

FederLab

COORDINAMENTO NAZIONALE DEI LABORATORI DI ANALISI



Rassegna Stampa del 18.05.2011

- a cura dell'Ufficio Stampa di FederLab Italia -

quotidiano **sanità.it**

Federalismo fiscale. Corte dei Conti: "Necessario uniformare i sistemi contabili"

Parere positivo della Corte dei Conti al Dlgs sull'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio. In audizione alla commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo, il presidente Luigi Giampaolino ha affermato che il dlgs va contro le criticità segnalate dalla Corte, in particolare in ambito sanitario: "Difficoltà di disporre di dati contabili omogenei attraverso i quali ricostruire la dimensione economica complessiva del settore e la sua sostenibilità in termini di mantenimento degli equilibri di bilancio".

17 MAG - L'impianto dello schema del decreto legislativo per il Federalismo fiscale in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro enti ed organismi "appare condivisibile perché affronta alcune criticità" come "la necessità di un sistema di principi contabili e di un modello di bilancio uniformi a livello nazionale; il rapporto tra il bilancio delle aziende e il bilancio regionale; l'arricchimento delle informazioni sotto il profilo finanziario e patrimoniale". Esigenze che "trovano un esempio rilevante nel settore sanitario".

Ad affermarlo è stato stamani il presidente della Corte dei Conti, Luigi Giampaolino, ascoltato in audizione dalla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, sullo Schema di decreto legislativo in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro enti ed organismi. Giampaolino ha evidenziato il carattere strategico dell'esigenza di "normalizzazione dei conti pubblici", specie nell'attuale contesto di sviluppo dell'integrazione europea, allo scopo di rendere trasparenti e confrontabili i dati contabili, anche per consentire anche ai cittadini di conoscere l'effettivo stato della gestione degli enti amministrati. E proprio per la sanità, il decreto legislativo consentirebbe di "inserire meglio la contabilità degli enti sanitari nel bilancio delle Regioni, criticità sinora accentuata dalla mancanza di un autonomo bilancio per quella parte delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale gestite direttamente dalle Regioni". Un ulteriore aspetto di rilievo, secondo la Corte, si riconduce agli strumenti necessari per consentire il raccordo dei conti economici delle aziende con quelli delle Regioni cui esse fanno capo. In questo senso, "uno snodo fondamentale può rintracciarsi nella valorizzazione, accanto al bilancio preventivo economico e al bilancio di esercizio, del rendiconto finanziario, cui ora anche le singole aziende sono tenute". Ma il recupero della dimensione finanziaria dei conti della sanità deve, secondo i giudici contabili, porsi anche in correlazione e raccordo con lo schema di d.lgs. relativo ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario. Perché l'applicazione a tutte le Regioni dei valori di costo rilevati in tre Regioni benchmark "richiede la determinazione di comuni modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci, nonché di principi contabili comuni, che consentano di evidenziare l'effettivo impatto dei risultati del comparto in ciascun esercizio finanziario, anche attraverso un pieno raccordo fra la contabilità economica delle gestioni degli Enti (o anche di quella accentrata presso la stessa Regione) e la contabilità finanziaria di ciascuna Regione".

Queste, in particolare, le criticità emerse nel corso della attività di verifica delle Sezioni regionali di controllo della Corte dei Conti sugli Enti del Ssn

I. Criticità riguardanti la programmazione e il controllo

- Scarsa attenzione alla fase di programmazione (mancata predisposizione del bilancio di previsione, mancata richiesta al Collegio sindacale del parere sul bilancio di previsione stesso).
- Scarsa capacità di previsione (risultati di rendiconto che per molte voci si discostano sensibilmente dai valori a preventivo); sottostima dei costi preventivati.
- Mancato rispetto del vincolo di pareggio del bilancio economico di previsione, sfioramento del disavanzo rispetto alla perdita autorizzata.
- Mancata adozione dell'atto aziendale e/o mancata approvazione da parte della Regione.
- Assenza di contabilità analitica e per centri di conto e comunque di sistemi di monitoraggio dei costi, e quindi mancato confronto con i rendimenti e con i risultati.

- Incapacità della direzione di spiegare gli scostamenti tra risultati e obiettivi prefissati e di individuare le cause di perdite anche rilevanti.
- Assenza o scarsa significatività delle misure indicate dalla direzione degli Enti sanitari finalizzate alla copertura delle perdite, spesso limitate alla richiesta di maggiori assegnazioni.
- Scarsa o nulla considerazione delle osservazioni svolte dal Collegio sindacale e, in alcuni casi, mancato richiesta di pareri (ad es. sui fondi per la contrattazione integrativa).
- Il Collegio non si avvale degli organi/organismi di controllo interno di cui al D.Lgs. 286/99.

II. Criticità riguardanti la rappresentazione contabile:

a) per il confronto dei dati

- Problemi di confronto ed omogeneità tra i conti degli Enti sanitari e quelli regionali.
- Difficoltà tra i modelli ministeriali e i documenti di bilancio degli Enti; disomogeneità in ordine alla classificazione e all'aggregazione di alcune poste di bilancio.
- Discrasie nei dati indicati nelle relazioni dei Collegi sindacali che rendono necessarie articolate istruttorie.
- Non omogenea informatizzazione sul territorio.

b) per la rappresentazione veritiera e corretta

- Costi del personale: sottostima dei costi dovuta all'allocazione di voci quali incentivi e competenze accessorie maturate, ma non ancora corrisposte degli oneri relativi ai rinnovi contrattuali e del costo delle ferie maturate e non godute, tra le sopravvenienze passive, senza specificazione della loro natura. Mancati accantonamenti obbligatori in bilancio per importi relativi alle ferie maturate e non godute, per incrementi contrattuali di competenza e per rischi relativi a contenzioso del personale, anche in costanza di vertenze in corso.
- Compensazioni tra posizioni debitorie e creditorie nei confronti dell'istituto tesoriere.
- Il bilancio d'esercizio non viene sottoposto a certificazione contabile (L. n. 266/05, art. 1, comma 291).

III. Criticità riguardanti la gestione:

a) gestione economica

- Situazioni di deficit strutturale in molte aziende: si rileva una sostanziale "deresponsabilizzazione" nella gestione dei costi.
- Costi di produzione: sfioramento del vincolo alla crescita.
- Costi del personale: sfioramento dei vincoli alla crescita (art. 1, comma 565, lettera a, della legge 296/2006).
- Forte dinamica di crescita della spesa per consulenze e collaborazioni, in alcuni casi a fronte della riduzione dei costi del personale dissimulando rapporti di lavoro atipici. Mancato rispetto dei vincoli alla spesa
- Spesa farmaceutica: sfioramento dei vincoli di crescita della spesa.
- Mancanza di programmazione annuale delle procedure di affidamento e lunghezza dei tempi di conclusione delle gare. Uso improprio degli istituti del rinnovo e della proroga. Sforamento dei limiti imposti dalle Regioni.

b) gestione patrimoniale e finanziaria

- Mancato ripiano dei disavanzi relativi agli esercizi precedenti, non coperti ma portati a nuovo di anno in anno, che incide sulla situazione finanziaria degli Enti.
- Carenze e gestioni lacunose degli inventari, mancato aggiornamento dell'inventario patrimoniale.
- Ricorso ad anticipazioni di tesoreria, per fronteggiare impegni assunti, spesso inestinte al 31 dicembre, con conseguente crescita di interessi passivi che rappresentano una voce di costo significativa nei bilanci aziendali.
- Scarse informazioni fornite su partecipazioni in Enti, agenzie, aziende, consorzi, alcune delle quali evidentemente estranee ai fini istituzionali delle Enti.

b1) indebitamento

- Elevato indebitamento, con dinamica di crescita, in particolare dei debiti verso fornitori cui associano spesso tempi lunghi di pagamento, con conseguente crescita di interessi moratori e frequente ricorso ad onerose anticipazioni di tesoreria.
- Sofferenza di liquidità e incapacità a fronteggiare i debiti, anche a fronte di progetti volti a fronteggiare il problema dell'indebitamento e dei tempi di pagamento, con la conseguente probabile ripresa di azioni legali per il recupero forzato dei crediti.
- Necessità di procedere, a causa dell'elevato indebitamento, soprattutto nelle Regioni soggette ai Piani di rientro, a ricognizione della posizione debitoria, attraverso riscontri amministrativo-contabili incrociati e operazioni transattive con i fornitori, tese ad ottenere la dilazione dei debiti, maggiorati di un indennizzo forfetario, a fronte della rinuncia da parte dei creditori ad azioni legali, agli interessi di mora, alla rivalutazione monetaria ed agli ulteriori costi ed oneri maturati fino alla data della stipula degli accordi transattivi.
- Necessità di procedere alla riconciliazione delle posizioni debitorie e creditorie nei confronti della Regione, esposte nei bilanci degli Enti del SSR.
- Ricorso alla cartolarizzazione dei debiti verso fornitori trasformati in debiti a lungo termine con conseguente spostamento del futuro onere dello squilibrio nei bilanci.
- Dall'osservazione dei bilanci e dei dati contabili è emersa non di rado la difficoltà di ricostruzione della situazione debitoria alla luce di incongruenze nei dati relative alle certificazioni dei debiti. La stima delle situazioni debitorie delle Regioni in eccesso di deficit ha presentato molti elementi di incertezza per l'incapacità complessiva di riferirsi a contesti certi e determinati.



"II GIORNATA DELLA SANITÀ TOSCANA": AL CENTRO DEL DIBATTITO L'ACCREDITAMENTO

Disparità di trattamento tra pubblico e privato

Il nuovo sistema di accreditamento delle strutture sanitarie private e pubbliche previsto dalla Regione Toscana è stato il tema centrale della "II Giornata della Sanità Toscana" che si è tenuta oggi, nella sede della Confindustria fiorentina.

La giornata, organizzata dalla Sezione Case di Cura di Confindustria Firenze, ha analizzato le luci e le ombre del nuovo sistema a quasi 20 anni dalla riforma che ha introdotto il concetto di "accreditamento" delle strutture sanitarie pubbliche e private quale strumento di garanzia di qualità del servizio erogato ai cittadini.

Nello specifico, il regolamento attuativo della Legge Regionale 51 del 2009 prevede un nuovo sistema di accreditamento e nuovi requisiti autorizzativi di esercizio che fissano scadenze, per i relativi adempimenti, al 31 marzo 2012 per le procedure di accreditamento e al 31 dicembre 2013 per i requisiti autorizzativi.

Il regolamento prevede che le strutture pubbliche attestino i requisiti di esercizio e accreditamento dimostrando il possesso di almeno il 40% dei requisiti di esercizio richiesti per gli edifici ed il possesso di almeno il 40% dei requisiti di accreditamento richiesti per le strutture organizzative funzionali, entro 6 mesi dall'entrata in vigore del regolamento, un ulteriore 30% di entrambi entro i successivi 9 mesi ed il rimanente 30% entro un ulteriore anno. Per il settore privato, invece il regolamento prevede, per l'accREDITAMENTO l'adeguamento agli ulteriori requisiti previsti dalla norma il termine del 31 marzo 2012, e per gli ulteriori nuovi requisiti il 31 dicembre 2013.

In questo modo si introduce di fatto una disparità di trattamento tra pubblico e privato - fa notare Maurizio De Scalzi, presidente della Sezione Case di Cura di Confindustria Firenze -. Le strutture private, godono già di standard di qualità elevati. La vecchia norma di accreditamento si basava per la definizione dei criteri del processo, prevalentemente sulle linee della certificazione di qualità previste dalle norme Iso ed era la stessa Regione Toscana che aveva la funzione di ente certificatore. Oggi il regolamento introduce, di fatto, una ulteriore forma di penalizzazione: le strutture private devono adeguarsi molto tempo prima di quelle pubbliche. Se è vero che le procedure sono le stesse per entrambi, noi abbiamo meno a tempo a disposizione per adeguarci ai nuovi requisiti. E come se non bastasse la norma prevede un ulteriore gravame perché il regolamento dice che "la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli enti del servizio sanitario a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali">>.

Detto in altri termini, il regolamento sulla remunerazione delle prestazioni introduce un criterio di soggettività di ogni singola azienda Asl, nonostante che sia previsto che la Giunta Regionale rilasci l'accREDITAMENTO alle strutture, sia pubbliche che private, subordinatamente alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

Quanto alla valutazione delle "performance" delle strutture sanitarie pubbliche e private, come anche la gestione del rischio introdotta dalla norma, sono invece due punti su cui le Case di Cura aderenti a Confindustria Firenze esprimono il loro apprezzamento.

Come privati - conclude De Scalzi - auspicheremmo, per una ulteriore vera parificazione, una "terzietà reale" delle istituzioni accreditate. Le nostre strutture garantiscono alti livelli di qualità di prestazione ai cittadini. Ci facciamo inoltre spesso carico delle carenze del pubblico, anche di fronte a incertezza di budget disponibile e incertezza sul numero di prestazioni da erogare.

Il messaggio è investite per stare sul mercato, ma non è affatto chiaro quale e se ci sarà mercato. Qualità e sicurezza per i pazienti sono le nostre parole chiave, ma non è ancora definito quanti e quali pazienti secondo la Regione Toscana dovremmo curare".

17/05/2011 15.10

Redazione di Met



EFFICIENZA, EFFICACIA ED APPROPRIATEZZA. COSI' LA SANITA' DEL LAZIO PUO' DIVENTARE D'AVANGUARDIA

Il nuovo subcommissario regionale alla sanità Giuseppe Spata: "abbiamo un personale eccellente, ma dobbiamo contenere i costi per avere un'organizzazione adeguata". I tagli della Polverini? "Inevitabili per rispettare le direttive del ministero".



di Luca La Mantia

Efficienza, efficacia, appropriatezza. Sono le tre parole d'ordine del nuovo subcommissario alla Sanità del Lazio, Giuseppe Antonio Spata, nominato a metà marzo dal Consiglio dei Ministri per sostituire Mario Morlacco, dirottato in Campania alla corte del governatore Stefano Caldoro. Spata, durante la sua lunga esperienza nella sanità lombarda, sembra essersi fatto un'idea precisa sulla ricetta da proporre per mandare avanti un settore nevralgico e problematico qual è quello della sanità di una grande regione come il Lazio. Il suo programma si fonda su una rivisitazione del sistema di controllo e utilizzo del denaro pubblico. Lo scopo è quello di creare un sistema sanitario appropriato, che affiancandosi all'indubbia qualità del nostro personale medico ed infermieristico, ponga un argine a tutte quelle questioni irrisolte che ancora oggi gravano come un macigno sulla pelle di tutti i cittadini laziali.

Spata, in questi due primi mesi da subcommissario alla Sanità della Regione Lazio, che situazione ha trovato nella nostra regione?

Partiamo da una distinzione fondamentale. Una cosa è la qualità del personale, un'altra è il funzionamento del sistema organizzativo. Nel Lazio le professionalità sanitarie sono da anni di altissimo livello, mentre si sono registrati molti problemi sul piano dell'organizzazione e dell'impiego della spesa sanitaria, specialmente per ciò che riguarda il contenimento dei costi. Sotto quest'ultimo punto di vista bisogna intervenire in modo deciso. Sia chiaro però: quando parlo di contenimento di costi non mi riferisco ai tanto temuti tagli, ma ad una rivisitazione del metodo con i quali i soldi pubblici sono stati utilizzati sinora.

Uno dei problemi di cui i cittadini si lamentano di più è quello della lunghezza delle liste d'attesa per essere sottoposti ad interventi chirurgici o visitati nelle strutture pubbliche.

Vero. Ma anche sotto questo aspetto si può fare molto. La riduzione dei tempi d'attesa è sempre stato uno dei miei cavalli di battaglia. La stessa presidente Polverini si è sinora impegnata molto in quest'ambito. Sarà nostra premura affrontare il problema nei prossimi mesi al fine di risolverlo, specie nei settori più intasati, come quello ecografico. Lei vanta una lunga esperienza come direttore generale in diversi ospedali lombardi.

Quali sono le principali differenze tra la sanità nel Lazio e quella delle regioni del Nord?

La Lombardia e le altre regioni del Nord rappresentano un modello di efficienza per quanto concerne l'organizzazione ed il controllo della spesa sanitaria.

E' un sistema esportabile anche da noi?

Certamente. Le potenzialità non mancano. Nel Lazio, come ho detto, c'è sempre stato un ottimo personale, ma un sistema di gestione dei costi deprecabile. Ma ora le cose stanno cambiando. Dal 2010 anche la nostra Regione ha imboccato una strada virtuosa sul piano dell'impiego delle risorse finanziarie destinate alla sanità. Si sono corretti gli errori del passato e si sta cercando di non ripeterli. Questo percorso darà entro tre-quattro anni alla sanità del Lazio un'ossatura amministrativa capace di governare in modo adeguato la regione sia sotto il profilo dell'eccellenza medica, sia sotto quello dell'eccellenza nella gestione.

Lei prima ha parlato di tagli. Renata Polverini quest'anno non ha esitato a mettere mano alle forbici per ridurre la spesa sanitaria, ricevendo critiche e subendo la contestazione del personale ospedaliero.

Quando si parla di tagli tutti storcono il naso e c'è anche chi è bravo a cavalcare il disagio... Ma si è trattato di una scelta obbligata.

Si spieghi.

Nel Lazio c'era un fenomeno di proliferazione dei letti d'ospedale che cozzava con le direttive provenienti dal ministero della Sanità. Penso al settore della riabilitazione. A livello nazionale si è stabilito da anni che in quest'ambito la proporzione doveva essere di 0,7 letti per mille abitanti. Nella nostra regione ce n'erano 1,4 per lo stesso numero di residenti, vale a dire il doppio. Possiamo pensare che solo nel Lazio il numero di pazienti da riabilitare fosse di due volte superiore rispetto a quello della media nazionale? No. C'era un'evidente stortura nel sistema. Se la Polverini non fosse intervenuta per ridurre il numero di letti il Lazio sarebbe finito fuori norma e le conseguenze per i cittadini sarebbero state disastrose.

In che senso?

Per tutelare la salute dei cittadini bisogna realizzare un sistema efficiente, efficace e appropriato. Se ricoveriamo una persona in condizioni gravi in una struttura che non possiede specialità e non è adeguata, perché i soldi pubblici sono impiegati male, rischiamo di farlo finire in una tomba. Se invece organizziamo una rete sanitaria con i cosiddetti spoke hub e basata su un sistema di spesa sano, tutti avranno a disposizione un'eccellenza straordinaria di riferimento al fianco di eccellenze intermedie e saremo in grado d'individuare adeguati percorsi di cura, le famose macroaree, che rappresentano una garanzia per la salute dei cittadini del Lazio.

Quali risultati si possono raggiungere con il modello organizzativo che sta proponendo?

La sanità italiana è la seconda in Europa dopo quella francese. Ci sono, quindi, le premesse per fare qualcosa d'importante. Proseguendo sulla strada intrapresa il Lazio può diventare un modello sanitario all'avanguardia nel nostro Paese.

SANITA', APPROVATO DALLA GIUNTA IL NUOVO REGOLAMENTO SU NOMINE PRIMARI E DIRETTORI GENERALI

A decidere sarà una commissione composta dal direttore dell'asl interessata e da due primari sorteggiati

Su proposta della presidente della regione Umbria Catuscia Marini, la giunta 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 n.3/1998 sull'ordinamento del Sistema sanitario umbro in merito alla nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie.

In particolare, per quanto riguarda la commissione tecnica (costituita da 3 membri: il direttore sanitario dell'azienda e due primari della disciplina oggetto della selezione), cui spetta di 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 il numero di otto nominativi a livello regionale, si provvederà ad integrare l'elenco con disponibilità di altre regioni.

La designazione dei nominativi dei componenti la commissione avviene per sorteggio. Inoltre, non possono essere inseriti nell'elenco dei 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.

Nel provvedimento viene confermata la preventiva autorizzazione della Giunta regionale alla copertura del posto, con l'introduzione del vincolo che 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 due 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 specifica tempistica, anche avvalendosi di apposite strutture di valutazione.

Il sistema di valutazione prevede, inoltre, l'acquisizione preventiva dei pareri degli "Ati" (che hanno sostituito la Conferenza dei Sindaci), della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale e del consiglio regionale.

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 tale da costituire pregiudizio all'equilibrio economico dell'azienda; mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla regione, mancata realizzazione degli obiettivi previsti negli atti della 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 dieci anni e comunque per non più di due mandati.



Ex assessori Montemarano e Abbamonte indagati per assunzioni irregolari

NAPOLI - Gli ex assessori regionali della Campania, Angelo Montemarano, alla Sanità, e Andrea Abbamonte, al Personale, sono indagati con le accuse di falso e abuso d'ufficio per avere assunto illegalmente due dirigenti dello staff di Montemarano.

La vicenda risale al 2005, quando i due - che si erano laureati rispettivamente da una settimana e da quindici giorni - furono assunti come dirigenti regionali senza alcun contratto e senza avere i requisiti di legge, in particolare un'esperienza quinquennale come dirigenti.

Secondo la ricostruzione fatta dal pm Stefania Buda, la delibera fu preparata e portata in giunta da Abbamonte, dopo una richiesta scritta da parte di Montemarano, che all'epoca era assessore alla Sanità.

Per le stesse accuse è indagata anche una dirigente dell'assessorato al Personale che avrebbe predisposto la delibera omettendo di fare le verifiche del caso. Ai tre è stato notificato nei giorni scorsi un avviso di chiusura delle indagini preliminari.

Martedì 17 Maggio 2011 -

Quotidiano Cremona

La Provincia

18-MAG-2011

Diffusione: 22.386

Lettori: 135.000

Quotidiano di Cremona e Crema

Direttore: Vittoriano Zanolli

da pag. 30

Infermieri e fisioterapisti in farmacia

Dal 4 maggio 2011 infermieri e fisioterapisti potranno erogare specifici servizi all'interno delle farmacie: è quanto dispone il Decreto emanato dal Ministro della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 90 del 19 aprile 2011. Le prestazioni possono essere erogate a carico del Servizio Sanitario Nazionale, sotto la vigilanza dei preposti organi regionali, previa prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

Presso le farmacie sono erogabili dagli infermieri: supporto alle determinazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo; effettuazione di medicazioni e di cicli inattivi intramuscolo; attività concernenti l'educazione sanitaria e la partecipazione a programmi di consulenza, anche personalizzato; iniziative finalizzate a favorire l'aderenza dei malati alle terapie. A domicilio del paziente sono erogabili dagli infermieri, le prestazioni prescritte dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

Da parte sua, il fisioterapista può erogare all'interno della farmacia la definizione del programma prestazionale volto alla prevenzione, all'individuazione ed al superamento del bisogno riabilitativo; l'attività terapeutica per la rieducazione funzionale delle disabilità motorie, psicomotorie e cognitive e viscerali; la verifica delle risposnde della metodologia riabilitativa attuata agli obiettivi di recupero funzionale. Alle farmacie è fatto obbligo di rispettare tutti i requisiti relativi ai settori professionali, sanitari e tecnico-strutturali, previsti dalla normativa statale, regionale e comunale vigente.

La riforma è stata pensata soprattutto per le persone anziane. L'Italia è uno dei Paesi più vecchi del mondo e crescerà la richiesta di piccole prestazioni diagnostiche e terapeutiche da effettuare con facilità e la garanzia di professionalità.

Salemi, maxisequestro di beni al re della sanità «Pressioni sulla giunta Sgarbi»

di LUCIO GALLUZZO

TRAPANI - Beni per un valore di 35 milioni di euro sono stati sequestrati a Giuseppe Giammarinaro, 65 anni, politico di lungo corso transitato dalla Dc all' Udc, deputato regionale, amministratore di Asl. Il sequestro, richiesto dal Questore, è stato concesso dalla sezione misure di prevenzione del Tribunale. Contestualmente al politico e ad altri 6 suoi presunti prestanome è stato notificato un avviso di garanzia per riciclaggio e di conclusione di indagini per intestazione fittizia di beni.

Giammarinaro è stato tra gli sponsor della candidatura di Vittorio Sgarbi a sindaco di Salemi. L'accusa che ha provocato il sequestro dei beni sostiene, tra l' altro, che l'ex esponente Dc avrebbe condizionato la giunta di Sgarbi, persino partecipando, pur senza titolo, ad alcune sue riunioni. Oliviero Toscani, ex assessore a Salemi, avrebbe confermato agli inquirenti il ruolo improprio di Giammarinaro, rivolto a condizionare le decisioni. Proprio questa connection Giammarinaro-Giunta di Salemi ha acceso le polemiche alla vigilia del debutto su Rai Uno) del talk show condotto dal critico d'arte. Infatti per Laura Garavini, capogruppo del Pd in Antimafia, «è inopportuno»

mandare in onda Sgarbi, che «non ha mai preso le distanze da Giammarinaro, anzi lo ha difeso quando Oliviero Toscani si è dimesso da assessore». Chiarimenti ai vertici Rai chiede poi Vinicio Peluffo, componente per il Pd della Commissione di Vigilanza. Veemente la replica di Sgarbi: «Si fanno riemergere i fantasmi del passato - replica il critico d' arte - per affermare l'opposto del vero. Quella di Salemi è stata ed è una grande rivoluzione, contrastata, com'era prevedibile, più dalla facile retorica dell'antimafia che dalla effettiva capacità di condizionamento di Giammarinaro, pari a zero».

Giammarinaro è accusato anche di avere fatto eleggere all'Ars Pio Lo Giudice (poi passato a Fli) pretendendo però sia di teleguidarlo politicamente sia di ricevere 200 mila euro per le spese sostenute. Una pretesa, quest' ultima, che sarebbe stata accolta dal ministro Saverio Romano, allora segretario Udc, che gli girò una quota del rimborso elettorale. Il ministro ha commentato la citazione del suo nome nel fascicolo processuale osservando che «Giammarinaro è una persona perbene».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Sulla sanità cupola
del malaffare
Maxisequestro di beni*

MIRA A PAGINA 11

Sicilia, sulla sanità cupola del malaffare

*Colpito il «ras degli ospedali»: sequestro per 35 milioni
Giammarinaro era stato inquisito anche per mafia*

lotta a cosche

Gli stretti rapporti con Totò Cuffaro e il ministro Saverio Romano, incontrato malgrado fosse sorvegliato speciale

DA ROMA ANTONIO MARIA MIRA

Gli affari della sanità, i condizionamenti degli enti locali, moltissimi soldi, prestanome e politici (anche nazionali). E, soprattutto, la mafia trapanese, consolidato intreccio tra economia, politica e istituzioni, quella "borghesia mafiosa" che fa affari e protegge il superlatitante Matteo Messina Denaro. È quello che emerge dall'"Operazione Salus Iniqua" condotta ieri dalla Polizia e dalla Guardia di Finanza. Un mega sequestro di beni per 35 milioni di euro, cliniche, laboratori e altre strutture sanitarie, edifici e auto, conti bancari, riconducibili - secondo le indagini, coordinate dal capo della Divisione anticrimine della Questura, Giuseppe Linares - a Giuseppe Giammarinaro, ex deputato regionale, prima con l'Udc di Totò Cuffaro e dell'attuale ministro Saverio Romano (che ieri lo ha difeso) e poi col Biancofiore, ma soprattutto il dominus della sanità trapanese, in grado di condizionare illecitamente il sistema dei rimborsi delle strutture convenzionate, ma anche influenzare la politica locale e regionale. «Esprime», si legge nel provvedimento - un meccanismo d'azione e d'intervento del tutto assimilabile a quello mafioso, ossia caratterizzato dalla costruzione di un reticolo clientelare dotato di forza e capacità pervasiva».

Un sequestro anticipato di beni emesso dal tribunale di Trapani, su proposta del questore, Carmine Esposito, reso possibile da una norma introdotta dal "pacchetto sicurezza" del 2009, per evitare ulteriori commissioni di reato. E al quale si affianca l'indagine penale che avrebbe sei indagati con l'ipotesi di di riciclaggio e intestazione fittizia di beni. Giammarinaro, 65 anni, avrebbe gestito

per anni i suoi illeciti interessi malgrado le pendenze giudiziarie. Assolto su richiesta della Procura di Palermo dall'accusa di associazione mafiosa, ma condannato per peculato e abuso d'ufficio, il ras della sanità trapanese incontrava politici, discuteva di affari e gestiva cliniche e centri sanitari attraverso prestanome e familiari, nonostante fosse costretto al soggiorno obbligato nel suo comune di residenza, Salemi, feudo dei cugini Nino e Ignazio Salvo.

Tra i maggiori sponsor elettorali del critico d'arte Vittorio Sgarbi, sindaco del paese trapanese, era solito sedere tra i banchi degli assessori e discutere della politica cittadina nonostante non ne avesse alcun titolo. Lo ha raccontato ai pm il fotografo Oliviero Toscani, ex assessore a Salemi poi dimissionario, che ha parlato di «pesanti condizionamenti» nella gestione amministrativa da parte dell'indagato. Fino al punto di bloccare l'assegnazione a Libera di un terreno confiscato al boss Salvatore Miceli, ma abbandonato da 10 anni. «Tutto falso», replica Sgarbi.

Le indagini, si legge ancora, hanno evidenziato come l'influenza di Giammarinaro «fosse correlata al legame politico e patrimoniale intrattenuto con l'allora presidente della Regione Salvatore Cuffaro e con l'ex dirigente Udc Saverio Romano», oggi esponente dei Responsabili e ministro delle Politiche agricole, e con dirigenti regionali presso la Asl 9 di Trapani. «In varie occasioni sono stati documentati, anche con l'ausilio di filmati - viene spiegato - incontri tra Giammarinaro e Saverio Romano, con il quale scambiava biglietti». Una condotta, «attuata nonostante i vincoli formali della misura di prevenzione cui era sottoposto». «Ho sempre incontrato Pino Giammarinaro, che conosco da oltre 20anni come tutti i politici siciliani, - ha replicato Romano - alla luce del sole».

Ma il nome del ministro compare più volte nei documenti dell'inchiesta. Come per la vicenda dell'elezione a deputato regionale del medico Pio Lo Giudice. È emerso, in particolare, come «fosse stato indotto» da Giammarinaro a candidarsi garantendogli il suo appoggio personale. Ma poi, una volta eletto, gli fece intendere che «sarebbe durato in carica solo se fosse stato allineato alle sue direttive». Un pressing spaventoso il cui scopo, aggiungono gli inquirenti, era «condizionarne le

scelte politiche e indurlo alla elargizione di ingenti quantità di denaro». È emerso che Lo Giudice «aveva poi chiesto al senatore dei Responsabili, attuale ministro alle Politiche agricole Saverio Romano, di ricevere qualche rimborso dal partito per le spese elettorali, apprendendo da questi che era stato erogato in suo favore un contributo di almeno 40mila euro, somma che però era già stata consegnata a Giammarinaro». Romano «aveva anche spiegato a Lo Giudice che la consegna di tale somma di denaro a Giammarinaro non era nota a nessun altro».

Secondo gli inquirenti l'uomo partecipava - senza titolo - anche alle riunioni della giunta di Salemi il cui sindaco è Vittorio Sgarbi, che nega



Lavoro. L'obbligo del sistema di trasmissione telematica degli attestati di malattia divide l'amministrazione e gli operatori

Certificati online, avvio incerto

La Funzione pubblica: «A regime dal 18 giugno» - Le imprese: «Serve più tempo»

Andrea Carli
MILANO

L'operatività del sistema di trasmissione telematica dei certificati di malattia diventa un rebus per le imprese. Per la Funzione pubblica, infatti, il periodo transitorio di tre mesi - terminato il quale il nuovo meccanismo entrerà a regime e i datori di lavoro privati non potranno più chiedere ai dipendenti di inviare la copia cartacea del certificato ma dovranno ricorrere ai servizi dell'Inps - è partito dal 18 marzo. Da quando, cioè, è stata pubblicata sul sito la circolare 4 firmata dalla stessa Funzione pubblica e dal ministero del Lavoro. Tra un mese esatto, dunque, il 18 giugno, le imprese dovranno aderire al sistema (si veda «Il Sole 24 Ore» del 25 marzo). Per le organizzazioni datoriali, invece, i tre mesi partiranno solo dal momento in cui la circolare, che è in attesa di registrazione presso la Corte dei conti, sarà pubblicata sulla «Gazzetta Ufficiale». Concluso questo periodo, e solo allora, le aziende dovranno garantire un adeguamento completo al nuovo sistema.

Asostegno della posizione ministeriale potrebbe esserci la legge 69/09: dal 2010 gli obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi che hanno effetto di pubblicità legale si intendono assolti con la pubblicazione nei propri siti da parte delle amministrazioni. Ma questa disposizione può valere anche per la circolare della Funzione pubblica che, per esempio, non è stata ancora registrata? Dubbi che lasciano le imprese davanti a un rebus.

In generale, l'articolo 25 della legge 183/2010 (collegato lavoro), in vigore dal 24 novembre, ha uniformato il regime del rilascio e della trasmissione delle certificazioni per i casi di assenza per malattia dei dipendenti dei settori pubblico e privato, comprese le sanzioni nei confronti dei medici del Ssn eventualmente inadempienti. La circolare 4 del 18 marzo ha previsto l'obbligo per le aziende di utilizzare i servizi messi a disposizione dall'Inps, con conseguente esonero del lavoratore in malattia dall'invio dell'attestato

(l'assenza va comunque comunicata in maniera tempestiva). «Onde assicurare un'applicazione omogenea della normativa - si legge nel documento firmato dai ministri per la Pa e del Lavoro - si ritiene opportuno precisare che, tenuto conto dell'esigenza di garantire l'adeguamento di tutti gli operatori al nuovo sistema, per tre mesi successivi alla data di pubblicazione della presente circolare, è riconosciuta comunque la possibilità per il datore di lavoro del settore privato di richiedere al proprio lavoratore l'invio, secondo le modalità attualmente vigenti, della copia cartacea dell'attestazione di malattia».

Questo quanto dicono le fonti. Per le aziende c'è, però, in primo luogo, un problema organizzativo: con la nuova procedura una o più persone dovrà essere dedicata alla gestione dei certificati, il che, nel contesto di una piccola e media impresa, non sempre è facile. Ancora: alcuni software utilizzati dai medici non sono compatibili con il «Sac», il cervellone che inoltra i certificati all'Inps; non tutti i medici hanno il Pin. La circolare di marzo, poi, ha previsto un comitato tecnico di monitoraggio di cui dovrebbero far parte, oltre ai rappresentanti dei ministeri e dell'Inps, anche quelli delle confederazioni sindacali dei datori di lavoro e dei medici di medicina generale comparativamente più rappresentative a livello nazionale. A oggi il comitato non si è riunito (secondo fonti ministeriali è in via di convocazione). Le organizzazioni datoriali sottolineano, poi, che la trasmissione telematica dei certificati medici e l'addio alla carta è la strada giusta, ma serve tempo per adeguarsi al nuovo meccanismo. Il periodo transitorio dovrebbe durare almeno un anno.

andrea.carli@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERPRETAZIONE

Per le organizzazioni datoriali il transitorio di tre mesi dovrà partire solo dopo l'«avviso» sulla Gazzetta Ufficiale

I passaggi

1 LA NUOVA PROCEDURA



In tutti i casi di assenza per malattia, la certificazione medica viene inviata per via telematica direttamente dal medico (o dalla struttura sanitaria che la rilascia) all'Inps. Più in particolare, il medico certificatore invia il certificato al Sac (acronimo di «Sistema di accoglienza centrale») gestito dal ministero dell'Economia. A sua volta il sistema inoltra questi documenti all'Inps. Al medico invece dà il numero identificativo per stampare il certificato e l'attestato da dare al lavoratore

2 DALL'INPS I CERTIFICATI



L'Inps mette immediatamente a disposizione dei datori di lavoro, pubblici e privati, gli attestati di malattia relativi ai certificati ricevuti. Le modalità sono due: in primo luogo è possibile accedere in maniera diretta al sistema Inps, grazie alle credenziali messe a disposizione del datore di lavoro dall'istituto di previdenza (si veda la circolare Inps 60/2010). Una seconda modalità vede l'istituto di previdenza inviare l'attestato all'indirizzo pec indicato dal datore di lavoro

3 IL PERIODO TRANSITORIO



In base alla circolare congiunta n. 4 del 18 marzo, firmata dal Dipartimento della Funzione pubblica e dal ministero del Lavoro, «per tre mesi successivi alla data di pubblicazione della presente circolare» è riconosciuta comunque la possibilità per il datore di lavoro del settore privato di chiedere al proprio lavoratore l'invio, secondo le modalità attualmente vigenti, della copia cartacea dell'attestato rilasciato dal medico

4 INTERPRETAZIONI DIVERGENTI



In base all'interpretazione ministeriale, il periodo transitorio è partito il giorno di pubblicazione della circolare, il 18 marzo. La nuova procedura sarà pienamente operativa per le aziende il 18 giugno. Per le organizzazioni datoriali, invece, il periodo transitorio non è iniziato il 18 marzo scorso ma decorrerà alla data di pubblicazione sulla «Gazzetta ufficiale» della circolare n. 4 (in attesa di registrazione presso la Corte dei conti)



Sanità pubblica e privata: proposte per migliorarne l'efficienza

Non occorre fare emergere un vincitore fra i due settori: il problema si chiama integrazione

Spesa statale, diritti del malato, dignità umana

La sola parola Sanità evoca, in chi la sente, sensazioni contrastanti, dall'eccellenza alla mala sanità. Nel caso si ponga accanto alla parola sanità l'aggettivo "pubblico" o "privato", le sensazioni individuali divergono ancora di più.

Il termine "privato" in Sanità è da intendere quasi esclusivamente come una condizione di regime semi-pubblico, nel senso che la prestazione sanitaria è erogata dalla struttura privata, ma la prestazione viene pagata dalla Regione.

La Sanità privata opera in regime di convenzione. In genere le Regioni destinano alla Sanità privata un certo numero di prestazioni di fascia qualitativamente alta.

L'aggiudicazione di questo pacchetto di prestazioni garantisce all'Azienda privata di ricevere dalla Regione compensi previsti dal bando di gara.

Con il sistema delle valutazioni delle prestazioni sanitarie (DRG), di fatto, la Regione riconosce analoghi compensi/prestazione alle Aziende Ospedaliere pubbliche.

Se tale è il sistema, dal momento che la Regione compensa alla stessa maniera Aziende pubbliche e private, il comune cittadino tende a domandarsi come mai la Sanità pubblica accumuli deficit economici, provochi disagi ai cittadini ed eroghi prestazioni sanitarie talvolta non ineccepibili, mentre la Sanità privata sembra, nel comune sentire, saper dare prova di maggiore efficienza sanitaria di mantenere una corretta gestione economica.

Tralasciando i luoghi comuni, la Sanità privata opera, più frequentemente, in ambiti di alta specializzazione, non interessandosi di interventi di media/bassa specializzazione che la Regione riserva alla Sanità pubblica.

Strutture

Le strutture, sia logistiche che strumentali, della Sanità pubblica sono mediamente superiori rispetto a quelle private. Il vero "gap" sta nell'organizzazione e nella quali-

tà del personale.

La forte ingerenza della politica nella Sanità pubblica, oltre a gonfiare gli organici e a non consentire una vera elezione di medici, paramedici, generici, amministrativi, interviene pesantemente, in consorzio con il sindacato, nell'organizzazione, impedendo di attivare un solido sistema premiante che consenta di riconoscere in modo diversificato il merito e l'impegno degli Operatori sanitari.

Il punto cardine dell'organizzazione delle strutture private sta nella possibilità di selezionare accuratamente il personale in generale e quello medico in particolare, talvolta cercandolo anche all'estero, sottoscrivendo contratti temporanei con specialisti degli ambiti sanitari che onnotano l'attività delle strutture sanitarie del gruppo.

La scarsa pratica della managerialità nella conduzione della Sanità pubblica è il condizionamento più negativo che, purtroppo, la caratterizza.

Dal confronto tra Sanità pubblica e privata non emerge un vincitore, ma matura la convinzione che la Sanità privata, nell'attuale quadro normativo, pur mantenendo una posizione di nicchia nel Sistema Sanitario Nazionale, attraverso l'ottimizzazione delle risorse umane ed economiche, può garantire prestazioni di alto livello qualitativo.

La Sanità pubblica può migliorare la sua efficienza potendo essere gestita con criteri manageriali e ripristinando principi meritocratici nella gestione del personale a tutti i livelli.

Stesso piano

Il Servizio Sanitario Nazionale è pubblico ed è erogato da aziende pubbliche e private che stanno sullo stesso piano e devono rispondere alle stesse esigenze di programmazione ed ai medesimi requisiti di qualità organizzativa strutturale e tecnologica.

In questo ambito gli Ospedali pubblici e privati sono

“accreditati” ed il cittadino può liberamente scegliere da chi e dove farsi curare restando a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Ma mentre le strutture private sono pagate per ciò che producono, le pubbliche, fino ad ora, sono state pagate per ciò che costano, a piè di lista.

Non è una differenza da poco!

In mezzo c'è, in pratica, il finanziamento degli immani sprechi degli Ospedali pubblici nel quale annegano e sono mortificate le tantissime eccellenze del nostro sistema.

L'Ospedalità privata, investendo risorse in centri di eccellenza che danno al nostro Paese prestigio a livello internazionale, predilige, nella scelta degli investimenti, le nuove frontiere della ricerca applicata e della medicina del futuro.

Un altro punto importante da tenere in considerazione è che, alla luce delle sostanziali differenze a livello economico e sociale che differenziano il Sud dal Nord e viceversa, non si può pensare a un contratto collettivo nazionale unico per tutto il territorio del nostro Paese ma, in modo più responsabile, a un contratto nazionale più snello che rinvii a contratti integrativi atti, nelle singole realtà territoriali, a trovare risposte equilibrate sia alle esigenze di cambiamento di modelli contrattuali obsoleti, sia alle legittime aspettative dei lavoratori e alle oggettive difficoltà che le gestioni di strutture private incontrano nell'adeguarsi ai trattamenti concessi nelle realtà economicamente più forti e produttive del Paese.

Un problema, questo, che, ancora senza risposte esaustive, accompagna il cammino del federalismo fiscale.

Abbiamo già visto che l'amministrazione pubblica regola e coordina l'offerta sanitaria sia a livello nazionale che regionale, senza pretendere di gestirla in regime di monopolio.

Questo consente di limitare il rischio di inefficienza e di cattivo utilizzo delle risorse a disposizione del sistema.

In effetti, la tutela della salute rappresenta un obiettivo dell'intero sistema sociale e, come tale, non può essere un compito esclusivo del settore pubblico.

In particolare, non si possono escludere i soggetti privati che vogliono contribuire alla realizzazione di tale obiettivo.

Il settore privato può contribuire in maniera significativa al miglioramento delle caratteristiche dell'offerta sanitaria attraverso capitali, organizzazione aziendale e cultura manageriale.

Nel nostro Paese, già con le prime riforme del sistema all'inizio degli anni Novanta, gli istituti privati eroganti servizi sanitari sono passati dal proporre un'offerta addizionale rispetto agli istituti pubblici, al fornire un'offerta concorrenziale e sostitutiva rispetto a quella pubblica.

Inoltre, dal punto di vista normativo, lo strumento delle convenzioni gestite a livello nazionale, tipico del Sistema Sanitario Nazionale sino alla metà degli anni Novanta, è stato gradualmente sostituito dai sistemi regionali di accreditamento e di finanziamento.

Peraltro, la progressiva attribuzione alle Regioni della competenza in materia di Sanità e della gestione del sistema sanitario, culminata con la riforma del titolo V della Costituzione, ha portato ad una profonda differenziazione territoriale del ruolo dei privati, che varia da una Regione all'altra.

Riformismo

Tra la fine degli anni Novanta e i primi anni del Duemila ha preso corpo un'ondata riformistica, il cui filo conduttore è consistito nella tutela dei diritti del malato e nel riconoscimento ai pazienti di maggiore libertà di scelta. Parlando di diritti fondamentali del paziente si fa riferimento a garanzie quali: il diritto a essere trattati con dignità; il diritto alla privacy; il diritto del paziente a ricevere tutte le informazioni relative ai trattamenti cui deve sottoporsi; il diritto ad esprimere il proprio consenso al trattamento; il diritto al reclamo e al risarcimento; il diritto ad accedere alla propria cartella clinica; il diritto ad una “second opinion”.

In parte collegato con il tema dei diritti del paziente è quello della “tempestività delle cure”. Tra i diritti del paziente andrebbe infatti incluso anche quello di essere

Quotidiano

**LA VOCE
REPUBBLICANA**

18-MAG-2011

Diffusione: n.d.

Lettori: n.d.

Direttore: Francesco Nucara

da pag. 4

curati in tempi ragionevolmente brevi.

Quello delle lunghe liste d'attesa è invece un punto dolente che coinvolge anche molti Servizi sanitari al di fuori dei nostri confini geografici.

Ormai, da qualche anno, nei Paesi del Nord Europa il problema delle liste d'attesa viene affrontato attraverso la strategia del "Tempo massimo d'attesa garantito".

In Svezia, ad esempio, a partire dal 2005, il servizio pubblico si impegna a rispettare la formula "0-7-90-90". Tale formula significa: zero attesa per avere il primo contatto con il Sistema sanitario; un'attesa massima di 7 giorni per essere visitati da un Medico di famiglia; un massimo di 90 giorni per il consulto di uno Specialista; un intervallo non superiore a 90 giorni tra la diagnosi e l'inizio del trattamento terapeutico o dell'intervento chirurgico.

Per far sì che i cittadini ricevano le cure nel minor tempo possibile, viene loro riconosciuto il diritto a recarsi in qualunque struttura ospedaliera, sia pubblica che privata, anche al di fuori della contea di residenza. Grazie alla strategia del "Tempo massimo d'attesa", Svezia, Norvegia e Danimarca stanno ottenendo ottimi risultati, che hanno portato le liste d'attesa ad accorciarsi sensibilmente.

Per questa ragione il modello nordico è oggi considerato un "benchmark", che altri Paesi stanno tentando di emulare.

Un insieme

L'offerta sanitaria garantita dal settore pubblico rappresenta un insieme omogeneo di servizi e di prestazioni. Lo stesso non può dirsi del settore privato.

In Italia, l'offerta privata di servizi sanitari è caratterizzata da una significativa eterogeneità sotto diversi aspetti.

Mentre l'offerta fornita dalle Aziende sanitarie pubbliche è sempre molto ampia, l'estensione dell'offerta privata

varia molto e tende spesso a specializzarsi in particolari ambiti di intervento, determinati da specifiche competenze del personale o da particolari richieste da parte dell'utenza che insiste nell'area di intervento della struttura. In particolare, tale varietà si riflette sulle dimensioni e sulla complessità organizzativa delle strutture private, che possono spaziare dal piccolo ambulatorio specialistico alla casa di cura plurireparto.

Oggi gli Ospedali devono affrontare nuove sfide e adattarsi al crescente invecchiamento della popolazione, alla diffusione di nuove malattie, allo sviluppo delle tecnologie mediche e farmaceutiche, all'aumento delle aspettative da parte dell'opinione pubblica e ai nuovi meccanismi di finanziamento.

Alcune tendenze, tra cui l'aumento del ricorso alle cure domestiche, sembrano in costante crescita, ma in generale è piuttosto difficile fare previsioni sulle questioni legate alla Sanità, come ad esempio lo sviluppo delle nuove tecnologie.

A causa di questa imprevedibilità gli aspetti chiave delle nuove strutture ospedaliere risiedono proprio nella loro flessibilità e nella loro capacità di adattamento ai cambiamenti.

Sulla base di queste analisi, sia di carattere tecnico che politico, si auspica che nel nostro Partito si aprano opportunità di confronto, di proposizioni, di critiche costruttive, al fine di raggiungere l'obiettivo di stilare un programma che preveda lo sviluppo di una serie di punti programmatici volti a migliorare l'efficienza della Sanità, sia pubblica che privata, anche nel rispetto del contenimento della spesa pubblica, senza mai dimenticare l'importanza di preservare la dignità della persona che necessita di cure.

Pasquale Cardona,
componente Direzione nazionale Pri

In breve**RICONOSCIMENTO**

Importante riconoscimento scientifico per il prof. Franco Corcione, primario di chirurgia generale del Monaldi. Con un proprio decreto il ministro della Sanità Fazio lo ha nominato come consulente, unico per la branca di chirurgia generale, del Consiglio Superiore di Sanità. Il prof. Corcione è da anni impegnato nella ricerca e nella specializzazione della chirurgia laparoscopica per la quale ha anche ottenuto numerosi attestati scientifici internazionali. Una chirurgia che utilizza nuove tecnologie, metodiche operatorie innovative e approcci avveniristici. La chirurgia del domani parte quindi da Napoli, grazie al prof. Corcione.

Edizione

Palermo

la Repubblica

del 18.05.2011

da pag. IV

La polemica

Audizione all'Ars sul decreto Russo

**Ambulatori in clinica
duello fra Aiop
e specialisti privati**

BRACCIO di ferro tra specialisti convenzionati e Aiop sulla norma che consentirebbe alle case di cura di aprire ambulatori convenzionati. La clausola è contenuta nel decreto con cui l'assessorato assegna il budget annuale alle cliniche, vergato e sospeso nel giro di 24 ore dopo le proteste del presidente della commissione Sanità all'Ars Giuseppe Laccoto. Ieri la commissione ha ascoltato le istanze delle due parti e stabilito l'apertura di un tavolo tecnico tra assessorato e specialisti convenzionati per ridiscutere la querelle.

I sindacati degli specialisti convenzionati hanno rivendicato la necessità di potenziare i loro servizi sul territorio, bocciando la norma che estende la convenzione e puntando l'indice contro il taglio del 34 per cento subito col piano di rientro, a fronte del 7 per cento delle case di cura private. Poi la commissione ha ascoltato Barbara Cittadini, presidente dell'Aiop, che della norma è promotrice.

A giorni sarà ascoltato anche l'assessore Massimo Russo. Dovrà illustrare i contenuti del "decreto della discordia" e spiegare perché ha ignorato le richieste della commissione di esaminare il decreto prima della firma. «Siamo sempre più convinti — ribadisce il presidente dell'organo parlamentare Giuseppe Laccoto — che è prerogativa della commissione dare il via libera alla norma».

g.sp.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Edizione

QUOTIDIANO DI SICILIA
SICILIA IMPRENDITORIALE

del 18.05.2011

da pag. 2

24-26 maggio: Palermo capitale europea della Sanità

Forum Mediterraneo innovazione al centro

Russo: "Cancellare immagine di arretratezza"

PALERMO - Palermo sarà per tre giorni la capitale europea della sanità. Dal 24 al 26 maggio si svolgerà, infatti, la prima edizione del "Forum del Mediterraneo", evento scientifico di straordinario rilievo internazionale che vedrà la presenza in Sicilia di autorevoli rappresentanti della medicina mondiale e delle più importanti società scientifiche oltre a rappresentanti dei Ministeri della Salute dei Paesi dell'area del Mediterraneo.

Il Forum si svolgerà al Teatro Politeama di Palermo e prevede numerose sessioni che saranno ospitate in quattro sale diverse mentre all'esterno, in piazza Ruggero Settimo, verrà allestita la "Piazza della Salute", area espositiva dove, in appositi stand, saranno presentate le migliori esperienze del servizio sanitario regionale nel campo della prevenzione, della cura e dell'assistenza.

Il tema del Forum è quello dell'innovazione in sanità e di come garantire il governo dell'innovazione insieme a un elevato indice di qualità e sicurezza nell'assistenza sanitaria.

Verrà dato rilievo alle migliori esperienze regionali in tema di promozione della salute e ci sarà un confronto con i modelli sanitari delle altre regioni italiane per favorire lo sviluppo di elementi di miglioramento.

"Vogliamo cancellare definitivamente l'immagine di arretratezza, inefficacia e spreco che ha caratterizzato la sanità siciliana negli scorsi decenni - spiega l'assessore regionale per la Salute Massimo Russo -. Dal "Forum" del Mediterraneo deve partire un serio dialogo con gli operatori sanitari, le organizzazioni di volontariato e di tutela degli utenti per ricostruire il tessuto connettivo di una sanità moderna ed efficiente, coerente con le attese dei cittadini per riaffermare il diritto alla tutela della salute nei contenuti più autentici. Il confronto con le altre esperienze del paese non può che essere un'occasione per migliorarsi".

Uno dei momenti più attesi è previsto per il 24 maggio. Al dibattito su "Qualità e sicurezza nelle cure", sarà presente il professor Charles DeLisi, responsabile del "Progetto genoma umano", preside emerito dell'Università di Boston, che ha legato il suo nome ad uno dei progetti più importanti dell'esperienza scientifica umana, che ha prodotto effetti epocali sulla biologia con rilevanti ricadute nel campo medico.

**Uno dei momenti più
attesi il dibattito su
"Qualità e sicurezza
delle cure"**

quotidiano **sanità.it**

CdA Enpam: revisione delle tassazioni e una legge per confermare la natura privata della Cassa

Una richiesta esplicita a Parlamento e Governo “a riconsiderare tutta la politica fiscale, profondamente iniqua, messa in atto nei confronti delle Casse privatizzate”, mentre il CdA della cassa di previdenza dei medici “si appresta ad assumere importanti decisioni per garantire gli equilibri di bilancio e ad imporre sacrifici ai propri iscritti”.

17 MAG - Il Consiglio di Amministrazione dell'Enpam sta preparando l'annunciata "riforma" del proprio sistema pensionistico, che comporterà certamente un aumento delle aliquote per gli iscritti. Intanto però chiede interventi da parte del Parlamento e del Governo che non aggravino ulteriormente la situazione della Fondazione.

Le richieste vanno in due direzioni. Innanzi tutto, il CdA chiede che "in sede legislativa venga ribadita in maniera inequivocabile la natura privata della Fondazione", ricordando che il suo inserimento negli elenchi Istat come "amministrazione pubblica" aveva "fini puramente ed esclusivamente statistiche".

Ma il CdA chiede anche di "riconsiderare tutta la politica fiscale, profondamente iniqua, messa in atto nei confronti delle Casse privatizzate", proponendo sei interventi che dovrebbero essere messi in atto dal Parlamento e dal Governo, che vanno dall'eliminazione del regime di "doppia tassazione" cui è sottoposto il patrimonio immobiliare della Cassa, fino allo spostamento dall'Inps all'Enpam dei contributi provenienti dalle borse di studio dei medici specializzandi.

I sei interventi fiscali chiesti dal CdA Enpam

1. superare il regime della doppia tassazione, caso unico in Europa;
2. applicare alle Casse privatizzate lo stesso regime fiscale riservato agli Enti previdenziali pubblici e ai Fondi di previdenza complementare;
3. estendere la "cedolare secca" sugli affitti e la riduzione dell'IVA sui lavori di riqualificazione anche agli immobili di proprietà dalle Casse privatizzate;
4. valutare l'esistenza dell'equilibrio trentennale, richiesto alle Casse privatizzate dalla Finanziaria 2007, tenendo conto del valore attuale del patrimonio immobiliare e non del valore storico di acquisto (che, per effetto dell'inflazione e dell'aumento del valore degli immobili, è generalmente molto inferiore al reale);
5. che lo Stato assuma a suo carico una parte degli oneri per la ricongiunzione, presso le Casse che adottano il sistema retributivo, degli anni di laurea precedentemente riscattati presso l'Inps;
6. che le borse di studio dei medici specializzandi vengano assoggettate alla contribuzione Enpam e non più alla gestione separata dell'Inps (e che i contributi già versati all'Inps in base alla previgente normativa vengano trasferiti alla Cassa dei medici).

► Stato-Regioni ◀

Costi standard, il decreto è legge

Publicato in Gazzetta Ufficiale il provvedimento in materia di autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario e delle Province. La norma disciplina anche la determinazione di costi e fabbisogni standard nel settore sanitario

MAURO TONETTI

Nel decreto sono in particolare disciplinate la soppressione dei trasferimenti statali di parte corrente con carattere di generalità e permanenza, la compartecipazione delle medesime Regioni al gettito dell'Iva, l'addizionale regionale all'Irpef e l'Irap, che le Regioni possono ridurre fino all'azzeramento. Cinque articoli in tutto, sviluppati in tre pagine, che potrebbero cambiare il volto della sanità italiana. E segnare un decisivo passo avanti per l'attuazione del federalismo fiscale. Alla base di tutto c'è l'indivi-



duazione di regioni di riferimento (che faranno cioè da benchmark) corrispondenti a quelle che hanno chiuso in attivo il bilancio sanitario di due anni pri-

ma. Il finanziamento del Ssn per il 2011 e per il 2012 è già stato fissato con la Finanziaria 2010 e il Patto per la salute e poi decurtato con la manovra economica di questa estate.

Per il 2013 dunque, con riferimento all'anno di imposta precedente, cambia il calcolo dell'aliquota regionale dell'Irpef ed è determinata con decreto del presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro un anno (il 2012) in modo tale da garantire al complesso delle Regioni le stesse entrate di oggi (aliquota di base e trasferimenti soppressi) e a ciascuna regione spetta una quota di compartecipazione dell'Iva.

Per la sanità individuate le Regioni di riferimento, si procederà a suddividere la spesa in tre macroaree (assistenza collettiva 5%, distrettuale 51%, ospedaliera 44%), per poi calcolare per ciascuna area la spesa media procapite calcolata suddividendo il totale per la popolazione residente pesata (ovvero parametrata tenendo conto dell'età anagrafica).

Ottenuta così la spesa procapite per area, il finanziamento da concedere alle altre Regioni si calcolerà con una semplice moltiplicazione per il numero di residenti, parlando sempre di popolazione pesata.



L'udienza

A metà giugno si concluderà l'udienza preliminare a carico dell'ex manager dell'Asl Napoli 5, Gennaro D'Auria, e di altre otto persone, accusate sia di un buco per consulenze e incarichi legali, sia di aver fatto pressioni sui creditori dell'azienda sanitaria

Azienda, consumatori e farmacisti sono parte civile contro D'Auria

Inchiesta sulle consulenze: anche l'Asl chiede i danni

GIANLUCA DE MARTINO

Consulenze e buco nella sanità: Asl, associazioni dei consumatori e farmacisti chiederanno i danni agli imputati del procedimento penale per peculato, falso, abuso d'ufficio e violenza privata. Il gup De Angelis del Tribunale di Torre Annunziata, nell'ambito dell'udienza preliminare a carico dell'ex manager Gennaro D'Auria, dell'ex braccio destro Giuseppe Porcaro e di altri sette imputati, ha accolto le richieste di costituzione di parte civile, presentate da enti pubblici e soggetti privati, dichiaratisi parti lese nella vicenda del buco della sanità. Entrano nel processo come parti offese, quindi, l'Asl Napoli 3 Sud, che avrebbe subito, secondo l'accusa, un deficit di 150 milioni di euro a causa di battaglie giudiziarie e consulenze legali, concesse dall'ex direttore generale D'Auria e dal suo staff. Parti civili nel procedimento anche la Federfarma, organizzazione che comprende i farmacisti, alcune farmacie e ambulatori privati e le associazioni a tutela dei

consumatori. Questi soggetti si sentono danneggiati, direttamente o indirettamente, dalla condotta degli ex dirigenti dell'Asl Napoli 5 (poi trasformata in Asl Napoli 3 Sud), che avrebbe provocato un ammanco milionario per una serie di contenziosi legali affrontati durante la gestione D'Auria. Nella prossima udienza, fissata per metà giugno, l'udienza preliminare entrerà nel vivo dopo le prime fasi interlocutorie. Il sostituto procuratore Silvio Pavia, titolare dell'inchiesta coordinata dal procuratore aggiunto Raffaele Marino, prenderà la parola per rinnovare le richieste di rinvio a giudizio a carico di nove persone. Dopodiché sarà la volta delle arringhe del collegio difensivo. La Procura ha chiesto il rin-

vio a giudizio, oltre che per Gennaro D'Auria e Giuseppe Porcaro, anche per l'ex direttore amministrativo Ciro Pone, per l'ex direttore sanitario dell'Asl Na5, Manlio Carli, per i funzionari Lorenzo Labate e Anna Maria Aiello, e per gli avvocati civilisti Eduardo Di Natale, Eduardo Martucci e Giuseppe Ruocco. Secondo l'accusa l'ex manager avrebbe costretto i farmacisti convenzionati con l'Asl a ritirare le azioni legali pendenti nei confronti dell'Ente, minacciandoli di inviare nelle loro sedi le ispezioni della guardia di finanza. Un altro capo di imputazione è riferito ad un presunto sperpero di 150 milioni di euro per le casse dell'azienda sanitaria. Soldi che sarebbero svaniti, secondo la Procura, in consulenze affidate secondo criteri non trasparenti e per parcelle salatissime. Gli

imputati - secondo quanto scritto dai pm - "utilizzavano il denaro stanziato mensilmente per l'erogazione del servizio sanitario destinandolo ad un'attività difensiva giudiziale, seriale, inutile e comunque svolta solo formalmente a mezzo di legali esterni".

Gli imputati

La procura della Repubblica di Torre Annunziata ha chiesto il rinvio a giudizio di nove persone, tra cui D'Auria e l'ex braccio destro Porcaro, per le ipotesi di reato di peculato, abuso d'ufficio, falso e violenza privata. Coinvolti anche avvocati civilisti



Sanità

Federalismo fiscale: le criticità dei bilanci Ssn nell'audizione della Corte dei conti alla bicamerale

Audizione della Corte dei conti sullo schema di Dlgs per l'omogeneizzazione dei bilanci alla bicamerale sul federalismo fiscale: «Sul piano generale, appare decisiva la scelta di soluzioni che, da un lato, tengano conto della raccordabilità dei diversi livelli di governo e, dall'altro, facilitino l'allocazione e la gestione delle risorse. In tale contesto assume particolare rilievo il quadro normativo delineato per il settore sanitario che, come è noto, costituisce la quota nettamente prevalente delle risorse gestite in ambito regionale, attraverso il ricorso a specifici e diversificati moduli contabili e gestionali.

Sul piano attuativo, cruciale rilevanza riveste la copertura dei relativi fabbisogni informatici, che richiede il potenziamento dei sistemi informativi automatizzati, da ricondurre, comunque, nella specifica sezione della banca data unitaria della Pubblica amministrazione prevista dalla legge n. 196 del 2009. Con l'occasione sarebbe anche opportuno che le amministrazioni di cui all'art. 2, commi 1 e 2, adottassero un formato elettronico elaborabile nella predisposizione dei bilanci e degli altri documenti contabili previsti dal decreto in esame.

Il punto caratterizzante lo schema di provvedimento in esame, forse più di quanto si riscontra negli altri concomitanti decreti delegati già approvati od in corso di definizione, consiste nell'elevazione a livello normativo di principi e criteri generali, da specificare sul piano della concreta applicazione con successivi provvedimenti».

Il presidente della Corte Luigi Giampaolino ha ribadito alla Commissione la centralità del controllo svolto dalla Corte dei conti, per assicurare ai cittadini l'unità economica della Repubblica in questa fase di rafforzamento delle autonomie in ambito fiscale. In questo senso la Corte intende valorizzare e potenziare le articolazioni regionali della magistratura contabile. Una rilevanza che potrebbe essere ulteriormente rafforzata da una nuova normativa di certificazione uniforme dei bilanci delle aziende sanitarie «suscettibile di offrire nuove opportunità di analisi anche in sede di esercizio delle funzioni di controllo svolte in attuazione dell'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005 n. 266».

Un provvedimento quindi che la Corte giudica necessario e che per il recupero della dimensione finanziaria dei conti della sanità, deve essere correlato e raccordato con lo schema di Dlgs relativo ai costi e fabbisogni standard nel settore sanitario.

«In una lettura unitariamente condotta sui due schemi di decreto legislativo - si legge nella relazione della Corte pubblicata sul suo sito internet - è infatti dato rintracciare evidenti connessioni e unitari riferimenti che presuppongono una piena confrontabilità dei dati dei diversi Servizi sanitari regionali. La prevista applicazione a tutte le Regioni dei valori di costo rilevati in tre Regioni benchmark - scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque che hanno garantito i Lea in condizione di equilibrio economico e di efficienza e appropriatezza - richiede la determinazione di comuni modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci, nonché di principi contabili comuni, che consentano di evidenziare l'effettivo impatto dei risultati del comparto in ciascun esercizio finanziario, anche attraverso un pieno raccordo fra la contabilità economica delle gestioni degli Enti (o anche di quella accentrata presso la stessa Regione) e la contabilità finanziaria di ciascuna Regione,

In questa prospettiva appare da ponderare positivamente anche la attenzione dedicata al settore in riferimento ai necessari raccordi con l'articolazione della spesa per missioni e programmi e con la classificazione Cofog (classification of the functions of Government), utilizzata nei conti nazionali curati dall'Istat».

Da risolvere tuttavia per arrivare all'armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio degli enti del Servizio sanitario nazionale, ci sono non poche criticità.

L'attività di controllo e monitoraggio della Corte dei conti del settore sanitario, ha rilevato infatti, come riporta la relazione, la difficoltà di disporre di dati contabili omogenei attraverso cui ricostruire la dimensione economica complessiva del settore e la sua sostenibilità in termini di mantenimento degli equilibri di bilancio. «Ciò deriva - si legge - dalla coesistenza di sistemi contabili che rispondono a diversi principi e logiche (finanziaria per i bilanci delle Regioni ed economica per le aziende sanitarie). Resta difficile la conciliazione tra i due sistemi, così come resta approssimativo il confronto tra i dati degli enti di Regioni diverse, attese le non omogenee discipline di dettaglio che ogni Regione ritiene di adottare nella sua autonomia. Ardua è anche la rintracciabilità dei flussi "intra-gruppo", che complica la ricostruzione di un "consolidato" del settore sanitario in grado di intercettare anche l'incidenza degli organismi partecipati sull'effettivo risultato economico-finanziario dell'intero settore».

Problemi di disomogeneità sulla classificazione e l'aggregazione di alcune poste di bilancio - sulle quali la Corte dei conti sottolinea che è stata «spesso rilevata la violazione del principio di competenza economica con effetti sulla rappresentazione veritiera e corretta dei risultati» - sono emersi anche dai dati raccolti con i modelli di rilevazione del Sis, che pure «allo stato costituiscono un utile momento di uniformità per una valutazione complessiva del comparto».

Queste le criticità rilevate dalla Corte dei conti:

I. Criticità riguardanti la programmazione e il controllo

- Scarsa attenzione alla fase di programmazione (mancata predisposizione del bilancio di previsione, mancata richiesta al Collegio sindacale del parere sul bilancio di previsione stesso).
- Scarsa capacità di previsione (risultati di rendiconto che per molte voci si discostano sensibilmente dai valori a preventivo); sottostima dei costi preventivati.
- Mancato rispetto del vincolo di pareggio del bilancio economico di previsione, sfioramento del disavanzo rispetto alla perdita autorizzata.
- Mancata adozione dell'atto aziendale e/o mancata approvazione da parte della Regione.
- Assenza di contabilità analitica e per centri di conto e comunque di sistemi di monitoraggio dei costi, e quindi mancato confronto con i rendimenti e con i risultati.
- Incapacità della direzione di spiegare gli scostamenti tra risultati e obiettivi prefissati e di individuare le cause di perdite anche rilevanti.
- Assenza o scarsa significatività delle misure indicate dalla direzione degli Enti sanitari finalizzate alla copertura delle perdite, spesso limitate alla richiesta di maggiori assegnazioni.
- Scarsa o nulla considerazione delle osservazioni svolte dal Collegio sindacale e, in alcuni casi, mancata richiesta di pareri (ad es. sui fondi per la contrattazione integrativa).
- Il Collegio non si avvale degli organi/organismi di controllo interno di cui al D.Lgs. 286/99.
- relativi alle ferie maturate e non godute, per incrementi contrattuali di competenza e per rischi relativi a contenzioso del personale, anche in costanza di vertenze in corso.
- Compensazioni tra posizioni debitorie e creditorie nei confronti dell'istituto tesoriere.
- Il bilancio d'esercizio non viene sottoposto a certificazione contabile (L. n. 266/05, art. 1, comma 291).

II. Criticità riguardanti la rappresentazione contabile*a) per il confronto dei dati*

- Problemi di confronto ed omogeneità tra i conti degli Enti sanitari e quelli regionali.
- Difficoltà tra i modelli ministeriali e i documenti di bilancio degli Enti; disomogeneità in ordine alla classificazione e all'aggregazione di alcune poste di bilancio.
- Discrasie nei dati indicati nelle relazioni dei Collegi sindacali che rendono necessarie articolate istruttorie.
- Non omogenea informatizzazione sul territorio.

b) per la rappresentazione veritiera e corretta

- Costi del personale: sottostima dei costi dovuta all'allocatione di voci quali incentivi e competenze accessorie maturate, ma non ancora corrisposte degli oneri relativi ai rinnovi contrattuali e del costo delle ferie maturate e non godute, tra le sopravvenienze passive, senza specificazione della loro natura. Mancati accantonamenti obbligatori in bilancio per importi relativi alle ferie maturate e non godute, per incrementi contrattuali di competenza e per rischi relativi a contenzioso del personale, anche in costanza di vertenze in corso.
- Compensazioni tra posizioni debitorie e creditorie nei confronti dell'istituto tesoriere.
- Il bilancio d'esercizio non viene sottoposto a certificazione contabile (L. n. 266/05, art. 1, comma 291).

III. Criticità riguardanti la gestione*a) gestione economica*

- Situazioni di deficit strutturale in molte aziende: si rileva una sostanziale "deresponsabilizzazione" nella gestione dei costi.
- Costi di produzione: sfioramento del vincolo alla crescita.
- Costi del personale: sfioramento dei vincoli alla crescita (art. 1, comma 565, lettera a, della legge 296/2006).
- Forte dinamica di crescita della spesa per consulenze e collaborazioni, in alcuni casi a fronte della riduzione dei costi del personale dissimulando rapporti di lavoro atipici. Mancato rispetto dei vincoli alla spesa.
- Spesa farmaceutica: sfioramento dei vincoli di crescita della spesa.

- Mancanza di programmazione annuale delle procedure di affidamento e lunghezza dei tempi di conclusione delle gare. Uso improprio degli istituti del rinnovo e della proroga. Sforamento dei limiti imposti dalle Regioni.

b) gestione patrimoniale e finanziaria

- Mancato ripiano dei disavanzi relativi agli esercizi precedenti, non coperti ma portati a nuovo di anno in anno, che incide sulla situazione finanziaria degli Enti.

- Carenze e gestioni lacunose degli inventari, mancato aggiornamento dell'inventario patrimoniale.

- Ricorso ad anticipazioni di tesoreria, per fronteggiare impegni assunti, spesso inestinte al 31 dicembre, con conseguente crescita di interessi passivi che rappresentano una voce di costo significativa nei bilanci aziendali.

- Scarse informazioni fornite su partecipazioni in Enti, agenzie, aziende, consorzi, alcune delle quali evidentemente estranee ai fini istituzionali dell'Ente

b1) indebitamento

- Elevato indebitamento, con dinamica di crescita, in particolare dei debiti verso fornitori cui associano spesso tempi lunghi di pagamento, con conseguente crescita di interessi moratori e frequente ricorso ad onerose anticipazioni di tesoreria.

- Sofferenza di liquidità e incapacità a fronteggiare i debiti, anche a fronte di progetti volti a fronteggiare il problema dell'indebitamento e dei tempi di pagamento, con la conseguente probabile ripresa di azioni legali per il recupero forzato dei crediti.

- Necessità di procedere, a causa dell'elevato indebitamento, soprattutto nelle Regioni soggette ai Piani di rientro, a ricognizione della posizione debitoria, attraverso riscontri amministrativo-contabili incrociati e operazioni transattive con i fornitori, tese ad ottenere la dilazione dei debiti, maggiorati di un indennizzo forfetario, a fronte della rinuncia da parte dei creditori ad azioni legali, agli interessi di mora, alla rivalutazione monetaria ed agli ulteriori costi ed oneri maturati fino alla data della stipula degli accordi transattivi.

- Necessità di procedere alla riconciliazione delle posizioni debitorie e creditorie nei confronti della Regione, esposte nei bilanci degli Enti del SSR.

- Ricorso alla cartolarizzazione dei debiti verso fornitori trasformati in debiti a lungo termine con conseguente spostamento del futuro onere dello squilibrio nei bilanci.

- Dall'osservazione dei bilanci e dei dati contabili è emersa non di rado la difficoltà di ricostruzione della situazione debitoria alla luce di incongruenze nei dati relative alle certificazioni dei debiti. La stima delle situazioni debitorie delle Regioni in eccesso di *deficit* ha presentato molti elementi di incertezza per l'incapacità complessiva di riferirsi a contesti certi e determinati.

STARTNEWS.it



Sanità. L'assessore Russo contro il malaffare, ma con le sue scelte cittadini penalizzati

Non si capisce perché la regione parla solo di sprechi, ma mai di lotta al sistema affaristico che provoca le maggiori perdite.

L'ultima iniziativa della guardia di finanza che, nell'ambito di un'operazione nel settore della sanità denominata "Salus iniqua", ha portato al sequestro di beni per 35 milioni di euro all'ex deputato regionale Dc Giuseppe Giammarinaro, ha messo in luce ancora una volta come il sistema sanitario siciliano è stato, e per molti versi lo è ancora, una mangiatoia da cui da sempre ha attinto risorse la mafia e la politica del malaffare. E' mentre da una parte l'assessore Russo dichiara: "Un plauso sentito alle forze dell'ordine e alla magistratura che ancora una volta con impegno e professionalità hanno portato alla luce uno spaccato inquietante dei rapporti tra politica, affari e mafia nel mondo della sanità", qualcuno dovrebbe fargli notare che non rispondono ad alcun senso di giustizia ed equità le decisioni da lui assunte in termini di ristrutturazione del settore sanitario, visto che gli sprechi che combatte non sono nella gestione del servizio, ma nel rapporto consolidato tra mafia, politica e affari. I cittadini serviti dagli ospedali che in base al piano di rientro dovranno essere declassati, il personale sanitario che vi lavora, i dirigenti che amministrano, non hanno nessuna colpa se la spesa sanitaria siciliana ha raggiunto livelli inaccettabili. Non si capisce perché se la mafia ha corrotto i politici, se la sanità privata è inquinata, il prezzo di questo vortice perverso debba essere pagato dalla gente che, come a Piazza Armerina, vede ridursi una serie di servizi essenziali in nome di un piano di rientro costruito sulla base del principio degli sprechi e che non tiene conto del malaffare ancora assai diffuso e che pesa sul bilancio sanitario regionale in maniera evidente.



CONTI IN ROSSO DELLA SANITÀ.1

Piano di rientro, è tempo di nomine

REDAZIONE IL DENARO
- MARTEDÌ 17 MAGGIO 2011

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. 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 soggetti 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 requisiti 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 giuridico-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.



ASL SALERNO

Ex convenzionati: il modello Salerno

REDAZIONE IL DENARO
- MARTEDÌ 17 MAGGIO 2011

Semaforo verde del commissario Bartoletti ai pagamenti

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. 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 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 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". " 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 disastri 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 Coriglioni - 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 acconti 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.

quotidiano **sanità**.it

Accreditamento. La proposta Agenas per una maggiore uniformità dei criteri di qualità

Le Regioni danno il via libera (in sede tecnica) alla proposta Agenas ([vedi testo pubblicato sul sito dell'Agenas](#)) per dare più uniformità ai criteri per l'accREDITamento delle strutture sanitarie. Proposti 7 fattori/criteri per la qualità del servizio: gestione e organizzazione, valutazione delle performance, manutenzione, formazione del personale, partecipazione dei cittadini, efficacia, appropriatezza e sicurezza, ricerca e nuove tecnologie.

18 MAG - Bene ha fatto il Sole 24 ore di ieri a dare notizia dell'esame da parte delle Regioni del documento stilato a febbraio scorso dall'Agenas sull'accREDITamento con il Ssn delle strutture sanitarie.

Lo diciamo perché la segnalazione dei colleghi del quotidiano economico ci dà il la per parlare di questo documento, disponibile da tempo sul sito dell'Agenas ma, come spesso accade per i documenti tecnici, passato di fatto inosservato ai più.

Cosa prevede questo testo? In sostanza siamo di fronte a un tentativo di razionalizzare il sistema di accREDITamento scaturito dalla "riforma Bindi" del 1999. Quel sistema, nato con l'idea di uniformare criteri e standard di qualità per l'accREDITamento delle strutture pubbliche e private anche attraverso un apposito atto di indirizzo nazionale (che non ha mai visto la luce), dopo la riforma del Titolo V del 2001 e la conseguente autonomia delle Regioni in materia di organizzazione e gestione della sanità, si è di fatto sviluppato in modo autonomo nelle singole Regioni.

Oggi, anche alla luce di queste considerazioni, si è ravvisata, si legge nel documento Agenas, "la necessità di definire elementi a garanzia del cittadino capaci di rispettare criteri di equità nella erogazione delle cure a livello nazionale e di fornire giustificazione agli aspetti finanziari collegati al riconoscimento della mobilità interregionale, rimaneva tuttavia una criticità del sistema sanitario nazionale con cui confrontarsi".

Un lavoro comunque facilitato, si legge sempre nel documento, dal fatto che "siano riconoscibili alcuni modelli generali di riferimento e caratteristiche 'comuni' presenti nei manuali di accREDITamento delle Regioni. Le dimensioni della qualità (intesa come le componenti del servizio riconosciute come espressioni di valori da perseguire e garantire) più frequentemente rilevate negli atti regionali attengono all'accessibilità, all'appropriatezza, alla documentazione clinica, alla comunicazione, alla continuità assistenziale, alla formazione, al miglioramento continuo, alla privacy e ai rischi".

Il lavoro dell'Agenas è stato quindi quello di provare a dare un "approccio di sistema" all'accREDITamento individuando 7 criteri/fattori di qualità che dovrebbero ispirare tutte le Regioni. In particolare sono stati selezionati 5 criteri generali e 2 criteri specifici da adottare a livello nazionale, eventualmente attraverso un'apposita intesa Stato-Regioni. Eccoli.

I 5 criteri/fattori generali

1° Criterio/fattore di qualità: l'importanza di una buona gestione e organizzazione

"Fornisce garanzia di buona qualità della assistenza socio-sanitaria, una gestione della organizzazione sanitaria che governi le dimensioni più fortemente collegate alla specifica attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo"

2° Criterio/fattore di qualità: la valutazione dell e performance e la comunicazione al cittadino

"E' buona prassi che la organizzazione descriva la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati e individui i metodi di lavoro da adottarsi, come pratica del governo clinico sui quali fondare azioni successive di valutazione della performance e della comunicazione con i pazienti e i cittadini"

3° Criterio/fattore di qualità: buon livello di manutenzione delle strutture

"L'organizzazione cura la idoneità delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle

attrezzature; è buona prassi che dia evidenza del contributo del personale nella gestione delle stesse”

4° Criterio/fattore di qualità: formazione del personale sulla sicurezza delle cure

“La organizzazione deve curare che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla realizzazione in qualità e sicurezza delle specifiche attività”

5° Criterio/fattore di qualità: la partecipazione dei cittadini nelle scelte di cura

“Una buona comunicazione e relazione fra professionisti e con i pazienti garantisce allineamento ai comportamenti professionali attesi, aumento della sicurezza nella erogazione delle cure, partecipazione dei pazienti nelle scelte di trattamento”

I 2 criteri/fattori specifici

6° Criterio/fattore di qualità: efficacia, appropriatezza e sicurezza

“La efficacia, la appropriatezza, la sicurezza sono elementi essenziali per la qualità delle cure e debbono essere monitorati”

7° Criterio/fattore di qualità: ricerca e nuove tecnologie

“Il governo delle azioni di miglioramento, della adozione di innovazioni tecnologiche ed organizzativo-professionali e la facilitazione della ricerca clinica e organizzativa esprimono la capacità della organizzazione di adattarsi a contesti nuovi assumendo comportamenti fondati eticamente, professionalmente adeguati, socialmente accettabili e sostenibili”

18 maggio 2011

quotidianosanita.it

Umbria. Giunta approva ddl su nomine primari e Dg Asl

Su proposta della presidente Catuscia Marini, la giunta 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 delle aziende sanitarie.

17 MAG - La Commissione tecnica. In particolare, per quanto riguarda la Commissione tecnica (costituita da 3 membri: il Direttore sanitario dell'Azienda e due primari della disciplina oggetto della selezione), cui spetta di 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 il numero di otto nominativi a livello regionale, si provvederà ad integrare l'elenco con disponibilità di altre regioni. La designazione dei nominativi dei componenti la Commissione avviene per sorteggio. Inoltre, non possono essere inseriti nell'elenco dei 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.

Alla Giunta il potere dell'autorizzazione preventiva alla copertura del posto. Nel provvedimento viene confermata la preventiva autorizzazione della Giunta regionale alla copertura del posto, con l'introduzione del vincolo che la procedura per l'attribuzione dell'incarico deve concludersi entro dodici mesi dal provvedimento di autorizzazione.

Elenco candidati aggiornato ogni due anni. 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 due 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 specifica tempistica, anche avvalendosi di apposite strutture di valutazione.

Pareri anche dal territorio. Il sistema di valutazione prevede, inoltre, l'acquisizione preventiva dei pareri degli "Ati" (che hanno sostituito la Conferenza dei Sindaci), della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale e del Consiglio regionale.

Criteri di revoca. 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 tale da costituire pregiudizio all'equilibrio economico dell'Azienda; mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Regione, mancata realizzazione degli obiettivi previsti negli atti della programmazione regionale e la valutazione negativa sull'attività svolta.

Durata max incarico 10 anni. Le funzioni di Direttore generale non potranno essere esercitate presso la stessa Azienda sanitaria per un periodo superiore ai dieci anni e comunque per non più di due mandati.

17 maggio 2011