Regioni, ministero della Salute e Medici di medicina generale. Da questa analisi è stato innanzitutto possibile valutare la spesa complessiva Ict per la Sanità nel 2011, che in Italia è stimabile in 1,3 miliardi di euro, pari a circa l'1,1% della spesa sanitaria pubblica e a 22 euro per abitante.

Il 70% della spesa Ict, pari a

910 milioni di euro, è effettuato a livello di strutture sanitarie che hanno visto nell'ultimo anno una riduzione dei propri budget rispetto alle analoghe stime effettuate nel 2010 (920 milioni di euro). A fronte della sostanziale stabilità della spesa corrente, questa riduzione risulta principalmente legata a una contrazione degli investimenti Ict. Anche per i prossimi tre anni le previsioni da parte delle strutture sanitarie indicano una tendenza allo stallo o alla contrazione: il 49% del campione prevede infatti una diminuzione degli investimenti Ict che nell'8% dei casi si ridurranno di oltre il 40% rispetto al 2011.

In termini di tipologie di costi Ict, la prima voce di spesa per le Strutture sanitarie è per l'acquisto di servizi Ict (54%), pari a 491 milioni di euro, seguita dal costo del personale Ict che nel 2011 è stato pari a 191 milioni di euro. Le spese in acquisti software e hardware corrispondono rispettivamente al 12 e al 13% del budget Ict complessivo delle strutture sanitarie.

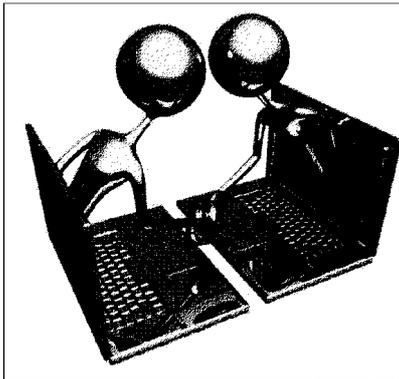
Il 23% della spesa Ict complessiva in Sanità è sostenuta direttamente dalle Regioni (escludendo eventuali finanziamenti alle strutture sanitarie). Nel 2012, infatti, considerando investimenti in nuovi progetti e spese di funzionamento e manutenzione, tale spesa è stimabile in circa 300 milioni di euro. Per quanto riguarda la spesa effettuata dai Medici di medicina generale (Mmg) per gli acquisti di servizi e sistemi Ict (con l'esclusione delle apparecchiature biomedicali) le proiezioni realizzate sui dati campionari raccolti in collaborazione con Doxapharma e la Fimm (Federazione italiana Medici

di medicina generale) indicano un volume pari a 70,2 milioni di euro nel 2011 e a 70,9 milioni di euro nel 2012, con una variazione quindi trascurabile e un valor medio piuttosto contenuto che si attesta intorno a 1.500 euro per ogni Mmg. Il ministero della Salute, infine, ha una previsione di spesa per la gestione delle attività di funzionamento dei sistemi Ict di propria competenza di circa 12 milioni di euro nel 2011, dimezzando quindi il budget rispetto a quanto speso nel 2010 e prospettando una riduzione del 13% anche per il 2012.

pagine a cura di
Mariano Corso
Claudio Vella
Paolo Locatelli
Isabella Gandini
Osservatorio Ict in Sanità
School of management
del Politecnico di Milano
(primo di una serie di servizi)

L'Osservatorio Ict in Sanità, giunto al quinto anno di attività, è promosso dalla School of management del Politecnico di Milano, con il contributo dell'Ict Institute del Politecnico di Milano e in collaborazione con Senaff/Exposanità. L'Osservatorio ha l'obiettivo di analizzare e promuovere il ruolo delle Ict a supporto del miglioramento e dell'innovazione dei processi nel mondo della Sanità.

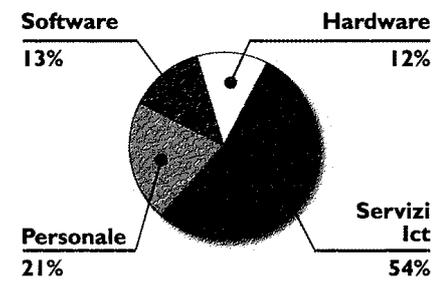
La Ricerca 2012 ha consentito di stimare il valore complessivo della spesa Ict in Sanità, sostenuta da strutture sanitarie, Regioni, ministero della Salute e Medici di medicina generale, e di analizzare le priorità di investimento e le evoluzioni relative ai principali ambiti applicativi (cartella clinica elettronica, fascicolo sanitario elettronico, mobile health, soluzioni a supporto della medicina sul territorio e dell'assisten-



za domiciliare, servizi digitali al cittadino, cloud computing ecc.), con l'obiettivo di comprendere il livello di sviluppo del sistema di Virtual health in Italia. La Ricerca ha permesso inoltre di studiare l'impatto dell'innovazione Ict sull'efficacia e l'efficienza del Sistema sanitario, approfondendo anche il punto di vista dei cittadini e dei Medici di medicina generale, grazie alla collaborazione con Doxapharma. Sono state infine analizzate le leve organizzative e di governance che consentono di promuovere l'innovazione e lo sviluppo del sistema di Virtual health. La Ricerca si è basata su un'analisi empirica condotta tramite un campione di 127 responsabili dei sistemi informativi e 223 tra direttori generali, amministrativi e sanitari. Oltre all'analisi empirica sono stati analizzati oltre 60 casi di studio.

Le spese delle strutture sanitarie

Andamento degli investimenti Ict nei prossimi tre anni



Lieve diminuzione inferiore al 20%

29%

Media diminuzione tra il 20% e il 40%

12%

Diminuzione rilevante oltre il 40%

8%

Nessuna variazione: 14%

Lieve aumento inferiore al 20%

23%

Medio aumento tra il 20% e il 40%

9%

Aumento rilevante oltre il 40%

5%

Diminuzione

Aumento

Campione: 86 Cio

Identikit dell'assistenza in mobilità: fuga dal Sud, a Nord si muore meno

Il Setteentrione assorbe il 55% dei pazienti in viaggio: il 45% parte dal Sud e ottiene risultati migliori quanto più si allontana da casa. Secondo i dati Agenas per alcuni indicatori la mortalità è sempre più bassa a Nord, dove i ricoveri sono di alta specialità e per questo aumentano il loro valore economico. (Servizi a pag. 6-7)

SDO 2010/ Analisi dei dati sui ricoveri (e relativo valore) fuori Regione di residenza

Mobilità: fuga verso il Nord

Il settentrione assorbe il 55% di pazienti in viaggio - Il 45% parte dal Sud

Il Nord accoglie oltre la metà (449.736 su 821.804, il 51%) dei pazienti in viaggio in cerca di cure migliori. Al Centro ne arriva il 26% (225.285) e il 23% (201.542) al Sud. E se quelli del Nord sono casi per lo più di alta specialità e complessità, quelli del Centro e del Sud (tranne rare eccezioni come la Toscana) sono casi di normale amministrazione, quelli cioè che possono essere capitati anche casualmente durante uno spostamento o una vacanza. A dimostrarlo è il valore che i ricoveri in mobilità assumono, calcolato semplicemente rapportando il loro numero con il valore incassato o pagato dalle singole Regioni: in Lombardia a esempio un ricovero in mobilità attiva vale oltre 11mila euro contro i poco più di 2mila di un ricovero in mobilità passiva (quelli cioè dei lombardi in altre Regioni), mentre in Calabria un ricovero in mobilità attiva crolla a 365 euro e uno in mobilità passiva sfiora i 32mila euro.

Il confronto è reso possibile analizzando gli ultimissimi valori della mobilità dei pazienti forniti con le schede di dimissione ospedaliera 2010 (si veda anche Il Sole-24 Ore Sanità n. 11/2012) incrociati con i valori dei conguagli e delle spese di mobilità delle Regioni, sempre per il 2010, riportati nel riparto del fondo sanitario.

La mobilità ospedaliera regionale, nelle strutture pubbliche e private accreditate, è rappresentata - spiega lo stesso **ministero della Salute** nel capitolo delle Sdo che si occupa della mobilità - dalle apposite matrici. E sempre secondo la Salute il fenomeno della mobilità riguarda il

7,4% dei ricoveri per acuti in regime ordinario e il 7,4% di quelli in day hospital, tocca quasi il 15% per la riabilitazione in regime ordinario ed è pari al 7,5% per quella in day hospital, mentre si riduce a 4,7% per la lungodegenza e al 3% per i neonati sani.

Le Regioni più accoglienti.

In testa come accade da anni c'è la Lombardia, in cui sono arrivati in mobilità quasi 150mila pazienti, contro un'uscita di 78.672. A scegliere prioritariamente la Lombardia come Regione in cui farsi curare sono in mobilità di confine (Regioni vicine) i piemontesi e gli emiliano-romagnoli (in tutto circa 49mila pazienti, il 33% del totale di quelli accolti nella Regione), ma in mobilità ben oltre la vicinanza anche pugliesi, siciliani e sardi (quasi 33mila pazienti in tutto, con il record degli oltre 17mila siciliani, il 22% di quelli in entrata nella Regione). Anche a livello di saldo economico la Lombardia è in testa nel 2010 con quasi 442 milioni incassati da altre Regioni al netto di quelli spesi per i suoi pazienti curati altrove.

Al secondo posto c'è l'Emilia Romagna. Di pazienti in ingresso ne ha registrati oltre 116mila, contro i circa 47mila in uscita. E l'afflusso maggiore nella Regione è dei lombardi (18.472), seguiti dai toscani (11.705) e dai marchigiani (14.410). Soprattutto mobilità di confine quindi. Anche a livello economico l'Emilia Romagna è seconda alla Lombardia con un saldo di mobilità (la differenza tra entrate e uscite) di oltre 384 milioni.

Al terzo posto per mobilità attiva dei pazienti c'è il Lazio in

cui ne sono arrivati nel 2010 quasi 101mila e da cui ne sono usciti poco più di 69mila. Ma la tipologia dei pazienti non aiuta la Regione ad avere conti di mobilità attivi e così il saldo si chiude con un passivo di quasi 54 milioni. Nel Lazio arrivano soprattutto umbri e campani, ma i suoi cittadini vanno a cercare cure in particolare in Abruzzo (13.901, quasi il 14 per cento).

In mobilità di pazienti attiva ci sono poi Toscana (30.809 pazienti) e Veneto (13.864) e con cifre minori Friuli V.G., Molise, Umbria e Bolzano. Dal punto di vista del saldo economico tra queste Regioni è in testa la Toscana, che guadagna oltre 123 milioni, seguita dal Veneto con quasi 96 milioni.

Le Regioni meno accoglienti.

Sul versante opposto, il minor numero di pazienti in entrata lo ha registrato (a parte le Regioni più piccole come la Valle d'Aosta e le province di Trento e Bolzano) la Sardegna (4.671) seguita dalla Calabria (8.545) e il Molise (19.373, la maggior parte dei quali diretti all'istituto Neuromed di Isernia). Ma analizzando il saldo di mobilità, in testa dal punto di vista negativo c'è la Campania (-63.174 pazienti, ma anche -337,6 milioni), seguita da Calabria (-54.435 pazienti e -238,4 milioni), Sicilia (-39.757 pazienti e -212,6 milioni) e Puglia (-33.030 pazienti e -180,5 milioni).

I primati negativi corrispondono anche in linea di massima con il valore estremamente più elevato dei ricoveri in mobilità passiva, che oltre al record della Calabria, raggiungono i 15.500 euro in Campania dove quelli in mobilità attiva superano di poco i mille euro, Sicilia con un valo-

re in mobilità passiva di 16.166 euro contro 1.032 in mobilità attiva e Sardegna con 17.532 euro contro 1.080.

La mobilità con l'estero.

Sulle Sdo c'è poi un capitolo che riguarda i ricoveri in mobilità di cittadini esteri curati in Italia e italiani curati all'estero.

Con circa 480mila ricoveri in regime ordinario e 147mila in day hospital, l'attività per acuti erogata a pazienti residenti all'estero si attesta a circa il 6% dell'intera attività ospedaliera per acuti (10,4 milioni di ricoveri). Questi pazienti sono quelli che di fatto le Regioni dovranno poi "pagare" in base alla mobilità all'estero, a convenzioni o accordi e anche alla nuova direttiva che apre le porte alla possibilità di scambi di cure tra i cittadini dell'Unione, ma ci sono poi nelle Sdo anche i cittadini esteri curati in Italia. In tutto sono stati 480.221 nel 2010, provenienti soprattutto dagli Stati membri dell'Ue (il 27%) e poi dall'Africa (24,9%). Una percentuale consistente arriva in Italia anche dai Paesi europei extra-Ue (quasi 101mila ricoveri, il 21 per cento). A seguire poi i cittadini asiatici (14,4%), americani (8,8%) e dell'Oceania (0,1%). C'è poi l'1% di apolidi e il 2,8% di assistiti a cui non è stato possibile attribuire la provenienza.

La stragrande maggioranza di questi ricoveri avviene in Lombardia: 111.844, oltre il 23% del totale, seguita dal Lazio che assorbe il 12% dei ricoveri di stranieri e dall'Emilia Romagna con quasi 53mila ricoveri, l'11% del totale.

Paolo Del Bufalo

Viaggio nelle Procure regionali a caccia di illeciti e danni erariali per la cattiva gestione delle risorse

Corte dei conti, la mappa delle frodi

Maglia nera a Lazio, Calabria, Campania e Sicilia: rigore e legalità ancora lontani

L'epoca del rigore è ancora lontana nella Sanità vista con la lentezza delle procure territoriali della Corte dei conti. Sprechi, inef-

ficienze e malaffare sono all'ordine del giorno senza distinzione tra il Nord e il Sud del Paese anche se il fenomeno è più odioso ed evidente nelle Regioni alle prese con i

piani di rientro.

Le zone d'ombra sono ovunque le stesse: i rapporti tra pubblico e privato accreditato, le violazioni alle regole

sull'intramoenia da parte dei medici e gli appalti di forniture sanitarie.

SERVIZI A PAG. 2-3

Nelle relazioni dei procuratori regionali della Corte dei conti la mappa degli illeciti sanitari

Regione che vai, abuso che trovi

Rimborsi, libera professione e appalti terreno fertile per le irregolarità

C'è la convenzione per il servizio privato di ambulanze perché quelle della Regione Lazio sono tutte senza barelle, usate come lettighe nelle corsie del pronto soccorso. C'è l'azienda sanitaria triestina che paga il distacco dei dipendenti per farli laureare. Ci sono fior fior di medici ovunque che praticano l'attività privata in barba al rapporto esclusivo con il Ssn. E fioccano in ogni parte d'Italia i rimborsi irregolari alle strutture accreditate.

Sono una "miniera" le relazioni dei procuratori regionali della Corte dei conti per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2012, concluse a

fine marzo. Spalancano il vaso di Pandora degli sprechi e dei disservizi. Aprono una finestra inquietante sui comportamenti illegittimi che inquinano e impoveriscono il servizio sanitario nazionale. Soprattutto laddove è già provato da anni di gestioni disennate: nel Lazio, in Campania, in Calabria, in Sicilia. Perché sono le Regioni alle prese con i piani di rientro quelle in cui le procure segnalano i casi più eclatanti di inefficienza, quando non di vero e proprio malaffare.

E tutto questo è soltanto la punta dell'iceberg, a fronte di un sommerso difficilmente quantificabile. Basta guardare alla Campania, do-

ve le denunce relative alle Asl sono pochissime (appena il 3% del totale) ma - parola del procuratore regionale - gli sprechi e le sacche di privilegio sono sotto gli occhi di tutti e quasi per nulla arginati dai tentativi di risanamento.

Il risultato in soldoni è un danno complessivo all'Eraio di quasi 333 milioni di euro. Nel solo 2011 i risarcimenti decisi sono stati pari a 22 milioni. Uno sperpero che non risparmia nessuno: se in 13 Regioni (si vedano le schede accanto) la Sanità è in primo piano nelle relazioni dei procuratori, ciò non significa che le altre siano modelli di virtù. Anzi.

«L'enumerazione dei disservizi, degli sprechi e delle disfunzioni di questo settore - si legge per esempio nel dossier abruzzese - si rileva stancamente ripetitivo». Come ripetitive, effettivamente, sono le fattispecie produttive di danno. In pole position ovunque sono i rapporti (difficili) tra il pubblico e il privato, le violazioni da parte dei camici bianchi alle regole sulla libera professione e la gestione "disinvoltata" dei criteri di aggiudicazione degli appalti.

pagine a cura di
Flavia Landolfi
Manuela Perrone

LAZIO

Il "buco nero" della riabilitazione convenzionata

Nel 2011 gli illeciti nel settore della spesa sanitaria, sono definiti «gravissimi» dal procuratore regionale del Lazio. «Lo spreco di denaro pubblico e le vere e proprie truffe nel settore riabilitativo» segnalati nel 2010 non sono finiti. Lo scorso anno uno dei filoni d'inchiesta più importanti ha riguardato le convenzioni con il gruppo San Raffaele (ex Tosinvest Spa). La procura regionale ha chiesto il sequestro conservativo di beni immobili per 134 milioni (sequestro confermato dal giudice fino a 126,5 milioni) a garanzia del danno subito dal Ssr: dall'indagine era emersa la «fittizia o irregolare erogazione di prestazioni di riabilitazione eseguite presso strutture convenzionate, e in particolare presso la casa di cura San Raffaele di Velletri».

L'anomala «contiguità decisionale» con la Regione si è spinta al punto «che una dirigente regionale, responsabile delle procedure di autorizzazione e accreditamento, è parsa collaborare con i vertici della società per non avere mai emesso alcun atto sanzionatorio». Una vicenda «che desta particolare sconcerto e preoccupazione soprattutto ove si consideri che oltre il 68% dell'intero debito sanitario nazionale è costituito dal disavanzo accumulato da due Regioni: Lazio e Campania». Eppure, continua la relazione, i rimborsi illeciti al San Raffaele sono continuati e da poco i Nas hanno trasmesso il rapporto sulla casa di cura di Cassino: anche qui un danno di circa 85 milioni per «violazione sistematica

delle convenzioni» e prestazioni irregolari.

Un altro procedimento ha visto coinvolto un istituto fisioterapico convenzionato che effettuava meno prestazioni su disabili gravi di quante fossero state loro prescritte per un danno da 66.352 euro. E, accanto alle solite violazioni all'intramoenia, non sono mancate «situazioni grottesche». Come quella dell'Ares, l'agenzia regionale dell'emergenza: le ambulanze non venivano utilizzate per carenza di barelle. Così, mentre queste ultime «fungevano da lettighe nei reparti di pronto soccorso, si stipulavano convenzioni con enti privati mediante procedure anomale e con palese danno erariale da disservizio».

CAMPANIA

Il rigore è lontano: troppe «sacche di privilegi»

Il controllo della spesa sanitaria in Campania «rappresenta lo snodo fondamentale per il governo della finanza regionale»: le voci critiche sono «il rientro dalla pregressa ed enorme (ma mai compiutamente stimata) situazione debitoria, gestione del personale, contenzioso, attività di staff, amministrazione e formazione, spesa farmaceutica, acquisizione di beni e servizi tramite appaltatori o soggetti in rapporto di accreditamento». Voci feconde «sul terreno della produzione del danno alle finanze pubbliche regionali» per una serie di ragioni elencate dal procuratore. La prima: le misure di rientro dal debito «non hanno prodotto l'auspicata inversione di marcia gestionale nella direzione del rigore e dell'appropriatezza della spesa». L'operazione Soresa pare aver causato «la paradossale creazione, a volte fittizia, di nuovo debito» ed è risultata «assolutamente inadeguata». E ancora: «Risalta la mancanza della pars costruens dell'operazione di risanamento», cioè la definizione di modelli virtuosi, trasparenti e corretti. Ha pesato il ritardo del piano di rientro dai pagamenti, colpevole di aver alimentato distorsioni del mercato e conflitti d'interesse. In 15 anni poi «la Regione non è stata in grado di regolare l'accreditamento definitivo al Ssr», offrendo la sponda ad abusi e illeciti (il procuratore cita il caso dei «centri di factoring» e delle società di consulenza legale per la riscossione, oggetto di apposita istruttoria).

Il commissariamento delle Asl nel 2009 ha comunque «scombinato interessi particolaristici, assetti sedimentati e rendite di posizione acquisite». Anche se le denunce restano poche (appena 88, sulle 5.544 vertenze aperte nel 2011, riguardano le Asl) accertamenti e azioni della Corte dei conti sono aumentate: il totale delle citazioni è pari a 5,4 milioni di euro, quello degli inviti a dedurre supera i 40 milioni. Conclusione: il settore presenta ancora oggi «elementi di rigidità e sacche di privilegi». Ma qualche segnale positivo c'è: alla Asl di Salerno lo scostamento rispetto alle rimesse trasferite dalla Regione si è ridotto dell'80 per cento. Dimostrando che «con un'oculata e trasparente dirigenza sono possibili gestioni più virtuose».

SICILIA

Le piaghe: appalti truccati e cattiva Sanità

Sono state depositate citazioni, per un danno complessivo di 730.558,54 euro, nei confronti di medici, per casi di malasanita». Lo dice la relazione del procuratore della Corte siciliana che fa le pulci a tutte le distorsioni del sistema non solo strettamente legato alle prestazioni mediche, ma anche alla realtà siciliana degli appalti, ai ricoveri facili e all'intramoenia. La procura regionale cita il caso dell'aggiudicazione di una gara per attività di consulenza sulla sicurezza sui luoghi di lavoro «senza alcun riscontro di congruità ed economicità della base d'asta, il cui ammontare risultava ingentissimo in relazione all'oggetto e alla durata del contratto». Il danno contestato al direttore generale è stato determinato in un milione di euro. Sempre in materia di appalti la Corte cita una sentenza (2882/2011) sulla «vicenda relativa al conferimento di incarichi

di componente di commissione di gara di appalto, a favore di soggetti estranei alla Pa, senza predeterminazione del compenso, ovvero a favore di personale interno, in violazione del principio di onnicomprensività». Una questione già emersa nella relazione del 2010 che ha avuto il merito di aver fatto chiarezza «su un fenomeno generalizzato di diseconomicità presso le Aziende sanitarie siciliane» e che ha permesso alle amministrazioni di recuperare le spese in eccesso.

Ce n'è anche, nel dossier, sul dilagare dei ricoveri ingiustificati, con risarcimenti a sei zeri. Come il caso di una citazione in giudizio per un danno di un milione nei confronti del direttore di un'unità operativa di un'azienda ospedaliera. Tra i procedimenti ancora pendenti, infine, diverse ipotesi di illeciti erariali per la violazione della libera professione intramuraria.

CALABRIA

Intramoenia e sprechi nel mirino: 103 citazioni

Sanità sorvegliata speciale in Calabria: nel 2011 quasi il 60% dell'attività della procura si è concentrato sul settore. Gli atti di citazione sono più che sestuplicati, passando da 17 a 103. Il danno stimato è pari a quasi 300 milioni, oltre sette volte l'importo del 2010. Ben 91 citazioni riguardano dirigenti medici che tra il 2004 e il 2008 hanno indebitamente percepito l'indennità di esclusività violando le regole sull'intramoenia allargata: l'operazione Alpi è stata condotta dal Nucleo di polizia tributaria della Guardia di finanza di Catanzaro. Un altro atto di citazione concerne l'illegittima trasformazione di 76 rapporti di collaborazione coordinata e continuativa da parte di un'azienda sanitaria provinciale per un danno di oltre 23 milioni. Azione contabile è stata esercitata anche nei confronti dei direttori generali pro tempore del Dipartimento per la salute della Regione: avevano illegittimamente corrisposto le quote

del Fsr 2005 e 2007 senza il corrispondente finanziamento statale per oltre 250 milioni. Altri settori "caldi" sono le illegittime assunzioni, la mancata utilizzazione di strutture e personale, i mancati introiti per prestazioni erogate.

Il procuratore regionale ha però "benedetto" l'azione del commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro. Il "premio" del mutuo assegnato alla Regione per far fronte al debito pregresso ancora aperto è il segnale che la strada imboccata è quella giusta.

LOMBARDIA

Errori medici e assicurazioni «inutili»

Medici nel mirino della procura regionale della Corte dei conti della Lombardia. Nel 2011, oggetto di indagini sono stati vari casi in cui le aziende sanitarie risultano aver stipulato polizze per la copertura dei rischi derivanti da errori medici senza però poterne beneficiare: il massimale assicurativo si è rivelato troppo basso o sono state previste franchigie contrattuali tali da far ricadere interamente sulle casse delle Ao gli oneri dei risarcimenti accordati.

In alcune fattispecie di danno indiretto, gli ospedali hanno dovuto risarcire pazienti danneggiati da interventi chirurgici eseguiti in modo scorretto, a volte la colpa medica consisteva in omessa diagnosi o prescrizioni di terapie

inadeguate. In un caso sono state riscontrate molteplici omissioni da parte di vari medici ambulatoriali nella cura di una paziente costretta a subire l'amputazione di un piede. In un altro l'Ao ha sborsato quasi 370mila euro di risarcimento per le lesioni gravi subite da un neonato durante il parto. La procura ha anche stanato un falso medico che era riuscito a farsi assumere da un ospedale pubblico: il danno è stato quantificato nell'intera retribuzione netta percepita. E le condotte penalmente illecite di cui si è macchiato hanno danneggiato l'immagine e il prestigio della Pa.

In tutto le vertenze aperte per lesioni da attività sanitaria nel 2011 erano 41, più che raddoppiate rispetto al 2007.

VENETO

Nel 2011 record per le frodi sanitarie da 276 milioni

Frodi sanitarie record nel Veneto, dove la procura della Corte dei conti segnala un balzo a sei zeri negli affari illeciti che ruotano attorno alla salute regionale. Le frodi in ambito sanitario, spiegano i giudici contabili, «sarebbero passate da 30 milioni di euro nell'anno 2010 a 276 milioni di euro nell'anno 2011». Il punto nevralgico riguarda i doppi incarichi del personale medico, oggetto per altro di una sentenza della Corte dei conti (la n. 615 del 22 novembre 2011) che aveva appunto bacchettato duramente l'esercizio dell'attività privata senza autorizzazione nell'ambito dell'orario di lavoro a tempo pieno nel Ssn.

Una nota di merito va alla nuova struttura

ispettiva della Sanità regionale in capo al Consiglio regionale: «Finora la struttura, grazie al lavoro dei suoi dirigenti e dei funzionari - dice la relazione - pur operando in un ambiente difficile e su questioni delicate, ha dato prova di serietà e competenza, fornendo un contributo collaborativo prezioso alla Procura regionale».

Tra i casi più significativi segnalati nella relazione c'è il danno erariale da 302mila euro causato alla Ulss di Vicenza da un odontoiatra «per aver ripetutamente falsificato impegnative riportando prestazioni specialistiche in realtà mai effettuate ma delle quali chiedeva e otteneva il rimborso dall'Azienda sanitaria».

MARCHE

Tra borsisti "incompatibili" e sprechi sui farmaci

Otto aspiranti medici di famiglia stanati a svolgere «attività incompatibili con il percorso formativo» in medicina generale per un danno complessivo quantificato in 174mila euro. Due infermiere dipendenti citate in giudizio per aver svolto libera professione non autorizzata, cagionando un danno complessivo al Ssr stimato in oltre 350mila euro. Due medici del pronto soccorso chiamati a rifondere l'Erario: il primo, dipendente dell'ospedale di Sant'Elpidio, per un danno di quasi 1,5 milioni di euro dovuti a titolo di risarcimento agli eredi di un paziente morto per un errore diagnostico; il secondo, un radiologo in servizio a Osimo, per un danno di 20mila euro dovuto all'omessa diagnosi di una frattura che ha causato lesioni invalidanti a un paziente. Non manca una dipendente che deteneva il codice di servizio per addebitare le telefonate sul contratto di utenza dell'Aou Umberto I, Lancisi e Salesi di Ancona, citata per un danno da 506 euro.

Nella relazione del procuratore regionale delle Marche sono elencati tutti i 26 atti di citazione emessi nel 2011, la metà dei quali riguardano il settore sanitario. Nel corso delle istruttorie, sono stati recuperati 26mila euro totali in favore della Regione per mancati risparmi sull'acquisto dei farmaci inseriti nel Prontuario Ph-T, pagati a prezzo intero invece che contrattato. Altri 6.849 euro sono arrivati all'Aou di Ancona per compensi indebitamente percepiti da un dirigente psichiatra.

SARDEGNA

False esclusive al Ssn e demansionamenti d'oro

Casi di demansionamento, danni erariali, truffe. La fotografia del settore sanitario scattata dalla Procura sarda non fa eccezione. La Corte dei conti locale cita singoli casi di clamorose inefficienze, quando non veri e propri reati, nel sistema sanitario dell'isola. Ne sa qualcosa il dirigente di un'azienda ospedaliera, demansionato illegittimamente, che ha continuato a percepire il trattamento retributivo (230mila euro l'anno) a fronte della più completa inattività. Altro caso è quello subito da un'azienda ospedaliera universitaria da parte di un medico che «ha esercitato per molti anni una fiorente e ben remunerata attività privatistica presso strutture proprie o comunque a lui riferibili, pur avendo chiesto che il rapporto di lavoro con la pubblica amministrazione fosse qualificato come esclusivo, al fine di lucrare i benefici economici e di stato connessi a quel regime». Il danno finora accertato ammonta a 346mila euro circa «somma comprendente - aggiunge la relazione - anche la percentuale sugli onorari incassati e mai riversata all'Azienda, nonché la retribuzione di risultato illecitamente percepita». Un caso non isolato, visto che la Procura, nel 2011, ha «pizzicato» un medico di una Asl - condannato in sede penale per truffa - per aver incassato indebitamente l'indennità a titolo di esclusiva con il servizio sanitario nazionale.

UMBRIA

Lesioni e negligenza: un danno quasi milionario

Una serie di atti di citazione e di inviti a dedurre sono stati emessi per casi di cattiva Sanità, riguardanti varie aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Umbria. La Procura regionale non ci gira intorno e snocciola punto per punto tutte le inefficienze del sistema territoriale calcolando un danno per l'Erario pari a più di 950mila euro. Tra questi anche casi di lesioni sanitarie in cui a fronte di interventi di media difficoltà si sono riscontrate fattispecie in cui «i sanitari non avevano utilizzato negli interventi quelle cautele, cure o conoscenze costituenti lo standard minimo di diligenza richiesto o, piuttosto, avevano sottovalutato lo stato clinico del paziente senza disporre

gli ulteriori accertamenti che si sarebbero dovuti effettuare». Ci sono poi state sottrazioni di medicinali da parte di un dipendente della Asl di Foligno pari per un danno di altri 40mila euro circa.

Tra le distorsioni la Procura annovera anche la vicenda di un medico, direttore di una clinica universitaria «per un caso di incompatibilità, in quanto risultava che lo stesso rappresentava legalmente una società che aveva chiesto all'azienda ospedaliera il convenzionamento per le prestazioni di fisica sanitaria» e nello stesso tempo esercitava presso la stessa azienda in regime di impiego a tempo pieno. Di qui un danno da ingiusto profitto per 125mila euro.

EMILIA ROMAGNA E TOSCANA

Accreditamenti e visite specialistiche fuori legge

Anche in Emilia Romagna l'illegittimità si annida nelle pieghe del sistema di convenzionamento con le case di cura private, «con modalità elusive dei principi di accreditamento con il Ssn», scrive il procuratore regionale. Che, tra le citazioni, segnala quelle relative alla stipula dei «contratti locali» tra l'Ausl di Forlì e le case di cura Villa Igea e Villa Serena per prestazioni specialistiche ambulatoriali, «in elusione al sistema e ai principi dell'accreditamento» e alla disciplina sull'esclusività del rapporto d'impiego dei medici Ssn: il danno complessivo stimato ammonta a oltre 720mila euro.

In Toscana la Procura non dedica un capitolo ad hoc sulla Sanità ma segnala nell'attività giudiziaria del 2011 fattispecie dannose che hanno riguardato tra l'altro le aziende sanitarie locali. Tra queste anche l'«indebito svolgimento di attività extra-moenia, attività ambulatoriale non autorizzata, indebito svolgimento di visite specialistiche, azioni di rivalsa nei confronti di dipendenti pubblici - sanitari in particolare -, consulenze illegittime». In tutto (e quindi contando anche i procedimenti che hanno visto coinvolti altri ambiti) la Procura ha contato 58 giudizi di responsabilità con una richiesta risarcitoria di oltre quattro milioni di euro, nei confronti di 159 tra amministratori o funzionari pubblici.

MOLISE

Le storture dei consulenti

Opacità negli incarichi di consulenza, violazione del tempo pieno da parte dei medici, illeciti negli appalti. È il quadro contenuto nella relazione presentata dalla Procura della Corte dei conti del Molise per l'inaugurazione dell'anno giudiziario. I giudici elencano diversi illeciti che coinvolgono il sistema sanitario locale. Come l'ingiustificato pagamento da parte dell'Azienda regionale sanitaria a due liberi professionisti di un importo forfetario di 51.200 euro a titolo di risarcimento del danno a seguito della cessazione del rapporto, ancorché questa fosse stata legittimamente disposta nei loro confronti. E sempre nella stessa azienda l'illegittimo conferimento di incarichi di consulenza per un importo di 20mila euro.

La Corte cita poi anche il danno per la ex Asl 3 di Campobasso per via di un pagamento a un appaltatore di servizi dell'intero compenso pattuito nel contratto «nonostante fosse stata acclarata la nullità dello stesso per difetto di forma; atteso che all'appaltatore spettava solo l'indebito arricchimento». Il danno in questo caso ammonta a circa 11mila euro. Più cospicuo il «buco» per l'Asrem (65mila euro) causato dal finto rapporto di esclusiva di un medico che invece svolgeva attività libero professionale extra moenia.

La relazione si dilunga poi su un'altra vicenda che ha visto coinvolta l'Azienda regionale, ritenuta responsabile dai magistrati contabili. E cioè l'affidamento di «incarichi di consulenza a un ex dipendente che aveva convenuto la risoluzione consensuale del rapporto di lavoro allorché presentava i requisiti per accedere alla pensione di anzianità, mentre non aveva ancora raggiunto l'età per la pensione di vecchiaia».

FRIULI VENEZIA GIULIA

«Galeotta» fu la laurea a carico dell'azienda sanitaria

Laureati a spese dell'azienda sanitaria: i responsabili dell'Ass I triestina sono stati citati a giudizio dalla Procura regionale del Friuli Venezia Giulia perché nel 2006 consentirono il comando di alcuni dipendenti presso un'Università fuori Regione per conseguire lauree specialistiche con oneri totalmente a carico della struttura. Danno stimato: 189mila euro. Molto meno, comunque, di quello da 6,5 milioni ipotizzato per i responsabili delle aziende sanitarie e ospedaliere di Trieste, della Direzione regionale della salute e dell'Agenzia regionale della Sanità negli anni 2004-2008: avrebbero attuato soltanto in parte la distribuzione diretta dei farmaci per i pazienti in assistenza domiciliare. Ma l'integrazione, rispetto alla relazione del procuratore, è d'obbligo: la sezione giurisdizionale ha appena assolto tutti (sentenza 39/2012 del 12 marzo).

Al confronto, le condanne emesse nel 2011 "sbiadiscono". Un medico dell'Ao di Trieste dovrà risarcire un danno patrimoniale di circa 26mila euro e un danno all'immagine da altri 10mila euro perché effettuava "in proprio" risonanze magnetiche, Tac, ecografie e radiografie usando però le attrezzature e i materiali dell'ospedale. Un ex direttore generale dell'azienda sanitaria di Trieste è invece stato condannato a rifondere quasi 488mila euro per aver disposto il rimborso ingiustificato di prestazioni rese dal Centro di medicina dello sport, privo di autorizzazione e accreditamento.

Due le inchieste aperte: entrambe riguardano rimborsi per prestazioni irregolari erogati da una struttura convenzionata e da una casa di riposo, i cui operatori sono stati rinviati a giudizio in sede penale per maltrattamenti e lesioni agli ospiti non autosufficienti.

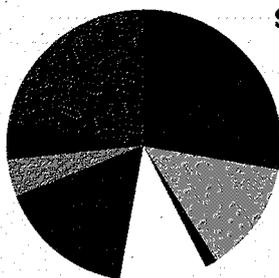
22
milioni
di euro

L'importo dei risarcimenti decisi nel 2011 dalla Corte dei conti nelle sue articolazioni giurisdizionali. A versarli saranno 144 persone fisiche e 8 persone giuridiche. Metà dell'importo deriva da sentenze d'appello definitive.

68
sentenze
sulla sanità

Le sentenze emesse in materia sanitaria dal 1° dicembre 2010 al 30 novembre 2011. La quota maggiore (16,2%) è rappresentata ex aequo dai danni al patrimonio e dagli illeciti relativi al personale.

Sentenze emesse in materia sanitaria



■ 11,8% Consulenze

■ 16,2% Danno al patrimonio

■ 13,2% Danno da attività contrattuale

■ 1,5% Opere incompiute o inutilizzate

■ 10,3% Iperprescrizioni

■ 16,2% Personale

■ 4,4% Risarcimento danni a terzi per errori sanitari

■ 4,4% Danno all'immagine

■ 22,1% Altre tipologie

Sul sito del Sole-24 Ore Sanità i riferimenti e i link alle relazioni di apertura dell'anno giudiziario sulle storture dei sistemi sanitari territoriali. Tra questi anche i rimandi alle relazioni di Abruzzo, Basilicata, Liguria, Piemonte, Puglia, Valle d'Aosta e delle Province di Bolzano e Trento che non abbiamo approfondito in queste pagine per l'esiguità dei riferimenti al settore.

Trombosi: oggi la prima Giornata per combatterla

ROMA. Workshop, gare sportive e attività informative per promuovere uno stile di vita sano. Si celebra così, oggi, in tutta Italia la prima Giornata nazionale per la lotta alla trombosi. A promuovere le iniziative l'Associazione per la lotta alla trombosi (Alt), insieme al ministero della Salute e al Coni. Nel mirino le cattive abitudini legate alla dieta, la scarsa attività fisica, fumo e alcol, che sono le principali cause delle malattie cardiovascolari da trombosi, come infarti, ictus ed embolie. Patologie responsabili del 44% dei decessi.



Tavolo ministero della salute-regioni per ridisegnare i profili professionali

Infermieri. E un po' medici

Verso una nuova definizione delle competenze

DI **BENEDETTA PACELLI**

Arriva l'infermiere cucito a misura di medico. Con più competenze e maggiore autonomia. Ad aprirgli la strada è il tavolo **Ministero della Salute-Regioni** che sta lavorando alla ridefinizione dei profili delle professioni sanitarie per individuare quelle più strategiche per il Servizio sanitario nazionale ed intervenire su competenze e specializzazione degli addetti ai lavori. Insomma, dopo che oltre un anno fa l'ordine dei medici di Bologna aveva dichiarato guerra alla delibera della regione Toscana del «See and treat», un modello angloamericano di riorganizzazione sanitaria che abilitava gli infermieri a fare diagnosi per piccoli casi, ci pensa ora il **ministero della salute**, d'intesa con gli assessorati regionali della sanità, a stilare un nuovo documento per ridefinire le future competenze degli infermieri.

Il testo, inviato a tutti i rappresentanti delle professioni mediche e non (compresi biologi, chimici, psicologi, chimici e veterinari) e a quelli dell'area sanitaria chiamati a trasmettere i rispettivi

pareri al **ministero della salute** entro il prossimo 23 aprile, punta «all'implementazione delle competenze della professione infermieristica» e, nello stesso tempo, a ridisegnare «il nuovo rapporto medico-chirurgo». Il tutto, si legge nella relazione tecnica di accompagnamento, parte da alcuni principi generali: l'aumento dell'età media della popolazione, associata all'evoluzione scientifica e tecnologica, richiedono cambiamenti assistenziali, organizzativi e formativi. E quindi anche di rivedere ruoli e competenze di tutti i professionisti del settore.

Il tavolo Ministero-Regioni, dunque, ha scelto «come prima emergenza quella di adeguare le competenze della professione infermieristica», puntando in questa prima fase, in particolare, a ridefinire cinque aree: cure primarie, critica e dell'emergenza urgenza, chirurgica, pediatrica, salute mentale e dipendenze.

Per raggiungere questi obiettivi, si legge ancora nella relazione, sarà necessario anche rivedere il percorso formativo degli infermieri. A partire da quello universitario, «dove ridefinire i piani

di studio della laurea triennale e magistrale, nonché dei master condivisi in accordo tra ministeri e regioni per rispondere alle necessità di sviluppo della professione». Ma si dovrà puntare anche sulla formazione regionale attivando «una formazione modulare che risponda alla professionalizzazione degli infermieri in conformità agli obiettivi posti in programmazione».

Immediata la reazione delle categorie che vedono in questa nuova definizione dell'infermiere un'azione mirata a erodere competenze altrui e in particolare l'Associazione medici dirigenti, Anaa Assomed, che considera le competenze elencate nel documento «prerogative strettamente connesse alla diagnosi e cura proprie solo dell'atto medico». Secondo Angelo Mastrillo, esperto dell'Osservatorio professioni sanitarie del Miur, invece, «progettare un canale formativo regionale, alternativo e parallelo, a quello universitario con i master rischia di generare un inutile conflitto istituzionale su una materia già pienamente regolamentata».

—© Riproduzione riservata—



Un aiuto per le spese mediche

Detrazione del 19% per i dispositivi utili a curare e ad alleviare i danni da patologie

PAGINA A CURA DI

Luca De Stefani

Per individuare i **dispositivi medici** detraibili dall'Irpef al 19% devono essere considerati gli elenchi contenuti nei vari provvedimenti del **ministero della Sanità**. Se uno specifico bene non è compreso, la **detrazione** può essere fruita se rientra nella definizione di "dispositivo medico" contenuta in uno dei tre decreti legislativi del settore (507/1992, 46/1997 e 332/2000).

Se l'inquadramento in una spesa sanitaria tra quelle detraibili è dubbio, si deve far riferimento ai provvedimenti del **ministero della Salute**, che contengono l'elenco delle "specialità farmaceutiche, delle prestazioni specialistiche, delle protesi" (circolare 25/1997).

Per agevolare i contribuenti, il **ministero della Salute** ha fornito alle Entrate «un elenco non esaustivo dei dispositivi medici (Md) e dei dispositivi medico diagnostici in vitro (Ivd), rappresentativo delle categorie di dispositivi medici di uso più comune».

Per la detrazione dei dispositivi medici, si devono rispettare queste condizioni:

❶ nello scontrino fiscale o nella fattura devono risultare la descrizione del dispositivo medico e il soggetto che ha sostenuto la spesa;

❷ se il dispositivo medico è compreso nell'elenco allegato alla circolare 20/E/2011, il contribuente non deve verificare che rientri nella definizione di dispositivo medico contenuta negli articoli 1, comma 2, dei tre decreti legislativi di settore: 14 dicembre 1992, n. 507; 24 febbraio 1997, n. 46; 8 settembre 2000, n. 332; in questo caso, è "sufficiente conservare" la documentazione relativa alla "marcatura Ce" (dichiarazione o certificazione di conformità), in base alle direttive di settore 93/42/Cee, 90/385/Cee e 98/79/Ce;

❸ per i dispositivi medici non compresi nell'elenco della circolare 20/E/2011, invece, deve trattarsi di prodotti, apparecchiature o strumentazioni, conformi alla definizione di «dispositivo medico» e si deve dimostrare che siano stati marcati Ce dal fabbricante.

Per individuare i dispositivi medici, non compresi nell'elenco delle Entrate, è possibile far rife-

rimento anche alla lista contenuta nella «Classificazione nazionale dei dispositivi medici» (Cnd), elaborata dalla Commissione unica sui dispositivi medici. Un altro elenco utilizzabile è il «Nomenclatore tariffario delle protesi», allegato al decreto della Sanità 27 agosto 1999, n. 332.

La mancata inclusione in questi elenchi, comunque, non comporta l'automatica esclusione della detrazione della spesa per l'acquisto del dispositivo medico, in quanto, ad esempio, anche una parrucca può rientrare nel novero delle protesi sanitarie, se «fabbricata ed immessa in commercio dal fabbricante con la destinazione d'uso di dispositivo medico», in base ai decreti legislativi 507/1992, 46/1997 e 332/2000 e, quindi, obbligatoriamente marcata Ce. Anche l'acquisto di una parrucca, quindi, è detraibile, se è rivolta, ad esempio, a «sopperire un danno estetico conseguente ad una patologia» e se rappresenta il «supporto in una condizione di grave disagio psicologico nelle relazioni di vita quotidiana» (risoluzione 16 febbraio 2010, n. 9/E).

Per inviare i quesiti c'è tempo fino a venerdì 20 aprile

Ammesso lo sconto sui farmaci omeopatici

Pubblichiamo le prime risposte ai quesiti dei lettori arrivati al Sole 24 Ore. I quesiti possono essere inviati fino a venerdì 20 attraverso l'area web dedicata all'indirizzo www.ilsolo24ore.com/guida730

1 Ampliata la lista dei medicinali

Sono detraibili i medicinali omeopatici?

➔ Sì, il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, ha riconosciuto la natura di

medicinale ai prodotti omeopatici. Si tratta di medicinali ottenuti «a partire da sostanze denominate materiali di partenza per preparazioni omeopatiche o ceppi omeopatici, secondo un processo di produzione omeopatico descritto dalla farmacopea europea o, in assenza di tale descrizione, dalle farmacopee utilizzate ufficialmente negli Stati membri della Comunità Europea».

2

Nello scontrino vale l'abbreviazione

Nello scontrino della farmacia, la dicitura «farmaco» può essere abbreviata?

➔ Se la spesa sanitaria è relativa all'acquisto di medicinali, questa «deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del

codice fiscale del destinatario».

Gli scontrini possono certificare l'acquisto del

medicinale anche se le dizioni obbligatorie e alternative di «farmaco» o «medicinale», vengono abbreviate ad esempio in «f.co.» o «med.». In alternativa, è sufficiente indicare «medicinali da banco» o «senza obbligo di prescrizione», anche abbreviate rispettivamente in «OTC» e «SOP» (risoluzione 17 febbraio 2010, n. 10/E).

3 Preparazione con lo sconto

Per l'acquisto di un medicinale prescritto da un medico specialista, lo scontrino riporta

l'indicazione «preparazione magistrale». È possibile la detrazione al 19 per cento?

→ Sì, perché la «preparazione magistrale» è un medicinale preparato in farmacia, in base a una prescrizione medica destinata a un determinato paziente, nel rispetto delle norme della Farmacopea ufficiale (decreti ministeriali 18 novembre 2003, 22 giugno 2005 e 2 maggio 2002). Devono essere specificati sullo scontrino la natura e la quantità dei medicinali acquistati, il codice alfanumerico posto sulla confezione (qualità) e il codice fiscale del destinatario. In particolare, quando manca il

nome del prodotto, in quanto si tratta di una preparazione galenica, cioè di un medicinale preparato in farmacia in base a una prescrizione medica destinata a un determinato paziente (formule magistrali) o in base alle indicazioni della Farmacopea europea o delle Farmacopee nazionali in vigore negli Stati dell'Unione Europea (formule officinali), è possibile indicare come qualità del medicinale la dicitura «preparazione galenica». In questo caso, si deve, comunque, riportare la dicitura «farmaco» o «medicinale», quale natura del prodotto.

4 Laserterapia agevolata

Sono detraibili le spese per un intervento di laserterapia per la correzione della miopia presso una clinica privata?

→ La detrazione del 19% spetta se il fine dell'intervento è stato quello di normalizzare lo stato sanitario

e funzionale della persona (limitando o eliminando una patologia). È agevolato il costo dell'intervento, oltre che quello per l'anestesia, per acquisto del plasma sanguigno o del sangue necessari all'operazione. Lo sconto spetta solo per la parte

di spese complessive, eccedente 129,11 euro.

5 Materasso detraibile se «antidecubito»

È detraibile l'acquisto del materasso. Che documenti servono? Basta la fattura o ci vuole anche la relativa certificazione medica?

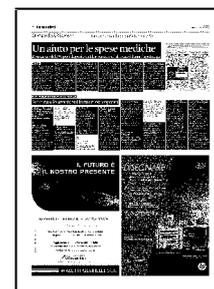
→ Nell'elenco dei dispositivi medici detraibili vi rientrano i materassi ortopedici o antidecubito. Se il dispositivo medico è compreso nell'elenco allegato alla circolare 13 maggio 2011, n. 20/E, il contribuente non deve verificare che rientri nella

definizione di dispositivo medico contenuta negli articoli 1, comma 2, dei tre decreti legislativi di settore: 14 dicembre 1992, n. 507, 24 febbraio 1997, n. 46 e 8 settembre 2000, n. 332; in questo caso, quindi, è «sufficiente conservare» la documentazione relativa alla marcatura CE, in base alle direttive europee di settore 93/42/CEE, 90/385/CEE e 98/79/CE. In particolare, il decreto del **ministero della Sanità** 27 agosto 1999, n. 332, elenca nell'allegato 1, tra le prestazioni di assistenza protesica, erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, gli «ausili

antidecubito idonei all'utilizzo su letti normali od ortopedici (materassi) oppure su materassi normali od antidecubito (traverse)».

Questi ausili «devono essere costituiti da materiali o sistemi diversi atti ad assicurare

l'ottimizzazione delle pressioni di appoggio per limitare i rischi di occlusione capillare prolungata in soggetti a mobilità ridotta, al fine di garantire livelli differenti di prevenzione o terapia, direttamente relazionabili alle differenti patologie». Relativamente ai materassi, quindi, l'acquisto è detraibile solo se questi presentano «le caratteristiche tipologiche sopra richiamate, atte a consentire la riconduzione alla categoria dei materassi antidecubito» (risoluzione 26 gennaio 2007, n. 11/E). Relativamente alla documentazione necessaria per fruire della detrazione, non rileva fiscalmente la generica dicitura «dispositivo medico» sullo scontrino fiscale o sulla fattura, ma in questi documenti devono risultare «il soggetto che sostiene la spesa e la descrizione del dispositivo medico».



PROROGA IN ARRIVO

Patto rimandato a ottobre

Le Regioni: meno tagli - Ma l'Economia chiude la cassa

Slitta al 31 ottobre - sei mesi in più - in contemporanea con la messa a punto della legge di stabilità 2013, la scadenza per la definizione del Patto per la salute 2013-2015. Nella riunione

della scorsa settimana sul Patto per la salute le Regioni guidate dal presidente Vasco Errano, il ministro della salute Renato Balduzzi e il sottosegretario all'Economia Gianfranco Polillo han-

no convenuto sull'opportunità di far procedere insieme la discussione sul nuovo Patto per la salute con quella relativa alle risorse finanziarie. Questo dopo che le Regioni avevano già annuncia-

to l'impossibilità di affrontare i tagli da otto miliardi previsti dalla manovra estiva 2011. I tavoli comunque restano tutti al lavoro.

A PAG. 4

Regioni e Salute hanno concordato sullo slittamento per avere un quadro finanziario più chiaro

Patto: se ne riparla a ottobre

Tecnici al lavoro anche sulle altre scadenze previste nella manovra 2011

Slitta a ottobre - sei mesi in più - in contemporanea con la messa a punto della legge di stabilità 2013, la scadenza per la definizione del Patto per la salute 2013-2015.

Le Regioni erano partite agguerrite la scorsa settimana per trovare la quadra sul maxi-taglio da quasi otto miliardi la cui scansione, secondo la manovra estiva 2011 (legge 111/2011), si sarebbe dovuta concordare entro il 30 aprile con un'intesa Stato-Regioni (il Patto): «Se le risorse sono queste il Patto non si può chiudere». Ma invece di risorse in più, dall'incontro con il ministro della Salute Renato Balduzzi e con il sottosegretario all'Economia Roberto Polillo, i governatori hanno ottenuto tempo, anche in considerazione del fatto che le misure da trovare per la copertura del taglio entrano comunque in vigore dal 1° gennaio 2013.

D'altra parte l'Economia è stata chiara: per ora niente spazi di manovra per poter modificare le previsioni di taglio, forse più avanti qualche spiraglio si potrebbe anche aprire. E altrettanto chiari sono stati i presidenti secondo i quali un taglio del 7,5% (gli otto miliardi, appunto) ha solo due effetti: riduzione delle prestazioni sanitarie (taglio dei Lea e perdita di qualità dei servizi); deficit certo per tutte le Regioni con piani di rientro e commissariamenti che limiterebbero, ai tempi del federalismo, l'autonomia regionale.

Per lo slittamento però servirà una nor-

ma di legge. «Il ministro - ha chiarito il coordinatore degli assessori alla Sanità Luca Coletto - ci dirà nei prossimi giorni come procedere. L'obiettivo è rimodulare in meglio il Patto. In questi mesi continueremo a discuterne».

Restano tutti aperti infatti i tavoli già programmati per mettere a punto il Patto e la base di discussione resta il documento messo a punto dai tecnici regionali a febbraio, che contiene manovre strutturali in grado di ridurre la spesa, ma con tempi più lunghi dei due anni previsti dalla manovra 2011.

La precedenza però sarà data agli argomenti con altre scadenze ravvicinate. Il primo - scadenza 30 giugno - riguarda la messa a punto di un regolamento Salute-Economia che introduce dal 2013 il meccanismo del pay back per le aziende farmaceutiche nella spesa ospedaliera. Il regolamento deve definire i termini per accollare il 35% dell'eventuale sfondamento in proporzione ai fatturati sulle aziende, ma le Regioni sono coinvolte in prima persona: in assenza del regolamento scatteranno le previsioni della manovra di primavera (Dl 78/2010) secondo cui le Regioni avrebbero dovuto risparmiare 600 milioni utilizzando le tabelle di raffronto fornite dall'Aifa di raffronto con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva rispetto alla percentuale di generici utilizzata per ciascuna categoria terapeutica equivalente. Il

tetto della farmaceutica territoriale è di conseguenza rideterminato al 12,5% del Fsn. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in sua assenza sarà del 40% nel 2013 e del 20% nel 2014.

Priorità anche per un'altra previsione destinata a scattare dal 2013: dal 1° gennaio la spesa a carico del Ssn per l'acquisto di dispositivi medici e protesica è fissata entro un tetto nazionale e di singola Regione riferita al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard: i rispettivi valori sono determinati annualmente con decreto Salute-Economia. L'eventuale sfondamento sarà a carico della Regione, ma non sono tenute al ripiano quelle in equilibrio economico complessivo. Il risparmio da conseguire sarà individuato con un'intesa Stato-Regioni: in sua assenza, complessivamente, il risparmio da realizzare sarà del 30% nel 2013 e del 15% nel 2014. Se saranno realizzati i risparmi previsti in conseguenza degli interventi sul pubblico impiego il tetto sarà fissato al 5,2 per cento.

E poi ancora il ticket da due miliardi sui farmaci che seppure è il Governo a dover introdurre dal 2014, coinvolge le Regioni in prima persona e le cure primarie (si veda altro pezzo in questa pagina) su cui è già molto avanzato il lavoro ministero-sindacati.

P.D.B.



RIORDINO DEL 118

Alleanza inedita sull'emergenza: ecco il protocollo Fimmg-Simeu

Tre soli punti, volutamente generici ma anticipatori di un patto di ferro. Quello tra la Fimmg, il principale sindacato dei medici di famiglia, e la Simeu, la Società italiana di medicina d'urgenza. Fino a ieri "nemiche per la pelle" e oggi alleate contro un rischio che percepiscono come ben più minaccioso: la possibilità che il riordino del pianeta emergenza-urgenza, dopo anni di attesa, passi sopra le loro teste e si traduca in un disegno diverso dalle aspettative.

Mira quindi alla "difesa del territorio", in ogni senso, il protocollo d'intesa che il segretario Fimmg **Giacomo Milillo** e il presidente Simeu **Giorgio Carbone** hanno appena firmato e illustrato al **ministro Balduzzi**. «Promuovere studi e indagini conoscitive sul funzionamento dei servizi d'emergenza urgenza e sulle relative criticità; formulare proposte condivise e promuovere sperimentazioni orientate all'ottimizzazione delle reti di assistenza precedenti e successive alla condizione d'emergenza e urgenza; individuare percorsi formativi adeguati alle diverse esigenze operative cui i vari professionisti sono chiamati». Questi gli obiettivi dichiarati. In soldoni: da un lato, c'è l'esigenza di ripensare la formazione; dall'altro, c'è la definizione dei percorsi "in" e "out" rispetto al Dea. Passaggio che Fimmg e Simeu avocano a sé: è allo studio la progettazione dei migliori schemi di "gatekeeping" in grado di intercettare quel 15% di inappropriatezza che arriva in pronto soccorso, e dei modelli di coinvolgimento dei Mmg nella presa in carico post ricovero, a cominciare dall'assistenza domiciliare integrata.

Temi fondamentali, che si vorrebbe fossero stralciati dalla partita cure primarie.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



► Governo. 5 ◀

Dottorati e specializzazioni: sparisce la tassa sulle borse

Dietrofront della Commissione Finanze della Camera su un emendamento al decreto legge fiscale che esenta i laureati in formazione
Resta l'incognita delle aliquote progressive per la gestione separata Inps

DI MAURO TONETTI

Troppo impopolare la tassazione Irpef sulle borse di studio dei medici specializzandi. Per una volta tutti d'accordo, a destra come a sinistra. E così, dopo una giornata di proteste dei medici in molte città, la scelta del Governo è stata quasi obbligata: fare marcia indietro.

Il dietrofront arriva dalla Commissione Finanze della Camera, che approva un emendamento al decreto legge fiscale che esenta le borse di studio. Cancellando così la precedente scelta del Senato che aveva invece deciso di far pagare le tasse, con un prelievo del 20 per cento, sulle borse di studio superiori agli 11.500 euro.

LE MOBILITAZIONI

Le mobilitazioni di protesta con manifestazioni e sit-in organizzati in molte città e la lettera inviata al presidente della Repubblica, **Giorgio Napolitano**, oltre che al premier **Mario Monti** e ai presidenti di Camera e Senato. Mentre a Torino centinaia di specializzandi in medicina avevano esposto le proprie ragioni direttamente al ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che si trovava nel capoluogo Piemontese per un convegno sulla medicina d'emergenza.

PLAUSO BIPARTISAN

Ma è l'intero arco politico ad

accogliere con favore l'emendamento approvato alla Camera. E positive sono, ovviamente, le reazioni delle organizzazioni mediche. "La decisione della Commissione Finanze della Camera di cancellare dal testo sulla semplificazione fiscale la norma che prevedeva forme di tassazione dei contratti di formazione specialistica corregge un palese errore di valutazione. Di questo siamo particolarmente lieti", ha affermato presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, **Amedeo Bianco**, sottolineando che tuttavia la "vicenda nel suo complesso rappresenta l'ennesima cartina di tornasole di un sistema ambiguo dal punto di vista giuridico, previdenziale, fiscale e professionale".

RICERCATORI SALVI

Ricercatori e specializzandi possono tirare un sospiro di sollievo, ma soltanto a metà: lo afferma il senatore del Pdl **Raffaele Calabrò** che aggiunge - "Senza la retromarcia del Governo per gli ospedali italiani che già vivono in molte realtà momenti difficili si sarebbe creata una situazione di paralisi: con migliaia di specializzandi in medicina generale, pronti a scioperare, continua il parlamentare del Pdl.

Ma paradossalmente mentre la Camera riparava a un errore, il ministro per la Coesione territoriale, **Fabrizio Barca**, si lascia

sfuggire che se l'Italia non riesce a crescere, è giusto che i giovani vadano via", Parole che inducono, e speriamo che non sia così - chiosa Calabrò - a pensare che il Governo non abbia ancora le idee ben chiare sulle misure da adottare per far ripartire il Paese. Ma di sicuro penalizzando i giovani e la ricerca, difficilmente assisteremo ad una vera Crescitalia".

LE INCOGNITE FUTURE

La straordinaria mobilitazione della Federspecializzandi, alla quale ha dato pieno sostegno la Cgil Medici non è però finita. Un'altra nuova supertassa per gli specializzandi è infatti nascosta nell'articolato del disegno di legge sul mercato di Lavoro. La Consulta delle Professioni ha infatti scovato nell'articolo 36 un aumento progressivo dell'aliquota ridotta della gestione separata Inps oggi al 18 per cento, che gli specializzandi versano in quanto già assoggettati ad altro Ente previdenziale (Enpam).

L'aliquota, se la norma non verrà cambiata, passerà anche per gli specializzandi al 19 per cento nel 2013, al 20 per cento nel 2014, al 21 per cento nel 2015, al 22 per cento nel 2016, al 23 per cento nel 2017 e al 24 per cento a decorrere dall'anno 2018. Una decurtazione della borsa di studio di circa 100 euro al mese.