

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI

A pipette with a blue cap and a red body is positioned diagonally across the 'Lab' part of the logo.

italia



Rassegna Stampa del 17.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

Proposta dell'Agenas, al primo sì degli assessori, per rivedere i sistemi di autorizzazione

Accreditamento in 7 mosse

Per le strutture sette criteri di qualità e 37 requisiti da rispettare

Dal miglioramento continuo alla valutazione delle performance, dalla manutenzione delle attrezzature alla verifica delle capacità del personale fino alla buona comunicazione tra professionisti e con i cittadini.

Sono questi alcuni dei sette «fattori/criteri di qualità» che le organizzazioni sanitarie dovrebbero condividere «nei sistemi di autorizzazione/accreditamento delle Regioni» e che dovrebbero essere adottati «a livello nazionale, come elementi di garanzia del sistema delle cure». Sette criteri, con un corollario di 37 requisiti, per conquistare l'ok a erogare le cure e anche per lavorare sotto il segno del Ssn che sono stati «scelti» dall'Agenas su incarico del **ministero della Salute** e della commissione salute delle Regioni. L'Agenzia per i servizi sanitari ha, infatti, appena concluso questo lavoro che è stato approvato a inizio maggio dai tecnici regionali come «documento tecnico di base» per arrivare a un nuovo percorso di accreditamento. L'idea infatti è quella di «promuovere» scrive il direttore dell'Agenas, Fulvio Morirano in una lettera inviata alle Regioni a metà marzo - l'adozione di un provvedimento congiunto Stato-Regioni che recepisca ufficialmente il documento». Dall'emanazione del Dlgs 229/1999 si aspetta infatti

ancora un atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni (analogo al Dpr 14 gennaio 1997) che doveva definire «una base di criteri di accreditamento - ricorda il documento dell'Agenas - da rappresentare in tutte le normative regionali e rendere omogenee sul territorio nazionale alcune garanzie di qualità delle cure».

Un recente monitoraggio dell'Agenas ha mostrato «come siano riconoscibili alcuni modelli generali di riferimento e caratteristiche «comuni» presenti nei manuali di accreditamento delle Regioni».

Su questo fronte «le dimensioni della qualità più frequentemente rilevate negli atti regionali - avverte ancora l'Agenzia - attengono all'accessibilità, all'appropriatezza, alla documentazione clinica, alla comunicazione, alla continuità assistenziale, alla formazione, al miglioramento continuo, alla privacy e ai rischi». Insomma, non si scopre nulla di nuovo, ma si tenta di sistematizzarlo. Come? L'idea del nuovo modello di accreditamento punta sul raggiungimento di sette criteri-fattori di qualità: cinque di tipo «generale» (dal primo al quinto) e gli ultimi due più «specifici» perché «rappresentano una focalizzazione di alcuni ambiti considerati nel criterio n. 2». Con 37 requisiti a dettagliare meglio i vari criteri.

E così a esempio il «mi-

glioramento continuo» (primo criterio) a livello aziendale deve evidenziare, tra i requisiti, le «modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto», ma anche «la definizione delle responsabilità», oltre a «modalità» e «strumenti di gestione delle informazioni». Infine vanno definiti anche strumenti di valutazione della qualità dei servizi e le modalità di gestione dei disservizi e degli eventi avversi. Oppure sulla necessità di garantire la «manutenzione delle attrezzature» (terzo criterio) le strutture dovranno dimostrare, tra le altre cose, l'esistenza di un inventario aggiornato e di un piano per la manutenzione ordinaria e straordinaria, oltre a formare il personale al loro utilizzo, alla manutenzione e alle procedure di dismissione.

Oppure sul fronte del «mantenimento delle conoscenze e delle capacità» del personale (quarto criterio) il documento dell'Agenas prevede il rispetto «a livello aziendale» di tre requisiti: la programmazione e la verifica della formazione necessaria e specifica, l'inserimento e l'addestramento dei nuovi addetti e la definizione e il monitoraggio delle competenze.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DALLE SCOPERTE SCIENTIFICHE ALLE LEGGI SANITARIE

Così 150 anni d'Unità d'Italia hanno migliorato la salute

In un volume la marcia (incompiuta) degli italiani verso il benessere

Malaria, tubercolosi e pellagra: questi i flagelli che funestavano il nostro Paese al momento della proclamazione del Regno d'Italia, cui a ondate si sommavano colera, salmonella e febbre tifoide. Mali contro i quali i medici poco potevano fare, sprovvisti com'erano delle conoscenze su cause e cure possibili. Da allora, e dalla Rivoluzione che proprio a metà dell'Ottocento si verificò in Medicina, con il forte imprinting conferito da personaggi come Claude Bernard e Rudolph Virchow, tutto è cambiato. Da allora fu teorizzata, cioè, l'importanza di conferire alla scienza medica una base scientifica, e successivamente furono messi a punto i vaccini e vennero scoperti chemioterapici e antibiotici.

Parte da qui, dalla situazione sanitaria alla proclamazione del Regno d'Italia, l'excursus di Walter Pasini, esperto di Sanità internazionale, dedicato ai "150 anni di Sanità italiana" e realizzato con il contributo del gruppo farmaceutico AlfaWassermann.

Con capitoli dedicati alle singole malattie che in prevalenza affliggevano la popolazione più povera, il volume dedica mini-monografie alle figure di medici attivi in politica: da Giovanni Lanza ad Agostino Bertani, da Giulio Bizzozero a Guido Baccelli, da Angèlo Celli a Paolo Mantegazza. Fino al premio Nobel Camillo Golgi. Ma perché si arrivasse a una norma che provasse a unificare il Paese sul piano dell'assistenza sanitaria ci vollero 27 anni: si trattava della Legge Crispi-Pagliani, che prevedeva una Direzione generale di Sanità presso il ministero dell'Interno. Cruciale il contributo di Crispi anche alla nascita

dei primi nuclei ospedalieri, con la legge del 17 luglio 1890 sulle "Istituzioni pubbliche di beneficenza". «L'Italia – ricorda Pasini – fu una delle nazioni che dette il contributo più importante alla nascita degli ospedali intesi come luoghi di carità, cura e assistenza». L'Italia della Sanità pubblica era partita: dopo la costituzione del Regno d'Italia, con il regio decreto 14/9/1862 venne promulgato il nuovo Regolamento per la facoltà di Medicina, che pose fine alla

separazione dell'insegnamento della medicina e della chirurgia. Il 10 luglio 1910 viene istituito l'Ordine dei medici; nel 1878 era nata la Società italiana d'igiene mentre nel 1833 era stato istituito il Corpo sanitario dell'Esercito. E così via, fino a una doppia svolta: da punto di vista istituzionale, la nascita del

ministero della Sanità nel 1958; dall'altro, sotto il profilo epidemiologico, la netta diminuzione delle malattie infettive registrata sempre a metà Novecento, con il contemporaneo aumento delle patologie cronico-degenerative.

La storia più recente è nota e oggi si tratta di affrontare le nuove sfide del federalismo. Una scommessa tutta da giocare perché, chiarisce Pasini, «nonostante l'eccellente legge di riforma 833 del 1978 che consentì l'accesso alle cure per tutti i cittadini italiani, troppe sono ancora le sperequazioni in termini di qualità di cure prestate, di servizi territoriali e di iniziative nel campo della prevenzione e di promozione della salute». Sfide che, a parere dell'autore, andranno affrontate sotto la bandiera dell'Unione europea.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ancora troppe le sperequazioni



Cura dimagrante in ospedale Tagliati i medici-manager



Qui sopra l'ospedale di Cremona e la direzione strategica dell'Azienda ospedaliera, composta da Ida Beretta, Simona Mariani (Direttore generale) e Camillo Rossi.

Unificati sotto un unico direttore i dipartimenti di medicina Generale e Specialistica; lo stesso per le due Chirurgie. Gli incarichi fiduciosi erano stati asse-

gnati due anni fa

L'azienda ospedaliera di Cremona cambia assetto ai suoi massimi livelli, ossia le strutture dirigenziali di alto livello, create due anni fa per unificare l'operato delle unità operative parallele di Cremona e dell'Oglio Po di Casalmaggiore. La direzione strategica dell'azienda, composta dal direttore generale **Simona Mariani** e dai di-



rettori sanitario e amministrativo **Camillo Rossi e Ida Beretta**, ha deciso di accorpate alcune funzioni dipartimentali, con la conseguenza diretta di eliminare almeno tre "superdirettori" di dipartimento. E lo ha fatto con una delibera di inizio maggio giunta senza preavviso, che riguarda nomi illustri dell'ospedale di Cremona, a cominciare da **Paolo Bodini**, ex sindaco ed attuale direttore del dipartimento di medicina generale di Cremona ed Oglio Po, che si è visto revocare l'incarico ricevuto due anni fa, al pari di **Giuseppe Carnevale**, capo della Medicina Specialistica e storico primario di Malattie Infettive. A sostituire le due figure è stato chiamato **Giancarlo Bosio**, primario di Pneumologia, finora vicario di Carnevale al dipartimento di Medicina Specialistica. I due dipartimenti, Specialistica e Generale, restano per il momento strutture autonome nel piano organizzativo aziendale, ma non è detto che non possano subire una rivisitazione di cui l'accorpamento delle funzioni dirigenziali è solo il primo atto.

Cambio ai vertici anche per le chirurgie: **Mario Martinotti**, direttore del dipartimento di Chirurgia Generale assume anche le funzioni di **Giuseppe Galli**, neurochirurgo da vent'anni in servizio in largo Priori, fino ad aprile a capo del dipartimento di Chirurgi Specialistica. Il Dipartimento di natura tecnico - scientifica materno - infantile, che accorpa le funzioni di pediatria e di ginecologia / ostetricia, vede la sostituzione di **Carlo Poggiani**, primario di Pediatria, con **Aldo Riccardi**, finora suo vice al dipartimento, nonché primario di Ostetricia.

Infine, novità anche il campo oncologico, dove sparisce la struttura dipartimentale diretta da **Rodolfo Passalacqua** con assorbimento delle funzioni in capo a **Ines Cafaro**, direttore del DIPO, il dipartimento oncologico provinciale. Quest'ultimo caso è forse il più particolare in quanto il Dipo non è una struttura ospedaliera, ma un organismo di collegamento tra tutti i soggetti che si occupano di oncologia, con al suo interno rappresentanti delle due aziende ospedaliere della provincia, delle cliniche private, dell'Asl e delle associazioni di volontariato.

I dipartimenti interaziendali erano

stati istituiti nel febbraio 2009 dall'ex direttore generale Spaggiari per creare delle strutture decentrate di gestione del budget e delle risorse umane nei vari settori ospedalieri. Non a caso era stata coniata l'espressione di "primari - manager" per gli undici medici che avevano ottenuto gli incarichi, di tipo fiduciario, quindi ovviamente revocabili.

Tra i loro compiti c'era appunto quello di gestire le risorse dipartimentali in base alle richieste delle varie unità operative che ne facevano parte, mediando tra le richieste dei primari e tra le necessità di bilancio. A loro il compito di studiare una migliore gestione degli spazi e anche un efficientamento della gestione del personale, secondo un approccio "sussidiario". Le mansioni dei capi dipartimento erano contenute nel documento del piano di organizzazione aziendale approvato dalla Regione: forte spinta alla crescita delle professionalità interne ai dipartimenti; promozione delle sinergie tra i dipartimenti stessi; individuazione dei bisogni formativi del personale. Il nuovo assetto intendeva anche eliminare dubbi sulla valorizzazione del presidio ospedaliero dell'Oglio Po, di Casalmaggiore su cui pesano da sempre timori di ridimensionamento. Non a caso i capi dipartimento erano stati scelti tra i primari dell'una e dell'altra struttura e si bilanciavano con la provenienza dei vicari.

Giuliana Biagi

In basso, i direttori dei Dipartimenti interaziendali, il giorno della nomina, avvenuta nel febbraio 2009 da parte dell'allora direttore generale Piergorgio Spaggiari



Nuova accusa per l'impiegato della RmC già in carcere: pizzo sui rimborsi per le operazioni fuori regione

Tangenti sugli interventi chirurgici Incassò 6mila euro da una paziente

RmC, il pizzo sui rimborsi per gli interventi chirurgici

CARLO PICOZZA

AVREBBE intascato 6mila 200 euro da una donna operata in un'altra regione l'impiegato della Asl RmC, già arrestato per aver chiesto il pizzo sul rimborso delle spese di un paziente sottoposto a un trapianto di cuore a Bologna.

COSÌ, a Regina Coeli, C.R. di 55 anni, è stato raggiunto dalla seconda ordinanza di custodia dopo essere stato arrestato in flagranza di reato il 12 aprile scorso con l'accusa di tentata concussione. L'inchiesta aveva preso il via da una denuncia del paziente cardiopatico al quale era stato trapiantato il cuore nell'ospedale Sant'Orsola di Bologna.

Con la documentazione delle spese di trasferimento e soggiorno, l'uomo aveva presentato la richiesta di rimborso alla RmC incappando, però, in alcune difficoltà surrettizie: a dire dell'impiegato, la domanda sarebbe stata presentata fuori tempo. Ma, niente paura, l'ostacolo si sarebbe potuto rimuovere con la corresponsione di un "compenso". Fatto buon viso a cattiva sorte, il paziente aveva informato i carabinieri. Così, al pagamento della prima tranche del pizzo (mille euro su oltre 2mila), ai polsi dell'impiegato erano scattate le manette mentre il suo ufficio veniva perquisito e molti documenti finivano sotto sequestro. E dagli accertamenti su quelle carte è emersa la nuova accusa: l'impiegato avrebbe intascato da una donna di 32 anni, operata fuori regione, 6.200 euro per "sveltire" il rimborso delle spese sostenute. «L'avvocato del dipendente», informa il manager della Asl, Antonio Paone, «ha fatto sapere che il suo assistito intenderebbe dimettersi».



IL RAPPORTO**Lea 2009, Fazio dà i voti***Promosse solo otto Regioni - Situazione critica al Sud*

Solo otto Regioni, tutte del Centro-Nord hanno garantito nel 2009 Lea efficienti. Per tre il rispetto degli adempimenti sull'erogazione delle prestazioni è stato parziale, mentre in sei Regioni (tutte del Sud più il Lazio) la situazione è critica.

L'analisi è del **ministero della Salute** che ha verificato alcuni adempimenti per le Regioni che il Comitato Lea deve certificare per garantire l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse.

A PAG. 9

MINISTERO DELLA SALUTE/ I risultati del mantenimento dell'erogazione nel 2009

Lea: le pagelle alle Regioni

Promosse solo otto amministrazioni - Boccature tutte al Sud e nel Lazio

Solo otto Regioni e tutte del Centro-Nord hanno garantito nel 2009 Lea efficienti. Per altre tre il rispetto degli adempimenti per il mantenimento dell'erogazione dei Lea è stato parziale, mentre in sei Regioni, tutte del Sud più il Lazio, la situazione è davvero critica.

L'analisi l'ha effettuata il **ministero della Salute** che ha verificato alcuni adempimenti per le Regioni a cui sono legati anche i maggiori finanziamenti che il Comitato Lea deve certificare per garantire «appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse». La certificazione degli adempimenti avviene attraverso la valutazione di un questionario basato su una serie di indicatori e un'analisi integrata con informazioni già presenti presso il ministero.

La certificazione degli adempimenti dell'area «mantenimento nell'erogazione dei Lea» va dalle liste di attesa al processo di accreditamento, dalla valutazione di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzo delle risorse alla verifica che l'erogazione di livelli aggiuntivi avvenga con ulteriori risorse, dalla verifica del recepimento di accordi e intese Stato-Regioni ai controlli sulle cartelle cliniche. Le soglie degli indicatori sono state scelte in base a diversi fattori: dove sono disponibili si consultano provvedimenti, documenti programmatici istituzionali nazionali e internazionali, progetti di ricerca. Se non si può, ci si avvale dell'analisi delle distribuzioni fatte con i dati disponibili e su scelte di natura politica e di compromesso tra i rappresentanti del comitato Lea.

Promossi e bocciati. Il risultato finale, ottenuto dividendo i punteggi in tre classi: adempiente >160; adempiente con impegno su alcuni indicatori 130-160; critica <130, e assegnando un punteggio a seconda della posizione della Regione sulla griglia degli indicatori, promuove Emilia Romagna, Lombardia (queste due Regioni con

la media dell'8), Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Ve-

neto (media 7) e Liguria, "rimanda" Basilicata (per colpa dell'alta percentuale di cesarei), Sardegna (per colpa della spesa farmaceutica e delle scarse azioni di prevenzione) e Puglia (ancora una volta per colpa dei cesarei eccessivi).

Bocciate del tutto invece ("valutazione critica" è la versione del rapporto) le altre Regioni a statuto ordinario. In particolare per il Molise non va il fatto di aver delegato al piano di rientro il capitolo (che è un adempimento Lea) relativo all'assistenza residenziale e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera. Stessa musica per l'Abruzzo che al piano di rientro ha affidato gli obiettivi dell'assistenza farmaceutica e di quella agli anziani e degli hospice. Ancora non va nemmeno per la Sicilia l'aver rinviato al piano di rientro gli obiettivi relativi all'assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, alla spesa farmaceutica e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera. In Campania sono tutti gli aspetti di assistenza territoriale e ospedaliera a essere stati "rinvii" al piano.

Il Lazio invece ha previsto nel piano di rientro (e quindi non ha adempiuto ai relativi Lea) gli aspetti del recupero di efficienza e appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e del contenimento della spesa farmaceutica. Per la Calabria infine, come per la Campania, il rinvio riguarda tutti gli aspetti di assistenza territoriale e ospedaliera.

Ma rispetto al voto "generale" ci sono poi i singoli voti per ogni indicatore (si veda tabella a fianco) e in questo caso in realtà nessuna Regione guadagna pieni voti su tutto il fronte.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il rinvio ai piani di rientro si traduce nel mancato rispetto dell'adempimento



Interrogazione Pdl Question time sulla Sanità Fazio riferirà in Aula

PALERMO. «Il diniego, ritenuto da noi gravissimo, opposto dal ministro Fazio a rispondere al question time da noi richiesto con legittime domande sembra costituire una strategia volta al consueto mascheramento delle effettive condizioni in cui versa il sistema sanitario siciliano» Lo affermano i deputati del Pdl Nino Germanà, Giuseppe Marinello, Alessandro Pagano, Vincenzo Fontana, Vincenzo Garofalo e Salvo Torrisi anticipando che «alla nostra interrogazione, a breve si aggiungeranno molte altre firme».

Ma il ministro della Salute Ferruccio Fazio li ha smentiti subito dicendo di essere «pronto a rispondere al question time sulla situazione siciliana». In una nota del ministero si sottolinea «che il ministro Fazio, pur non avendo calendarizzato questa settimana il question time per altri impegni, in considerazione della particolare importanza e urgenza del quesito posto, cos come sottolineato dalle agenzie di stampa, risponderà in aula».

E il sen Antonio D'Alì commenta con riferimento alla sanità siciliana: «Può anche essere conveniente tagliare alcuni costi sulla pelle di chi deve curarsi, ma di sicuro non è ammissibile dal punto di vista delle prestazioni sociali» e pone un problema di qualità del servizio, di code per le attese e di minore disponibilità dei farmaci. ◀



L'agenda

NOMINA

Il [ministro della salute Ferruccio Eazio](#) ha inserito Francesco Corcione (a destra) nell'elenco degli esperti del Consiglio superiore di Sanità. Il decreto di nomina è stato recapitato nel reparto di Chirurgia diretto al Monaldi da Corcione, selezionato per la "trattazione di tematiche inerenti la sua specialità".

La Rassegna Stampa di FederLab Italia

BILANCIO 2010. Asp e ospedali registrano perdite per 111 milioni di euro, male anche Iacp e Parchi

Sanità, il deficit diminuisce Ma i conti rimangono in rosso

**L'ASSESSORE ARMAO
«I DEBITI NON
SARANNO TRASFERITI
ALLA REGIONE»**

I dati sono contenuti nel primo dossier sugli enti pubblici voluto dal governo. L'assessore Russo: «Realizzate misure strutturali».

Giacinto Pipitone
PALERMO

●●● Le Aziende sanitarie e gli ospedali hanno fatto registrare un deficit nel 2010 che oscilla fra gli 80 i 111 milioni: in diminuzione rispetto agli anni scorsi, quando raggiunse i 900 milioni. Negli enti che gestiscono i parchi naturali il debito accumulato nell'ultimo anno è stato di 2 milioni e 253 mila euro. I principali Istituti autonomi per le case popolari hanno chiuso con un buco da 4 milioni e mezzo. Sono alcuni dei dati che compongono il primo dossier ufficiale sugli enti pubblici realizzato dal governo. Una fotografia della galassia che ruota attorno alla Regione (e al suo bilancio) da cui emergono più luci che ombre.

Fra le Asp (Aziende sanitarie provinciali) ha fatto peggio di tutte quella di Messina che registra un buco da 33,9 milioni. Quella di Catania è in rosso per 17,2 milioni e quella di Agrigento per 9,8, mentre a Caltanissetta ed Enna il buco si aggira sugli 8 milioni. La Asp di Palermo ha chiuso il 2010 in attivo (+566 mila euro) e quella di Ragusa ha fatto meglio di tutte (+11,8 milioni). Fra gli ospedali, i dati più negativi riguardano il Civico di Palermo (-25 milioni) e Villa Sofia (-11,6). In rosso anche il Papardo (-7,4 milioni) e il Policlinico di Catania (-7,4). Mentre hanno fatto meglio il Cannizzaro di Catania

(in attivo per 1,2 milioni) e il Policlinico di Palermo (+1,4).

Il totale, come detto, segna un rosso pari a 111,7 milioni. Ma la tabella fornita dall'assessorato alla Salute ai colleghi dell'Economia indica cifre non definitive: «A bilanci consuntivi, fra qualche settimana - spiega Salvatore Sammartano dell'assessorato alla Salute - le perdite si limiteranno a 70 o 80

milioni. Molto al di sotto del disavanzo programmato col ministero che prevedeva per il 2010 un buco di circa 150 milioni. Inoltre le cifre indicano comunque un trend in discesa perché nel 2007 il buco era di 900 milioni e ora siamo a meno di 100». L'assessore Massimo Russo sottolinea che «sono state realizzate misure strutturali» e che «saremmo in condizione di ridurre le aliquote Irap e Irpef, compatibilmente con le esigenze del bilancio regionale. Adesso la nuova sfida è quella di migliorare l'assistenza sanitaria sviluppando l'offerta territoriale, abbattere le liste d'attesa e ridurre la mobilità passiva». In assessorato inoltre è iniziata la verifica sui risultati dei manager nominati nell'estate 2009.

Ma il dossier fa emergere che il settore pubblico «allargato» registra perdite in modo generalizzato. Spiccano il debito da 1,2 milioni della Fiera di Palermo nel 2010 e 1216 mila euro di deficit dell'ente portuale di Messina. L'Ircac ha fatto registrare perdite per 9 milioni e la Crias per 910 mila euro. Tre dei cinque parchi sono in rosso: quello dei Nebrodi (-1,6 milioni), quello dell'Etna (-1,2) e quello delle Madonie (-1,1). Fra gli Iacp che hanno risposto all'indagine dell'assessorato all'Economia, quello di Siracusa ha registrato un rosso di 1,6 milioni, quello di Trapani ha un segno meno di 5,4 milioni e

quello di Enna è sotto per 1 milione.

L'assessore all'Economia, Gaetano Armao, precisa che «non è automatico che il debito di questi enti venga trasferito alla Regione. E poi bisogna vedere se il patrimonio vale più del debito e se ci sono anche crediti da riscuotere. In ogni caso abbiamo già trasmesso alle partecipate nuove norme per controllarne in modo più stringente la gestione. Norme che estenderemo a tutti gli enti». Ma per Catenò De Luca, deputato di Sicilia Vera, il dossier dice molto di più: «Se si guarda alla situazione complessiva e non al solo bilancio 2010 in tutti questi enti ci sono passività certe per 4 miliardi e attivi per 5 miliardi. Significa che a fronte di debiti certi ci sono crediti incerti».

Il dossier è stato realizzato dal servizio Vigilanza - guidato da Angela Antinoro, insieme con Gabriella Santaguida e Giuseppa Matranga - fra fine gennaio e marzo e inviato all'Ars a fine aprile. Armao precisa nella lettera di accompagnamento che l'analisi «è parziale perché i bilanci non sono ancora completati e perché enti come i consorzi di bonifica, i teatri, l'Esa o l'Istituto Vite e vino non hanno risposto. E fra quanti hanno risposto sono fioccati errori e imprecisioni».



Tangenti, un'altra accusa per l'impiegato della Asl

Chiedeva soldi per accelerare i rimborsi sugli interventi

Imponeva tangenti sulle pratiche dei rimborsi sanitari a pazienti che si erano sottoposti ad interventi chirurgici. I carabinieri del nucleo investigativo di Roma hanno notificato una nuova ordinanza di custodia cautelare in carcere, emessa dal Gip presso il Tribunale su richiesta del Pm Colaiocco, a Roberto Cigna, impiegato dell'ufficio rimborso trapianti della Asl Rm/C che ha sede in piazza Percile, all'Ostiense. Cinquantacinque anni, già arrestato per concussione in flagranza di reato dagli stessi militari il 12 aprile scorso, subito dopo aver ricevuto una tangente da un uomo reduce da un delicato intervento di trapianto.

I pazienti del Servizio Sanitario Nazionale, quando subiscono interventi complessi, come lo sono i trapianti, devono spesso tirare fuori migliaia di euro di tasca propria per integrare le spese ospedaliere. Si tratta di denaro di cui si può chiedere almeno in parte il rimborso e ogni rimborso, è ovvio, implica una pratica e un ufficio che la segua.

Un caso, appunto, riguardò i fatti avvenuti ad aprile scorso, ma gli approfondimenti investigativi sulla vicenda hanno infatti consentito di accertare che, nei mesi scorsi, il dipendente pubblico aveva anche richiesto e ottenuto il pagamento di una tangente di 6.200 euro da una donna di 32 anni, sempre per agevolare la completa definizione di una pratica di rimborso delle spese sanitarie sostenute per intervento chirurgi-

co.

Anche in questo caso il dipendente aveva convinto la donna che, per una serie di vizi formali, in realtà inesistenti, parte della documenta-

zione presentata per certificare le spese sostenute non avrebbe potuto essere utilizzata e ciò avrebbe determinato una sensibile diminuzione dell'importo rimborsato dalla Asl, a meno che la donna non avesse pagato la tangente.

La nuova misura cautelare per il reato di concussione è stata notificata all'uomo presso il carcere di Regina Coeli dove è recluso dal giorno dell'arresto. Un medico gli aveva appena consegnato

mille euro. Il dottore, 40 anni, doveva avere indietro circa ottomila euro perché era stato sottoposto a trapianto di cuore. Si trattava di recuperare i soldi anticipati per gli esami più urgenti e per parte della degenza. All'inizio Roberto Cigna, secondo la ricostruzione dei carabinieri, gli ha chiesto il cinquanta per cento del totale, poi c'è stata una trattativa.

Una donna avrebbe dato a Roberto Cigna oltre 6.000 euro



quotidianosanita.it

Esenzione ticket. Il Piemonte parte con le nuove regole dal 1° giugno

Dal prossimo mese di giugno cambieranno anche in Piemonte le modalità per usufruire dell'[esenzione per reddito dal pagamento del ticket](#) sulle visite specialistiche e gli esami diagnostici. Basta con l'autocertificazione. A controllare saranno i medici grazie agli elenchi forniti dall'Agenzia delle Entrate come vuole il [DM Tremonti](#). In ogni caso la Regione invierà agli esenti un certificato di esenzione valido fino al 31 marzo 2012.

16 MAG - Anche il Piemonte, [come avevamo anticipato nella nostra inchiesta sul tema](#), parte con il nuovo sistema di verifica dell'esenzione in base al reddito. Non sarà infatti più necessario autocertificare di volta in volta il possesso dei requisiti, ma, secondo quanto previsto dal DM Tremonti, il codice di esenzione verrà riportato sull'impegnativa direttamente dal medico che prescrive la prestazione. Il riconoscimento del diritto all'esenzione verrà rilevato attraverso la presenza del nominativo in un elenco fornito dall'Agenzia delle entrate alla Regione, alle Asl e ai medici di famiglia e aggiornato il 1° aprile di ogni anno. Per il 2011, al fine di evitare disagi ai cittadini, la Regione Piemonte ha deciso di provvedere a livello centrale a produrre e a inviare via posta a tutti gli assistiti inseriti nell'elenco ministeriale - 673 mila persone - il certificato di esenzione da esibire al medico prescrittore, valido fino al 31 marzo 2012. In caso di mancato ricevimento, chi ritenga di aver diritto all'esenzione del reddito può recarsi all'Asl, che emetterà un certificato provvisorio sulla base di un'autocertificazione, cui seguiranno i relativi controlli sulla veridicità della condizione dichiarata. Dal 1° agosto, senza certificato, non sarà più possibile usufruire dell'esenzione.

L'assessore alla Sanità Caterina Ferrero ha sottolineato come, "con questo nuovo sistema, si raggiungano due importanti obiettivi: da un lato, meno burocrazia per i cittadini, che dovranno certificare il loro diritto una sola volta l'anno, senza dover ripetere per ogni visita o esame la procedura; dall'altro, maggiori controlli e lotta all'evasione, visto che l'Agenzia delle entrate e il Ministero dell'Economia potranno controllare che siano effettivamente i meno abbienti a non pagare il ticket".

Data:
martedì 17.05.2011

CORRIERE DELLA **UMBRIA**
della provincia

Estratto da Pagina:
11

Sarà possibile monitorare i tempi di attesa di dodici prestazioni

Entro giugno si potenzia il Cup

PERUGIA - Seconda audizione della Commissione affari sociali di Palazzo Cesaroni sui temi della sanità umbra. Al direttore generale, Emilio Duca, accompagnato dal dirigente Marcello Catanelli, già ascoltati il 3 maggio scorso, è stato chiesto di completare l'analisi dei problemi portati all'attenzione della stessa Commissione da associazioni, categorie ed organizzazioni di pazienti, in relazione: dallo stato di attuazione della informatizzazione dei servizi (sanità elettronica); al servizio di onco-ematologia di Terni ed alle strutture intermedie di ricovero. Alla Commissione è stata fornita anche una prima valutazione tecnica rispetto alle due proposte di legge regionale per la disciplina del parto a domicilio, presentate dai consiglieri Oliviero Dottorini e Paolo Brutti (Idv) e da Damiano Stufara e Orfeo Goracci (Rc). Su questo argomento, la Commissione, che di fatto aperto la discussione generale sulle due proposte di legge, ha deciso all'unanimità di ascoltare la presidente della giunta Catuscia Marini. In merito all'informatizzazione sanitaria, i dirigenti regionali hanno risposto che l'Umbria da due anni si muove su più direzioni a partire dal progetto nazionale sulla anagrafe sanitaria dei pazienti. L'Umbria ha anche attivato il Fascicolo elettronico partito a fine 2010 che per ora fa riferimento al settore ospedaliero ed in particolare ai laboratori di radiologia ed oncologia in vista di un sistema informativo unico legato alla diagnostica per immagini. Siamo fra le prime regioni anche per il Cup regionale (Centro unico di prenotazioni) per monitorare entro giugno i tempi di attesa di dodici prestazioni e successivamente tutte le altre. Partiti anche i certificati online di malattia coinvolgendo i medici di

medicina generale. A breve si faranno certificazioni online per il Pronto soccorso (codici rossi e codici gialli) e per la chirurgia ambulatoriale. Circa il Servizio di onco-ematologia di Terni ed autotrapianto (tema posto dal Comitato Scoet di Terni, assieme ad alcuni pazienti) è stato spiegato che "sul servizio attivato nel 2008 come struttura complessa, con 12 posti letto su circa 600 metri quadri interni all'ospedale di Terni, c'è stata una effettiva riduzione di due stanze; ma la struttura può avvalersi di personale medico di un ematologo e di due specializzati con cinque infermieri professionali. Unico aspetto critico che ci impegneremo a verificare anche dal punto di vista organizzativo, è la promiscuità che si crea con la figura professionale che al momento opera in compresenza con il reparto malattie infettive". Nel corso del dibattito è anche emerso l'aspetto dei costi e del diverso impatto della voce costo dei farmaci fra le due aziende sanitarie, per un importo di 3,7 milioni di euro che Terni spende in più rispetto a Perugia. Per quanto riguarda le strutture intermedie di ricovero, la programmazione regionale, al 31 dicembre 2012, prevedeva la possibilità di autorizzare un massimo di 2.280 posti letto per Rsa (Residenze sociali assistite) per ricoveri fino a un massimo di 3 mesi: di queste 2.168 sono già attivi e convenzionati. Oggi restano sulla carta solo 112 posti, da autorizzare rispetto al piano, nelle Asl 1 e 2. A questi si dovrebbero aggiungere circa 1.000 posti letto che chiedono di realizzare soggetti privati con riconversioni di edifici esistenti o da realizzare ex novo. L'orientamento è "frangere questo tipo di ricoveri autorizzando posti letto interni agli ospedali di distretto esistenti".

Data:
martedì 17.05.2011

CORRIERE DELL'UMBRIA
della provincia

Estratto da Pagina:
11

La giunta regionale ha approvato il disegno di legge proposto dalla Marini

Primari e direttori, ecco la rivoluzione

PERUGIA - Su proposta della presidente della Regione Umbria, la Giunta regionale ha approvato il ddl che disciplina gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie regionali e che modifica ed integra la legge regionale n.3/1998 sull'ordinamento del Sistema sanitario umbro in merito alla nomina dei direttori generali. In particolare per quanto riguarda la commissione tecnica (costituita da tre membri: il direttore sanitario dell'Azienda e due primari della disciplina oggetto della selezione), cui spetta valutare l'idoneità dei partecipanti alla selezione dei posti vacanti di primario, il ddl prevede l'istituzione di un elenco regionale dei primari della disciplina oggetto di selezione, composto da almeno otto nominativi. Nell'impossibilità di raggiungere otto nominativi a livello regionale, si provvederà ad integrare l'elenco con disponibilità di altre regioni. La designazione avviene per sorteggio. Non possono essere inseriti nell'elenco nominativi da sorteggiare i primari che operano nell'Azienda i cui posti sono oggetto di selezione. Al termine della selezione, la commissione tecnica stilerà un elenco degli idonei sulla base di una valutazione complessiva (non comparativa), redigendo una specifica relazione comprovante l'idoneità del candidato. Relativamente alla nomina e valutazione dei direttori generali, il ddl prevede l'istituzione di un elenco regionale dei candidati idonei, aggiornato ogni due anni. Viene rafforzato il sistema di valutazione dell'operato del direttore generale, individuando obiettivi annuali di atti-

vità e valutando i risultati di gestione conseguiti, anche avvalendosi di apposite strutture di valutazione. Il ddl introduce una serie di criteri che comportano la revoca e/o risoluzione del contratto del direttore generale: insorgenza di grave disavanzo d'esercizio; mancato rispetto delle direttive vincolanti della Regione; mancata realizzazione degli obiettivi previsti e la valutazione negativa sull'attività svolta. Le funzioni di direttore generale non possono essere esercitate per più di 10 anni nella stessa Asl.

Regione Via libera della Giunta. Stop dopo 10 anni e 2 mandati per i vertici

Direttori e primari, “ok” alle nuove regole

di **LUCIO FONTANA**

PERUGIA - La giunta regionale ha approvato il disegno di legge che disciplina gli incarichi di struttura complessa nelle Aziende sanitarie regionali e che modifica ed integra la legge regionale sull'ordinamento del Sistema sanitario umbro in merito alla nomina dei direttori generali delle Aziende sanitarie.

Una commissione tecnica costituita dal direttore sanitario dell'Azienda e due primari della disciplina oggetto della selezione valuteranno l'idoneità dei partecipanti. Il ddl prevede l'istituzione di un elenco regionale dei primari della disciplina oggetto di selezione, composto da almeno otto nominativi tramite sorteggio. Non possono essere inseriti nell'elenco i primari che operano nell'Azienda i cui posti sono oggetto di selezione. La commissione tecnica stilerà un elenco degli idonei sulla base di una valutazione complessiva (non comparativa), redigendo una specifica relazione comprovante l'idoneità del candidato. La procedura per l'attribuzione dell'incarico deve concludersi entro dodici mesi dal provvedimento di autorizzazione. Relativamente alla nomina e valutazione dei direttori generali delle Aziende sanitarie regionali (ospedaliere e Asl), il ddl prevede l'istituzione di un elenco regionale dei candidati idonei alla nomina, aggiornato di norma ogni 2 anni. Viene rafforzato il sistema di valutazione dell'operato del direttore generale, individuando obiettivi annuali di attività e valutando i risultati di gestione conseguiti secondo una speci-



»» Palazzo Donini, sede della giunta regionale

fica temporistica, anche avvalendosi di strutture di valutazione. Il sistema prevede, inoltre, l'acquisizione preventiva dei pareri degli "Ati", della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e del consiglio regionale.

Il disegno di legge introduce una serie di criteri che comportano la revoca e/o risoluzione del contratto del direttore generale: insorgenza di grave disavanzo d'esercizio tale da costituire pregiudizio all'equilibrio economico dell'Azienda; mancato rispetto delle direttive vincolanti della Regione, mancata realizzazione degli obiettivi previsti nella programmazione regionale e la valutazione negativa sull'attività svolta. Le funzioni di direttore generale non potranno essere esercitate presso la stessa Azienda sanitaria per un periodo superiore ai 10 anni e per non più di due mandati.





Debiti Asl, primo accordo a Salerno

REDAZIONE IL DENARO

Semaforo verde per i pagamenti arretrati e la spesa corrente: Palazzo Santa Lucia ha un mese di tempo per recuperare lo scivolone al tavolo sul Piano di rientro

La Regione spinge sull'acceleratore per la chiusura di accordi transattivi tra le Asl e il fronte delle imprese fornitrici di beni e servizi. Venerdì pomeriggio scatta il disco verde alla chiusura di un'intesa tra la Asl di Salerno e i privati, propedeutica all'abbattimento del contenzioso e allo sblocco dei contratti da siglare in base ai tetti di spesa fissati dalle ultime delibere regionali. La prima Asl a centrare l'obiettivo è dunque l'azienda sanitaria guidata dal neo-commissario Mario Bortoletti che si configura come un esempio virtuoso.

PIANO DI RIENTRO

La sostanziale bocciatura della Regione al tavolo interministeriale di verifica per il Piano di rientro dal deficit (vedi il denaro di sabato 7 maggio) oltre a uno sbilancio non coperto di oltre 248 milioni di euro trova proprio nel mancato accordo con i privati e nella mancata sottoscrizione dei contratti tra ex convenzionati e Asl uno dei motivi per i quali la Campania dovrà attendere per gli incassi degli acconti 2011 previsti dal patto per la salute.

L'accordo rimuove le cause che hanno determinato nel tempo la grave situazione di crisi economico-finanziaria e i pignoramenti che paralizzano la disponibilità di regolari flussi finanziari attraverso i quali assicurare la normale operatività aziendale e il pagamento delle spettanze ai fornitori di beni e servizi. L'intesa prevede pagamenti omogenei tra gli erogatori di prestazioni, definendo azioni volte ad evitare il ricorso a procedure ingiuntive per il recupero dei crediti dell'anno in corso. Un percorso virtuoso e trasparente, già definito negli incontri del 13 e 27 aprile scorso tra il commissario straordinario e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative delle strutture provvisoriamente accreditate della specialistica, riabilitativa, socio-sanitaria ed ospedaliera, e delle farmacie convenzionate e finalizzato alla normalizzazione dei pagamenti per il 2011.

Grazie alla disponibilità del tesoriere del Monte dei Paschi di Siena l'Asl ha avviato il pagamento di due mensilità. E' stato inoltre possibile garantire il pagamento di mensilità a favore dei fornitori di servizi inderogabili, nonché il riconoscimento delle spettanze ai destinatari di emolumenti per fondi vincolati.

"Questo accordo – dice Antonio Gambardella, dirigente dell'Aspat – è frutto di buone relazioni, trasparenti, chiare. Diamo atto al Commissario Bortoletti che in sessanta giorni è stato capace di conquistare la nostra fiducia fino a farci impegnare in prima persona in un difficile percorso di ripristino di un clima di fiducia oramai eroso da anni di alterne ed eteree direzioni e commissariamenti che hanno generato molte liti e contenziosi. E' dunque possibile uscire fuori dalla palude dei decreti ingiuntivi come dimostriamo a Salerno".

L'intesa in sintesi

- Ex convenzionati: remunerazione delle prestazioni entro i limiti fissati dagli accordi contrattuali
- Farmacie: pagamenti entro il giorno 10 del mese successivo a quello di scadenza fino a novembre del 2011, mese che sarà pagato a dicembre
- Recupero del debito pregresso: sarà seguito lo stesso metodo condiviso, fatte salve le previsioni del decreto del commissario ad acta n.12

Il prospetto definito nell'accordo sarà assicurato a quanti rinunceranno alle azioni ingiuntive e alle azioni giudiziarie di recupero del credito pregresso



Sanità

Federalismo fiscale: il Dlgs su finanza regionale e costi standard in «Gazzetta Ufficiale»

Il fisco regionale è legge e dal 27 maggio il Dlgs che lo prevede entrerà in vigore dando il via al conto alla rovescia per la sanità verso i costi standard che saranno a regime nel 2013. Con la pubblicazione sulla «Gazzetta Ufficiale» n. 109 del 12 maggio 2011 del Dlgs 6 maggio 2011, n.68 «Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario», il federalismo fiscale regionale e quello sanitario sono una realtà: dal 2013 i nuovi totem della Sanità saranno gli attesi quanto temuti costi standard. Loro finanzieranno i livelli essenziali di assistenza senza sprechi e sperperi e saranno costruiti in base alle performance di tre Regioni benchmark (una del Nord, una del Centro e una del Sud, tra queste una di piccola dimensione) scelte in una rosa di cinque che dovranno aver dimostrato di aver i conti a posto e di saper garantire allo stesso tempo qualità e appropriatezza delle cure.

Questi i contenuti principali del Dlgs 68/2011.

Dal fabbisogno nazionale standard a quelli regionali. Dal 2013 il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato, tramite intesa Stato-Regioni, «coerentemente» con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza. Il ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, determina poi annualmente i costi e i fabbisogni standard regionali. Per la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali, riferimento diventano gli elementi informativi presenti nel Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) del ministero della Salute. Gli indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale sono costituiti dai livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria: 5% per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro; 51% per l'assistenza distrettuale; 44% per l'assistenza ospedaliera. Il fabbisogno sanitario standard delle singole

Regioni è determinato, per la prima determinazione e a decorrere dal 2013, «applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento» (le Regioni benchmark).

Tre Regioni benchmark per i costi standard. Saranno 3, scelte in una rosa di 5, le Regioni benchmark per la determinazione di costi e fabbisogni standard sanitari regionali. Dovranno essere una del Nord, una del Centro e una del Sud d'Italia, e una dovrà essere di «piccola dimensione geografica». L'anno di partenza sarà il 2013 sulla base dei bilanci di Asl e ospedali del 2011. Se si partisse quest'anno le scelte cadrebbero su Lombardia, Toscana e Basilicata.

Le tre Regioni di riferimento, tra cui obbligatoriamente quella con i conti migliori (a oggi la Lombardia), saranno scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque indicate dal ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia (sentito il ministro per i Rapporti con le Regioni) in quanto migliori cinque Regioni per aver garantito i Lea in condizione di «equilibrio economico» e senza essere assoggettate a piani di rientro. Regioni benchmark che dovranno aver dimostrato anche di aver garantito la qualità e l'appropriatezza in base ai criteri che saranno definiti da un Dpcm, previa intesa in Stato-Regioni e sentita la «Stem» (la Struttura tecnica di monitoraggio paritetica), basandosi sugli indicatori previsti dal Patto per la salute del 2009 (allegati 1, 2 e 3 VEDI).

Livelli essenziali garantiti con il fondo perequativo. Dal 2013 viene istituito un Fondo perequativo alimentato dal gettito prodotto da una compartecipazione al gettito dell'Iva determinata in modo tale da garantire in ogni Regione il finanziamento integrale delle spese per Sanità, istruzione, assistenza sociale e trasporto pubblico locale. Nel primo anno di funzionamento del fondo perequativo le suddette spese sono computate anche in base ai valori di spesa storica; nei successivi quattro anni devono gradualmente convergere verso i costi standard. Le modalità della convergenza sono stabilite con Dpcm, su proposta del ministro per i Rapporti con le Regioni, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Le Regioni con maggiore capacità fiscale (dove il gettito per abitante dell'addizionale regionale Irpef supera il gettito medio nazionale per abitante) alimentano il fondo perequativo per «ridurre le differenze interregionali di gettito». Le Regioni con minore capacità fiscale (dove il gettito per abitante dell'addizionale regionale Irpef è inferiore al gettito medio nazionale per abitante) partecipano alla ripartizione del fondo perequativo.

Interventi straordinari per infrastrutture al Sud. Arrivano gli «interventi strutturali straordinari» per rimuovere le carenze infrastrutturali che riguardano principalmente le Regioni del Meridione, ma in genere anche le zone montane e le piccole isole, e che hanno possibili effetti sui costi delle prestazioni sanitarie.

I ritardi strutturali saranno individuati sulla base di non meglio definiti «indicatori socio-economici e ambientali» e non ricorrendo all'indice di deprivazione (condizioni socioeconomiche peggiori), criterio chiesto a gran voce dalle Regioni del Sud per la determinazione dei costi standard. Gli interventi strutturali straordinari dovranno essere effettuati in «complementarità» con gli interventi straordinari per l'edilizia sanitaria già previsti (articolo 20 della legge 67/1988).

In ogni caso dal 2013 i criteri scritti nei Dlgs per costruire costi e fabbisogni sanitari standard potranno essere rideterminati, con cadenza biennale, previa intesa in sede di

Conferenza Stato-Regioni e «comunque nel rispetto del livello di fabbisogno standard nazionale» definito in base ai livelli essenziali di assistenza da erogare.

Le tasse in mano alle Regioni. Partirà nel 2013 la nuova architettura del fisco regionale. Da quell'anno saranno eliminati i trasferimenti dallo Stato alle Regioni, che in cambio potranno contare per un valore equivalente in termini di compartecipazione a Iva e Irpef e sulla possibilità di agire sull'aliquota delle attuali addizionali all'imposta sui redditi delle persone fisiche, con aumenti via via maggiori.

Dal 2013, e non più dal 2011 come inizialmente previsto, le Regioni potranno manovrare l'addizionale Irpef regionale, diminuendola o anche aumentandola rispetto allo 0,9 per cento. La maggiorazione non potrà essere superiore allo 0,5 nel 2013, all'1,1% nel 2014 e al 2,1% a decorrere dal 2015 (escluso chi guadagna meno di 15mila euro). Se la Regione ha già disposto una riduzione dell'Irap non può superare lo 0,5% di aumento. Le Regioni potranno contare, poi, su una compartecipazione all'Iva. Servirà ad alimentare il fondo di perequazione che garantisce la copertura integrale delle spese per i servizi essenziali (Sanità, scuola, assistenza, trasporto pubblico). La quota di attribuzione alle Regioni della compartecipazione all'Iva sarà assegnata con criteri di «territorialità» e si baserà sui consumi nelle diverse aree. La percentuale della compartecipazione viene stabilita con Dpcm sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento integrale dei livelli essenziali. Sempre dal 2013 le Regioni potranno ridurre le aliquote dell'Irap fino ad azzerarle e introdurre deduzioni dalla base imponibile. Anche le Regioni saranno incentivate a partecipare alla lotta all'evasione fiscale: avranno il gettito derivante dall'attività di recupero riferita ai tributi propri e alle addizionali alle basi imponibili dei tributi erariali. Nelle loro casse va anche una quota del gettito derivante dall'attività di recupero dell'Iva.

lunaset.it

SANITÀ:

Stefano Caldoro: "Abbiamo fatto molto per la sanità campana"

Il presidente della Regione traccia il bilancio sul settore



Un percorso "lungo" in cui "molto è stato fatto". Questo il bilancio tracciato dal presidente della Regione Campania Stefano Caldoro sul primo anno di commissariamento della sanità regionale. Il Governatore, in un fitto confronto con i medici, che si è svolto presso l'Ordine dei medici di Napoli, ha tracciato le linee di quanto realizzato fino ad oggi. Primo traguardo "indispensabile" il rispetto del cronoprogramma stabilito dal piano di rientro, con un'attenzione particolare alla tenuta dei conti pubblici. "Adempimenti rigorosi e obbligati - ha spiegato Caldoro - articolati secondo il cronoprogramma del risanamento contabile fino al rientro nella normalità, secondo il dettato previsto dal tavolo governativo antideficit, formato dai dicasteri dell'Economia e della Salute". Tra i risultati conseguiti, la riduzione del debito sanitario passato che oggi ammonta a 600 milioni di euro. "Il debito - ha proseguito Caldoro - è ancora elevato, ma lo sblocco di alcuni fondi tra cui quelli Fas di 322 milioni di euro ci consente una piccola accelerazione. Inoltre - ha proseguito - dobbiamo registrare il positivo sblocco del turn over con concorsi pubblici per l'assunzione di 150 unità. Il turn over, in fine dei conti, non ha prodotto economie apprezzabili".

► I conti in rosso. 1 ◀

Piano di rientro, è tempo di nomine

CONFERENZA DI STAMPA

MARIO FORLENZA

*direttore amministrativo
presidio ospedaliero Da Procida*

Brutte notizie per la sanità campana. Nella riunione del 21 aprile del Tavolo tecnico di verifica degli adempimenti per il piano di rientro dal deficit sanitario della Regione Campania unitamente al Comitato permanente per la verifica dei Lea è emerso che il risultato di gestione a tutto il 31 dicembre del 2010 evidenzia, dopo il conferimento delle risorse derivanti dal Fas, comprensivo della perdita 2009 evidenzia, dopo il conferimento delle risorse derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali e dopo il conferimento delle risorse derivanti dall'intesa del 18 dicembre 2010 per ripiani disavanzi policlinici a gestione diretta, un disavanzo non coperto 248,888 mln di euro. In tali termini si prefigurano le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale Irpef.

► 30

► segue da 17

Piano di rientro...

Per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

A sorpresa è stata sollecitata la Regione a procedere anche alla nomina dei Direttori generali delle Aziende e dei conseguenti Direttori amministrativi e sanitari superando la fase commissariamento delle stesse che si protrae ormai da un biennio. Ma in alcune Asl si è già proceduto, da parte di alcuni Commissari Straordinari, a nominare direttori sanitari non senza sollevare dubbi e perplessità in punto di diritto. Fin dal 2006 in Regione Campania, per avere conferito incarichi di direttore sanitario o amministrativo di una azienda sanitaria è obbligatorio, per i sog-

getti interessati, essere inseriti in appositi Albi regionali tenuti presso l'assessorato regionale Sanità. Va ricordato, infatti, che la legge regionale n. 3 del 2 marzo 2006 dispone che i direttori sanitari e amministrativi delle Asl sono nominati dal direttore generale (articolo 22 ter Legge 32 del 1994-articolo aggiunto dalla Legge regionale n. 3 del 2006) con provvedimento motivato, e scelti fra gli iscritti in detti albi. Di recente, a livello regionale, si è anche sviluppato un dibattito che si è spinto fino al punto di proporre la soppressione di tali albi. Tale proposta non è passata e, allo stato attuale, per essere inserito nell'albo regionale degli aspiranti alla nomina di Direttore sanitario nelle Asl e Ao, per legge occorre, non solo essere medico, ma occorre aver anche svolto per almeno 5 anni una qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. L'assenza dei re-

quisiti previsti per legge non è sanabile e ciò in forza di quanto previsto dalla stessa legge regionale del 2006. Tuttavia in alcune Asl della Campania (Salerno e Caserta) più di un commissario straordinario ha proceduto a nominare la figura del direttore sanitario aziendale individuando anche soggetti non iscritti nell'elenco dell'albo regionale dei direttori sanitari.

Solo il Direttore generale di Asl o Ao, quindi, ha il potere e la competenza esclusiva di poter nominare il direttore sanitario. Ciò è ribadito espressamente anche all'articolo 3 comma 1 quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992. I commissari straordinari delle Asl della Regione non hanno, per legge, tale potere, né la competenza, né risulta che la Regione abbia autorizzato o conferito poteri speciali in tal senso.

Si impone pertanto il seguente quesito: gli atti di nomina dei direttori sanitari da parte dei Commissari straordinari delle Asl sono censurabili per incompetenza assoluta di legge dell'organo che ha deliberato tale nomina con conseguente "nullità assoluta e insanabile" sul piano giu-

ridico-amministrativo degli atti medesimi? Sarebbe auspicabile un definitivo chiarimento da parte della Regione. I Commissari Straordinari avrebbero potuto, invece, su delega della Regione nominare sub-commissari in materia amministrativa e sanitaria data la particolarità delle strutture sanitarie ove le stesse, pur considerate ed equiparate dalla legge come Pubbliche amministrazioni (Decreto legislativo n. 165 del 2001), presentano una propria peculiarità tant'è che l'esperienza professionale quinquennale, per essere nominato direttore sanitario o amministrativo di Asl deve essere maturata esclusivamente in enti o aziende, pubbliche o private, del Servizio sanitario (articolo 3 comma 7 Decreto legislativo n. 502 del 1992) requisito questo non previsto, invece, per la nomina della figura del direttore generale di una Asl la cui esperienza quinquennale di direzione di strutture può essere stata maturata anche e solo esclusivamente nel settore privato ovvero in altri Comparti della pubblica amministrazione.

Mario Forlenza

► Asl Salerno. 1 ◀

Ex convenzionati: il modello Salerno

Semaforo verde del commissario Bartoletti ai pagamenti

ETTORE MAUTONE

La Regione spinge sull'acceleratore per la chiusura di accordi transattivi tra le Asl e il fronte delle imprese fornitrici di beni e servizi. Venerdì pomeriggio scatta il disco verde alla chiusura di un'intesa tra la Asl di Salerno e i privati, propedeutica all'abbattimento del contenzioso e allo sblocco dei contratti da siglare in base ai tetti di spesa fissati dalle ultime delibere regionali. La prima Asl a centrare l'obiettivo è dunque l'azienda sanitaria guidata dal neo-commissario **Mario Bartoletti** che si configura come un esempio virtuoso.



Antonio Gambardella



Ottavio Corigliani

L'accordo rimuove le cause che hanno determinato nel tempo la grave situazione di crisi economico-finanziaria e i pignoramenti che paralizzano la disponibilità di regolari flussi finanziari attraverso i quali assicurare la normale operatività aziendale e il pagamento delle spettanze ai fornitori di beni e servizi. L'intesa pre-

vede pagamenti omogenei tra gli erogatori di prestazioni, definendo azioni volte ad evitare il ricorso a procedure ingiuntive per il recupero dei crediti dell'anno in corso. Un percorso virtuoso e trasparente, già definito negli incontri del 13 e 27 aprile scorso tra il commissario straordinario e le associazioni di categoria mag-

giormente rappresentative delle strutture provvisoriamente accreditate della specialistica, riabilitativa, socio-sanitaria ed ospedaliera, e delle farmacie convenzionate e finalizzato alla normalizzazione dei pagamenti per il 2011.

Grazie alla disponibilità del tesoriere del Monte dei Paschi di Siena l'Asl ha avviato il pagamento di due mensilità. È stato inoltre possibile garantire il pagamento di mensilità a favore dei fornitori di servizi inderogabili, nonché il riconoscimento delle spettanze ai destinatari di emolumenti per fondi vincolati.

"Questo accordo - dice Antonio Gambardella, dirigente dell'Aspat - è frutto di buone relazioni, trasparenti, chiare. Diamo atto al commissario Bartoletti che in sessanta giorni è stato capace di conquistare la nostra fiducia fino a farci impegnare in prima persona in un difficile percorso di ripristino di un clima di fiducia ormai eroso da anni di alterne ed eterogenee direzioni e commissariamenti che hanno generato molte liti e contenziosi. È dunque possibile uscire fuori dalla palude dei decreti ingiuntivi come dimostriamo a Salerno". "Il commissario Bartoletti ci ha convinto da subito, dimostrando non solo con le parole ma anche con i fatti che è possibile uscire fuori dalla palude dei decreti ingiuntivi concedendo all'Asl di riordinare i conti e svincolare le risorse finanziarie sufficienti per pagare l'ordinario in maniera puntuale e trovare magari risorse aggiuntive per saldare il pregresso che, pesa ancora come un macigno sui nostri disastrosi bilanci. È un modello gestionale da seguire". "Questo militare in poco più di un mese e mezzo di lavoro - commenta il presidente di Confindustria sanità di Salerno Ottavio Corigliani - è stato in grado di assumere l'impegno che la Asl paghi regolarmente, massimo 90 giorni, il fatturato del 2011. Hanno infatti pagato per ora gli account di gennaio e febbraio 2011. I tempi di pagamento sono quelli previsti dai nuovi decreti 2011 per le singole categorie. Si verifica quello che abbiamo sempre pensato, ossia che lavorando con efficiente serenità e coinvolgendo i funzionari intorno ad un obiettivo e condividendo i risultati è possibile ottenere qualcosa di diverso rispetto all'attualità anche in Asl come Napoli centro.

L'accordo sottoscritto dalla Asl di Salerno è su Denaro.it

Asl Na 1, task-force contro il debito

Task-force di esperti per mettere ordine nella contabilità della Asl Napoli 1. È l'ultima mossa del commissariato alla Sanità davanti alla disastrosa situazione della più grande azienda sanitaria campana. Sedici professionisti, tra avvocati e commercialisti, tutti dipendenti della Regione, dovrà procedere al riordino della contabilità, compito arduo se si tiene conto che alla Asl giacciono circa 30 mila documenti contabili non registrati e evasi. Si tratta di un passaggio fondamentale sia per avere un quadro esatto dei conti della Asl Napoli 1 sia per organizzare i pagamenti. La confusione è infatti tale che c'è chi ne ha approfittato per farsi liquidare due volte la stessa fattura. La situazione dei pagamenti è del resto uno dei buchi neri, al punto che i privati si sono rifiutati di firmare i contratti per il 2011 e sono in attesa che il commissariato dia garanzie sia rispetto ai pagamenti relativi all'anno in corso sia rispetto agli arretrati.

► Asl Salerno. 2 ◀

Scarlatto, inizia la riconversione

Via alla fase intermedia per l'attuazione delle previsioni del piano ospedaliero

L'Asl di Salerno dopo la chiusura del blocco operativo del presidio ospedaliero "Mauro Scarlatto" di Scafati accelera nella attuazione del decreto 49 del 2010 che prevede la conversione in Presidio ospedaliero ad indirizzo riabilitativo e che le Unità operative per acuti nonché il Punto nascita confluiscono nell'Ospedale "Villa Malta" di Salerno, configurato quale struttura di II livello per la rete dell'emergenza, spoke per l'emergenza cardiologica e per l'ictus cerebrale. La fase transitoria in atto definisce un percorso intermedio verso la prospettiva definitiva. In questa fase viene trasferita una parte del personale richiesto dal direttore sanitario del Presidio



Mario Bartoletti

ospedaliero di Nocera, per la carenza di personale e per l'accresciuto carico di lavoro che grava su tale presidio in attesa che l'ospedale di Salerno vada a regime. Una settimana fa, la struttura commissariale ha messo a fuoco alcuni nodi da sciogliere: vi sono chirurgie anche con tre primari in molti efficienti ospedali italiani in relazione alla diversa intensità di assistenza. Tale considerazione è stata condivisa

a Salerno tra il direttore sanitario del presidio ospedaliero e la gestione commissariale. Quanto al personale l'unica prospettiva di assegnazione degli incarichi secondo l'articolo 18 del contratto collettivo della dirigenza, vede attualmente solo proroghe dei contratti a termine a causa per il blocco del turnover. L'Asl guidata da Mario Bartoletti puntualizza di essere disponibile allo svolgimento di una selezione pubblica meritocratica per l'assegnazione di questi incarichi. Non vi sono, al momento, valutazioni ufficiali sull'esito della ricognizione avviata su sale operatorie e farmacie dopo il sequestro di quelle del presidio di Scafati. "Il cronoprogramma degli interventi necessari - dice la Asl - con le risorse necessarie rese disponibili anche grazie agli interventi previsti dal decreto 49, è l'unica strada per razionalizzare le scelte fatte in passato.

► Corte costituzionale ◀

Finanziaria regionale bocciata: ecco tutti i nodi

E' nero su bianco la motivazione della Consulta che boccia il bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 (Legge finanziaria regionale 2011) Ecco ampi stralci della sentenza

ETTORE MAUTONE

La legge regionale finanziaria del 2011 è illegittima per i motivi che di seguito si espongono:

L'articolo 1, comma 2 prevede genericamente, per gli enti dipendenti dalla Regione che ricevono contributi a carico delle finanze regionali, la riduzione del 10 per cento (rispetto agli importi risultanti alla data del 31 dicembre 2010) di indennità, gettoni, compensi retribuzioni o altre utilità per la partecipazione agli organi degli enti medesimi. Tale disposizione si pone in contrasto con l'articolo 6 del decreto legge n. 78 del 2010, convertito dalla legge n. 122 del 2010.

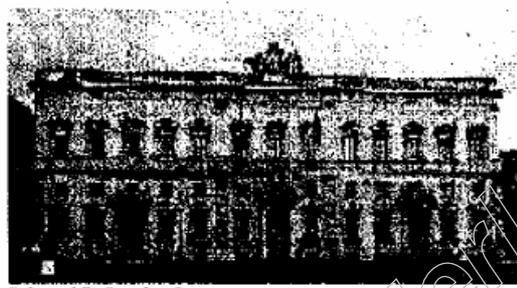
Infatti, tale disposizione, al comma 2 dispone, fatte salve le esclusioni espressamente previste dall'ultimo periodo del comma stesso, il carattere onorifico

per la partecipazione agli organi collegiali, anche di amministrazione, degli enti che comunque ricevono contributi a carico delle finanze pubbliche e, qualora siano previsti, i gettoni di presenza non possono superare l'importo di 30 euro a seduta giornaliera regionale.

Il legislatore regionale, invece, nel prevedere genericamente una riduzione del 10 per cento e ponendosi in contrasto con l'articolo 6, comma 2 del Decreto legge n. 78 del 2010, viola i principi in materia di coordinamento di finanza pubblica di cui all'art. 117, comma 3 della Costituzione.

L'articolo 1, comma 34 prevede che le maggiori entrate derivanti dal recupero dell'evasione fiscale sono destinate ad imbastire i fondi di riserva per spese obbligatorie, per la riscrittura di residui perenti e per spese impreviste. Così disponendo, il legislatore regionale, non precisando l'ammontare delle risorse e non prevedendo adeguata copertura finanziaria, viola l'art. 81, comma 4 della Costituzione, ai sensi del quale ogni altra legge che importi nuove e maggiori spese deve indicare i mezzi per farne fronte.

L'articolo 1, comma 37 dispone che a partire dall'anno 2013, gli incarichi di funzioni di-



Palazzo della Consulta a Roma

regionali conferiti a persone esterne al ruolo unico dirigenziale dell'amministrazione regionale sono ridotti del 20 per cento, ponendosi in contrasto con l'articolo 19 del decreto legislativo n. 165 del 2001, come modificato dall'articolo 40 del decreto legislativo n. 150 del 2009.

INCARICHI

Tale disposizione, al comma 6, statuisce che gli incarichi dirigenziali possono essere conferiti, da ciascuna amministrazione, entro il limite del 10 per cento della dotazione organica dei dirigenti appartenenti alla prima fascia dei ruoli e dell'8 per cento della dotazione organica di quelli appartenenti alla seconda fascia. Il comma 6 ter dell'articolo 19 del Decreto legislativo n. 165 del 2001, prevede, poi, che

la suddetta disposizione trova applicazione anche per le regioni.

Si tratta, infatti, come asserito dalla Corte costituzionale (sentenza n. 324 del 2010) "di una normativa riconducibile alla materia dell'ordinamento civile di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera l), Costituzione, poiché il conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti esterni, disciplinato dalla normativa citata, si realizza mediante la stipulazione di un contratto di lavoro di diritto privato.

Conseguentemente, la disciplina della fase costitutiva di tale contratto, così come quella del rapporto che sorge per effetto della conclusione di quel negozio giuridico, appartengono alla materia dell'ordinamento civile". Pertanto, l'art. 1, comma 37, nel porsi in contrasto con la di-

sciplina nazionale di riferimento, viola l'articolo 117, comma 2 lett. l) della Costituzione.

L'articolo 1, comma 44 dispone che l'utilizzo delle economie, quale mezzo di copertura, sono utilizzate dagli enti a parziale finanziamento dei piani di forestazione per gli anni 2011, 2012 e 2013. Tale disposizione, in mancanza della certificazione che comprova l'effettiva disponibilità delle stesse nell'ambito del conto consuntivo 2010 non ancora approvato, viola i principi in materia di sistema contabile. Infatti, anche secondo quanto disciplina l'articolo 44, comma 3, della legge regionale di contabilità n. 7/2002: "l'utilizzo dell'avanzo di amministrazione può avvenire soltanto quando ne sia dimostrata l'effettiva disponibilità con l'approvazione del rendiconto dell'anno precedente". Pertanto, il legislatore regionale, disponendo in modo difforme, viola l'articolo 81, comma 4, della Costituzione e l'articolo 117, comma 2, lettera e) della Costituzione in materia di sistema tributario e contabile.

il testo della sentenza è sul portale sanità su **denaro.it**



IL DENARO SANITA'

Martedì
17 Maggio 2011

► I conti in rosso della sanità. 1 ◀

Asl, bilanci 2010: 248 mln da recuperare in 1 mese

Il debito residuo sulla gestione 2009-2010 e il mancato accordo con i privati, oltre a una serie di nodi irrisolti, bloccano l'erogazione del 20 per cento degli 1,7 miliardi liberati dal governo a ottobre

ETTORE MAUTONE

La Campania non supera la verifica trimestrale al tavolo interministeriale sul Piano di rientro e i Livelli essenziali di assistenza.

Come anticipato dal Denaro Sanità (in edicola ogni martedì) il primo nodo irrisolto è quello relativo al risultato di gestione.

Se lo sbilancio del 2009 è stato quasi annullato grazie alle risorse derivanti dal Fas (322 mln) a segnare rosso è il quarto trimestre 2010 che - dopo il conferimento delle risorse derivanti dalla massimizzazione delle aliquote fiscali e dopo l'aggiunta delle risorse derivanti dall'intesa del 18 dicembre 2010 per i ripiani dei policlinici a gestione diretta, fa registrare un disavanzo non coperto di 248,8 mln di euro. In tali termini c'è il rischio di un ulteriore incremento fiscale per l'anno in corso e il permanere del blocco del turn-over per il personale del servizio sanitario fino al 31 dicembre del 2013. A verbalizzare risulta che sono solo parzialmente completati gli obiettivi previsti dal Piano operativo 2010 e ancora preliminari gli interventi previsti dal piano ospedaliero.

A pesare sullo stop del tavolo tecnico anche la mancata sottoscrizione dei contratti sottoscritti con gli erogatori privati - e che



hanno invitato i propri associati a non stipulare i contratti relativi all'anno 2011 a causa della mancanza di idonee garanzie in ordine alla remunerazione delle prestazioni sanitarie erogate. Così in merito all'adozione del Piano ospedaliero (che nella precedente riunione di verifica era stato valutato positivamente), si resta in attesa di ulteriore documentazione dell'effettiva attuazione dello stesso, anche sotto il profilo dell'impatto economico-finanziario. Parzialmente conclusa anche l'effettiva rideterminazione dei fondi contrattuali e ritardi nella produzione della documentazione definitiva prevista entro il 31 dicembre 2010 e 28 febbraio scorso. Un cenno viene fatto anche alla legge finanziaria regionale impugnata in quanto per la parte sanitaria non concordata con la struttura commissariale.

E ancora: la Regione deve procedere alla nomina dei direttori generali delle aziende e dei conseguenti direttori amministrativi e sanitari superando la fase commissariamento delle stesse che si protrae ormai da un biennio.

"In tale stato di cose non è

possibile erogare alcuna spettanza residua" (340 mln entro fine aprile ndr). I sub-commissari Mario Moriaccio e Achille Coppola hanno dunque chiesto tempo (un mese o due) per integrare la documentazione e verificare quanto disposto dalla legge regionale.

IL PERSONALE

Il costo del personale dipendente (somma dei quattro ruoli) risulta in diminuzione di 48,913 mln di euro rispetto al consuntivo 2009. Considerando il costo atteso del personale dirigente a seguito della sottoscrizione del relativo contratto 2008-2009 il cui onere è parametrato al 3,2 per cento e la corresponsione dell'indennità di vacanza contrattuale per l'intero personale dipendente parametrata allo 0,5077 per cento, risulterebbe, rispetto al valore atteso, una sottostima di 113,393 mln di euro.

Tuttavia le unità di personale dipendente nell'anno 2010 sono in diminuzione rispetto all'anno 2009 per complessive 1.409 unità con il risparmio loro associato, nell'ipotesi di un costo medio di 50 migliaia di euro, conside-

rando le uscite mediamente concentrate a metà anno, pari a 35,225 mln di euro. A tale risparmio dovrebbe aggiungersi quello relativo alle unità dimiuite nel corso del 2009 rispetto al 2008, per 1.935 unità, il cui effetto di risparmio è mediamente presente nel 2009 per 6 mesi mentre a regime sul 2010 risulta rilevare l'ulteriore risparmio di 6 mesi. Considerando il medesimo costo medio, si avrebbe un risparmio derivante dalle uscite 2009, di 48,375 mln di euro. La regione ha fatto inoltre presente che il costo contabilizzato a IV trimestre 2010 risente anche della rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali la cui ricognizione è in corso da parte della stessa e a cui dovrebbero essere associati risparmi potenziali per 52 mln di euro. Pertanto sul personale non dovrebbero sussistere elementi di rischio.

FARMACEUTICA

I prodotti farmaceutici evidenziano un maggior costo di 32 mln di euro rispetto al consuntivo 2009. Tale aumento è generalizzato in tutte le aziende; in particolare nella Asl di Caserta

per l'aumento della distribuzione diretta, e nell'Azienda ospedaliera Universitaria Federico II. Gli altri beni sanitari diminuiscono di circa 31 mln di euro nelle aziende dove si è verificato un aumento dei prodotti farmaceutici. Il costo degli appalti cresce di 18,3 mln di euro rispetto al consuntivo 2009 in relazione alle manutenzioni effettuate nelle tre Asl della provincia di Napoli, alle Aziende ospedaliere Cardarelli e Moscati e nella Sun

SERVIZI NON SANITARI

Il costo dei servizi non sanitari diminuisce di circa 45 mln di euro anche in relazione ai minori rimborsi per assistenza indiretta ai dializzati, la minore erogazione di borse di studio universitarie e il minor rimborso legato all'emergenza bovina. Di tale importo 19 mln di euro di diminuzione sono ascrivibili alla gestione accentrata di cui 6 mln di euro sono legati alla diminuzione delle borse di studio e circa 10 mln di euro alla riduzione dei rimborsi relativi all'emergenza bovina legge 210 del 1992).

CONSULENZE

Il costo delle consulenze diminuisce di 12 mln di euro rispetto al consuntivo 2009 rilevato nella Asl di Avellino, nelle tre Asl napoletane e nella Aou Federico II. Il costo dell'assistenza farmaceutica convenzionata diminuisce di 27,7 mln di euro rispetto al consuntivo 2009 anche in relazione alle forme di compartecipazione che hanno operato nell'ultimo trimestre dell'anno 2010; il costo dei convenzionati incrementato del Sumai, aumentata di circa 16 mln di euro. Tuttavia considerando l'onere connesso al rinnovo della convenzione 2008-2009 parametrato al 3,2% e successivamente l'onere relativo all'indennità di vacanza contrattuale, parametrato allo 0,5077%, risulterebbe essere presente una sottostima di 9,4 mln di euro. Tale valore costituisce elemento di rischio.

Con riferimento alle prestazioni da privato accreditato sono stati contabilizzati i tetti di spesa anche se è presente una produzione estrattata di circa 25 mln di euro. I provvedimenti regionali e i contratti prevedono espressamente l'abbattimento della remunerazione delle prestazioni estrattate.

Si ricorda che sull'anno 2010 è presente la riclassificazione dei costi relativi alla dialisi che erano prima contabilizzati come assistenza indiretta;

Regione Campania: fondi per la sanità attesi dallo Stato

Fondi per la Sanità non erogati dallo Stato alla Regione Campania (situazione al 15 settembre 2010)

| | Millioni di euro | Totale |
|--|---|--------|
| Saldo FSN 2006 (5 per cento del riparto Cipe) | 429 | |
| Saldo FSN 2008 (3% del riparto Cipe) | 270 | |
| Contributo di affiancamento per l'esercizio 2008 | 217 (302 - 85 milioni erogati a febbraio 2010) | |
| Subtotale fondi statali destinati alla spesa corrente annuale: | 1.701 (di cui 1.021 erogati tra nov. e dic. 2010) | |
| Residuo prestito a 30 anni del Ministero dell'economia: | | |
| Quota già riconosciuta ammissibile nella riunione del 18/11/09 | 134 | |
| Subtotale fondi statali residui in c/ripiamo al 31/12/2005: | 314 | 314 |

Bloccate due tranches a saldo di 170 milioni di euro previsti all'incasso entro aprile