

CARABINIERI NAS. Avviso di garanzia per Rosa Maria Ricupati, risponde di truffa e ricettazione

Lo scandalo delle fustelle false: una farmacista sotto inchiesta

Sono indagati 21 farmacisti, 3 titolari di sanitarie e 2 di ditte ortopediche. Avrebbero applicato fustelle contraffatte alle autorizzazioni per la fornitura di pannoloni.

●●● Spedito un nuovo avviso di garanzia nell'inchiesta dei carabinieri dei Nas su un maxi giro di fustelle false. È stato consegnato alla farmacista di Partinico Rosa Maria Ricupati, titolare dell'omonima farmacia di corso dei Mille. Risponde di truffa e ricettazione, gli indagati sono in tutto 26 e nei prossimi giorni saranno sentiti dai militari, coordinati dal pm Maurizio Agnello. In questi giorni gli investigatori hanno svolto decine di perquisizioni presso farmacie e sanitarie, ed è stato trovato diverso materiale interessante. Soprattutto altre divise fustelle contraffatte, che testimoniano i



Il capitano Francesco Geraci

contorni ancora tutti da scoprire della truffa.

Sotto inchiesta sono finiti 21 farmacisti, 3 titolari di sanitarie e 2 di ditte ortopediche. Il meccanismo del presunto raggio è identico a quello scoperto due anni fa sempre dai Nas di Palermo (diretti dal capitano Francesco Geraci). Gli inda-

gati avrebbero applicato fustelle contraffatte alle autorizzazioni per la fornitura di pannoloni destinati a chi ha problemi di incontinenza urinaria. In questo modo avrebbero attestato falsamente l'erogazione agli assistiti di articoli sanitari per ottenere rimborsi. I carabinieri hanno analizzato oltre 50 mila autorizzazioni di rimborsi presentate alla Aspt tra il 2006 e il 2009. Dai controlli è risultato che circa il 5 per cento, ovvero 3000 autorizzazioni, contenevano 12 mila fustelle contraffatte. Per l'accusa il danno per l'erario è di oltre 200 mila euro e se l'imbroglio non fosse stato scoperto, la truffa avrebbe fruttato 2 milioni di euro all'anno.

Semplice ed efficace il meccanismo del raggio, ecco come è stato ricostruito dai carabinieri. Falsi codici a barre, appunto le cosiddette fustelle, ve-

nivano allegati alle richieste di rimborsi relative a farmaci esentati, quindi a carico del servizio sanitario. Le fustelle erano falsificate di sana pianta, secondo l'accusa realizzate al computer con un apposito programma e poi stampate.

Le domande di autorizzazione erano sottoposte al vaglio di un ufficio dell'Asl che solo dopo liquidava le somme. I codici a barre contraffatti venivano dunque realizzati grazie a un programma informatico. E l'inchiesta è partita proprio dal ritrovamento delle fustelle fasulle. Nel luglio 2007 i carabinieri svolsero un controllo presso la ditta «Officine Ortopediche Policlinico», specializzata nella vendita di articoli sanitari e forniture a persone disabili. Frugando nei locali gli investigatori trovarono cinquemila fustelle sfuse di vari prodotti sanitari. (16) L.G.



Presidenza Regione Siciliana - Ufficio Stampa



COMUNICATO STAMPA

SALUTE: NASCE RETE PER EPATITE B IN SICILIA, LUNEDI' PRESENTAZIONE

PALERMO, 2 ott 2010 (SICILIAE) - Nasce in Sicilia la rete per l'Epatite B. La prima in Italia. Quarantotto centri in rete, un modello organizzativo che offrirà ai siciliani affetti da malattia cronica di fegato dovuta al virus dell'epatite B, senza doversi allontanare troppo dai centri di residenza, un'assistenza sanitaria di alto livello. La Sicilia, infatti, è una delle regioni col più alto numero di persone colpite dal virus dell'Epatite B. L'infezione può rimanere anche per molto tempo silente, ma nel frattempo causare danni al fegato come cirrosi e tumore epatico.

La conferenza stampa di presentazione della Rete, unitamente ai risultati fin qui raggiunta da quella ematologica già operativa, si svolgerà lunedì 4 ottobre alle 9,30 nei locali dell'assessorato regionale alla Salute, alla presenza dell'assessore Massimo Russo.

mav

GIORNALE DI SICILIA

Del 3 ottobre 2010

PALERMO. Domani in assessorato la presentazione

Sanità modello, in Sicilia nasce la Rete per l'epatite B

PALERMO

●●● Nasce in Sicilia la Rete per l'Epatite B. La prima in Italia. Quarantotto centri in rete, un modello organizzativo che offrirà ai siciliani affetti da malattia cronica di fegato dovuta al virus dell'epatite B, senza doversi allontanare troppo dai centri di residenza, un'assistenza sanitaria di alto livello. La Sicilia, infatti, è una delle regioni col più alto nu-

mero di persone colpite dal virus dell'Epatite B. L'infezione può rimanere anche per molto tempo silente, ma nel frattempo causare danni al fegato come cirrosi e tumore epatico.

La conferenza stampa di presentazione della Rete si svolgerà domani lunedì 4 ottobre alle 9,30 all'assessorato alla Salute, alla presenza dell'assessore Massimo Russo.

IL SOLE 24 ORE

Del 3 ottobre 2010

INTERVISTA | Ferruccio Fazio | Ministro della Salute

«In arrivo controlli spietati sull'attività intramoenia»

IL MONITO
«Non deve più avvenire che un assistito scelga l'intervento a pagamento per evitare lunghe attese»

LA VIGILANZA
«Sarà decisivo incrociare il monitoraggio nazionale delle prenotazioni con i dati regionali»

Roberto Turno

■ Controlli spietati sull'attività libero professionale intramoenia dei medici pubblici, per stroncare il fenomeno delle liste d'attesa create ad arte per spingere i pazienti a pagare quel che nel normale orario di lavoro non viene garantito gratis o col solo pagamento del ticket. È un grimaldello per fare trasparenza: l'incrocio del Cup (centro unico di prenotazione) nazionale con quelli regionali. Il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, spiega obiettivi e strategie del piano sulle liste d'attesa da concordare in via definitiva con le regioni. Ci conta forte il ministro, ma il muro della vergogna delle liste d'attesa nel Ssn non sarà facile da sgretolare.

Professor Fazio, qual è il punto forte del progetto per abbattere le liste d'attesa?

Sarà decisivo il monitoraggio nazionale che vogliamo garantire sul fenomeno delle liste d'attesa. Lo realizzeremo grazie al Cup nazionale che abbiamo già presentato alle regioni e che va ad integrare i Cup regionali.

Il monitoraggio cosa terrà sotto controllo in particolare?

Vigilerà sull'attività istituzionale svolta nel normale orario di lavoro di funzionamento della struttura pubblica e insieme sull'attività in intramoenia. Vogliamo evitare una volta per tutte che ci siano liste d'attesa lunghissime per ottenere prestazioni sanitarie nell'attività istituzionale dell'orario di lavoro e invece abbreviate nell'attività intramoenia, come purtroppo spesso avviene. Per questo saranno attivati meccanismi per fare in modo che le due attività siano "equilibrate". Non deve più avvenire che un assistito debba ricorrere alle prestazioni in intramoenia, a pagamento, per evitare una lista d'attesa troppo lunga senza pagare. Per farcela servono criteri di trasparenza e nuovi meccanismi.

Questa scommessa l'hanno già tentata molti governi. E in molte regioni dalla Toscana in su, le liste d'attesa sono state tagliate. Ora volete codificare e rendere vincolanti queste regole. Quali i casi più acuti da risolvere?

Un aspetto importante riguarda le prestazioni cardiologiche e quelle oncologiche, che vengono "divise" a seconda del singolo quesito clinico. Pensiamo a liste differenziate con attese inferiori per interventi più urgenti o meno urgenti, e a tempi meno brevi per le attività di prevenzione, che sono programmabili. Se si ha bisogno di una mammografia perché si ha un nodulo, non si

può rinviare la prestazione a due anni dopo.

Già, a farcela: l'Italia della salute è divisa in due...

Andrà fatto. Dovranno essere garantiti i posti dove fare la mammografia entro 10 giorni.

Ma rispettare il timing sarà spesso una scommessa.

Il monitoraggio che vogliamo introdurre, dovrà garantire il risultato e la sicurezza dei pazienti. Anche attraverso meccanismi pensati, col Cup, per abolire i "buchi" nel sistema di prenotazione, quando cioè un paziente non si presenta alle prestazioni che ha prenotato.

Recentemente ha presentato alle regioni una proposta di riforma della libera professione intramoenia dei medici: le due proposte ora si sommano?

Senza altro vanno entrambe nella direzione di rendere l'intramoenia sempre più trasparente e senza ingiustizie per i cittadini. Che devono poter scegliere liberamente le prestazioni in intramoenia, e non solo perché costretti dalle liste d'attesa lunghe.

Non crede che i costi standard dovrebbero premiare anche la qualità garantita da chi abbatte le liste d'attesa?

Certo, ma i criteri di appropriatezza dei costi standard oggi sono quelli del «Patto» di dicembre. Nulla esclude che in un prossimo «Patto» non possa rientrare anche questo aspetto. A me piacerebbe.

IL SOLE 24 ORE

Del 3 ottobre 2010

I ritardi. Oggi per un ecocolordoppler servono 720 giorni e fino a 420 per una mammografia

Le regioni. I governatori firseranno i dettagli, se inadempienti varranno le regole nazionali

Giro di vite sulle liste d'attesa

Pronto il piano della Salute: tetto massimo di due mesi per 58 prestazioni

Paolo Del Bufalo

Sara Todaro

ROMA

■ Quattro classi di priorità, con gli interventi urgenti da garantire in ogni caso e in maniera vincolante entro 72 ore. Ben 58 prestazioni sanitarie sotto stretta sorveglianza con un tempo massimo d'attesa di 60 giorni. Massima vigilanza sull'attività intramoenia dei medici e tempi blindati per oncologia e cardiovascolare. Parla chiaro e fissa paletti solidi la bozza di «Piano nazionale di governo delle liste d'attesa» - anticipato in un ampio servizio del prossimo numero del settimana-

INTERVENTI CHIRURGICI

Decise 4 classi di priorità: operazioni ambulatoriali urgenti entro 72 ore
Tempi certi per oncologia e patologie cardiovascolari

le «Il Sole-24 Ore Sanità» - che il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, ha trasmesso alle regioni per il necessario parere. Una scommessa tutta da vincere per abbattere le liste d'attesa negli ospedali e nelle asl, dove può capitare - secondo rilevazioni 2009 del Tribunale dei diritti del malato - di aspettare 720 giorni per un ecocolordoppler, 420 per una mammografia, 390 per una visita cardiologica. A meno che non si aggiri la barriera pagando l'intramoenia dei medici.

Lo schema di intesa - che vuole ridurre l'inappropriatezza e rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea, i livelli essen-

ziali di assistenza - fissa ed elenca una minuziosa tempistica: le prestazioni ambulatoriali urgenti dovranno essere garantite in 72 ore, quelle comunque indifferibili in 10 giorni, le visite mediche differibili dovranno essere rese disponibili in 30 giorni, gli accertamenti differibili andranno eseguiti in 60 giorni. In questa cornice, i dettagli sui tempi d'attesa saranno definiti dalle regioni e dalle aziende sanitarie: in caso di inadempienza saranno considerate automaticamente valide le indicazioni concordate a livello nazionale.

I tempi contingentati riguardano 58 prestazioni a più alto rischio d'attesa, dalle mammografie alle Tac alle semplici tonsillectomie. Le strutture individuate dai piani attuativi delle aziende sanitarie dovranno smaltire almeno il 90% delle richieste nei tempi previsti.

Ancor più ambizioso il bersaglio prescritto per malattie cardiovascolari e oncologia, le principali cause di morte in Italia. Strumento principe saranno i percorsi diagnostico-terapeutici (Pdt) da definire subito dopo la prima visita, individuando i tempi massimi d'attesa per ciascuna delle fasi di cura così da garantire uno svolgimento «personalizzato» a ciascun paziente. Un impegno cui le regioni potranno far fronte con specifici «pacchetti ambulatoriali complessi» (i Pac) per patologie da erogare in day service. Obiettivo: la presa in carico globale del malato e l'intervento coordinato e multidisciplinare con priorità e modalità d'accesso differenziate in base alla gravità del caso. Il trattamento «su misura» per cardiologia e oncologia non dovrà superare i 30 giorni per la diagnosti-

ca e altri 30 giorni per l'avvio delle terapie dal momento dell'indicazione clinica.

Mission impossible (forse), come sembra lasciar intendere la stessa bozza di intesa che mette la libera professione dei medici tra gli strumenti di governo delle liste d'attesa, considerata come possibile forma di «ristoro» da offrire al cittadino in caso di «ridotta disponibilità, anche temporanea» delle prestazioni critiche da garantire onorando la tabella di marcia fissata a livello regionale. La «libera professione aziendale» si segnala - andrà concordata coi professionisti e sostenuta economicamente dall'azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo (ticket).

Ecco poi la vigilanza sulla libera professione dei medici: le regioni dovranno garantire che libera professione e attività istituzionale «non entrino in concorrenza». Più in generale tutta la tenuta dell'accordo è affidata a controlli su «settimane campione» (almeno una ogni sei mesi) in cui le regioni verificheranno i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e li trasmetteranno al ministero. Per far muovere la macchina cancella-liste le regioni dovranno investire parte delle somme vincolate agli obiettivi del piano sanitario nazionale (1,4 miliardi nel 2010) sommate ai finanziamenti (10 milioni) per l'informatizzazione della Pa e per realizzare i Cup, i centri unici di prenotazione.

GRUPPO EDITORIALE

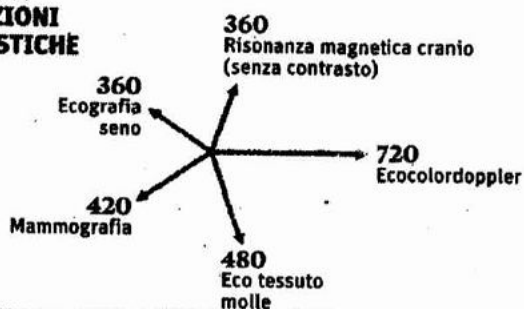
IL SOLE 24 ORE

Del 3 ottobre 2010

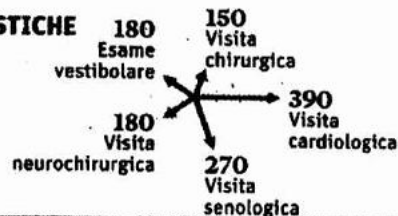
I tempi di attesa

Numero giorni

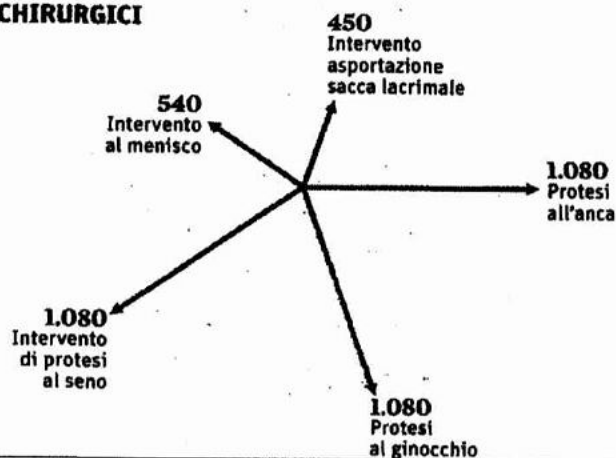
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE



VISITE SPECIALISTICHE



INTERVENTI CHIRURGICI



Nota: Tempi massimi di attesa segnalati dai cittadini
Fonte: Rapporto Pti salute 2009 del Tribunale dei diritti del malato

INTERVENTO

Sprechi finalmente «tracciabili»

di Luca Antonini

Lo schema di decreto legislativo sulla fiscalità regionale, su cui in questi giorni si è aperto un serrato confronto, deve essere valutato assieme a quello sui costi standard nella sanità: nel loro effetto congiunto permettono un deciso passo in avanti rispetto all'attuale assetto, definito giustamente da Tremonti un "albero storto". Il sistema vigente, infatti, ha conservato i difetti strutturali tipici di un modello di sostanziale "finanza derivata", favorendo la deresponsabilizzazione della spesa decentrata e alimentando in molti casi disastrose pratiche di malgoverno. Il prezzo è stato pagato da tutti: cittadini e imprese. Basti pensare alla principale fonte che oggi alimenta la finanza regionale, la compartecipazione Iva, la cui quota, inizialmente pari al 25,7% ha via via raggiunto il 44,72% nel 2008, funzionando come un mero trasferimento statale secondo una formula tipo "Bancomat".

La compartecipazione, inoltre, è assegnata alle Regioni sulla base dei consumi Istat, che non considerano l'evasione fiscale, per cui se in una Regione tutte le operazioni Iva avvenissero in

"nero", senza dare alcun gettito, comunque quella Regione riceverebbe invariata la sua quota di Iva dal comparto nazionale. Il nuovo decreto pone rimedio a questa situazione. Introduce il principio della territorialità effettiva dei gettiti e stabilisce, in misura fissa e non negoziabile, la compartecipazione Iva al 25%, in modo da irrigidire la misura di una compartecipazione che presenta bassi elementi di responsabilizzazione. Il cittadino, infatti, pagando l'Iva pensa di contribuire a spese statali e non ha la percezione di concorrere al finanziamento della sanità regionale. Il nuovo decreto compensa quindi la riduzione della compartecipazione Iva introducendone una sull'Irpef, la cui consistenza sarà indicata nella dichiarazione dei redditi in modo da evidenziare il concorso alla spesa sanitaria regionale. È poi introdotta la possibilità di ridurre, fino ad azzerarla, l'Irap, in modo che una gestione regionale avveduta e la lotta agli sprechi possano tradursi in un abbassamento, a livello regionale, della pressione fiscale.

In un'analoga prospettiva si muove la revisione dell'addizionale Irpef dove si prevede anche

la possibilità di considerare i carichi familiari e di utilizzare la leva fiscale per agevolare l'attuazione della sussidiarietà orizzontale: la prospettiva è quella di permettere la detraibilità diretta in sede di Irpef di svariate forme di voucher a favore delle famiglie e dei singoli. Evitando tutta una serie di complicati e costosi passaggi burocratici, si lascerebbero fin dall'inizio i soldi alle famiglie evitando l'illogico meccanismo "prelievo e poi redistribuzione" delle medesime risorse. In definitiva la razionalizzazione del sistema avviene attraverso soprattutto una maggiore "tracciabilità" dell'imposizione regionale, destinata a permettere il controllo elettorale secondo la sequenza "vedo-voto-pago". Il criterio dei costi standard si muove in questa direzione, mantenendo un alto livello di solidarietà ma rendendo trasparenti gli sprechi. Si identificano

I DECRETI IN ARRIVO
Con fiscalità regionale e costi standard si potrà raddrizzare l'albero storto della finanza decentrata

cinque Regioni in sostanziale equilibrio economico e che hanno superato il controllo di qualità del ministero della Salute; tra queste la Conferenza Stato-Regioni ne sceglierà tre, che faranno da benchmark per le altre. I vantaggi in termini di trasparenza sono evidenti: si passa dalla spesa storica ai costi standard, con un periodo transitorio che assicura una graduale convergenza in cinque anni. Fin dal 2013 sarà però evidente la differenza tra la spesa storica e il costo standard. I cittadini giudicheranno se la differenza è dovuta a uno spreco eccezionale o a un servizio di qualità eccezionale.

Il fatto che l'addizionale Irpef possa essere aumentata fino al 3% serve a scrivere la parola "fine" sui ripiani statali del passato, fatti a spese di tutti i contribuenti italiani. L'eventuale aumento dell'addizionale, quindi, avverrà, a differenza di oggi, in un contesto dove è garantita una nuova, assoluta trasparenza sulla spesa, creando un forte incentivo, anche da parte degli elettori, al risparmio e alla responsabilizzazione.

L'autore è presidente della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Glaucoma in crescita, è allarme Ne soffrono 800 mila italiani

Carmelo Nicolosi

CALTANISSETTA

●●● Il glaucoma, il ladro silenzioso della vista, è in costante aumento. Eppure, basterebbe una visita oculistica ogni due anni per frenare questa crescita esponenziale. Purtroppo, i dati sono sconcertanti: solo un italiano su mille si sottopone a regolari controlli. E si dicono fortemente preoccupati gli oculisti riuniti a Caltanissetta, al congresso "Glaucoma, malattia tra medicina e chirurgia", diretto dai dottori Giuseppe Bona, direttore dell'oftalmologia del Sant'Elia di Caltanissetta e Antonio Rapisarda, direttore dell'oftalmologia dell'Arnas Garibaldi-Nesima di Catania.

Purtroppo, il glaucoma non dà segni evidenti sino a che non provoca danni al nervo ottico, il

nervo che trasmette le immagini al cervello. "Il glaucoma è oggi la prima causa di cecità irreversibile nel mondo. In questa malattia la prevenzione è fondamentale", avverte Giuseppe Bona.

Si calcola, che nel mondo siano intorno a 67 milioni le persone affette da glaucoma e, di queste, circa 6,5 milioni diventeranno cieche nei prossimi 5 anni. Solo in Italia, sono colpiti da glaucoma oltre 800.000 soggetti e si stima che ce ne siano altrettanti che non sanno di avere la malattia. Il glaucoma è dovuto ad un insieme di patologie oculari, ma la causa principale è l'aumento della pressione all'interno dell'occhio, trattabile farmacologicamente con colliri. Una buona notizia è che da poco è disponibile una nuova formulazione di collirio il cui principio attivo è tafluprost, il

primo senza conservanti. "Sappiamo - dice Antonio Rapisarda che è presidente della Società Italiana Glaucoma - che ciò che danneggia, nel tempo, la superficie oculare e può provocare congiuntivi secche sono i conservanti. Il fatto che questo collirio ne sia privo è un grande vantaggio per i pazienti".

Quando cominciare la prevenzione del glaucoma? "Intorno ai 40 anni - risponde Rapisarda - l'età in cui, in genere, inizia a manifestarsi, ma in realtà, oggi, assistiamo ad insorgenza di glaucomi anche in più giovane età".

Allorché la terapia medica non è sufficiente, si ricorre alla chirurgia. "Non per la guarigione della malattia - avverte Rapisarda - ma solo per il suo compenso". (Civ)