

«I conti di Bondi non tornano»

Tagli teorici per 3,2 miliardi, penalizzati i “virtuosi” - Balduzzi: Lea entro l'estate

Un lungo elenco di numeri per dimostrare che sui beni e servizi non sanitari si possono risparmiare anche oltre 3,2 miliardi. E la risposta dei governatori: in questo modo non si tengono in alcun conto né le razionalizzazioni fatte finora né le situazioni più “virtuose”, ma si premia spesso l'inappropriatezza. Questo in sintesi il botta e risposta Regioni-Bondi della scorsa settimana, su cui i numeri parlano chiaro. Sullo sfondo, il paletto piantato dal supercommissario: proposte bene accette, ma i saldi sono questi e non si cambiano. La spending review entra così nella settimana decisiva con il macigno del «no» regionale, accompagnato da tutte le perplessità degli stessi senatori che a livello di commissione Igiene e Sanità hanno espresso un parere favorevole, ma condizionato da ben undici punti fermi e che a livello di aula hanno già pronti 1.800 emendamenti al decreto legge.

■ Le forbici sulla spesa per beni e servizi non sanitari

	Asl	Ospedali a gestione diretta	Aziende H
Risparmi possibili	1,11 miliardi	0,83 miliardi	1,29 miliardi
Percentuale tagli maggiori	47,9 Umbria	44,1 Lombardia	44,9 Lazio
Percentuale tagli minori	6,06 Lombardia	1,09 Sicilia	3,72 Sicilia



DEL BUFALO, GOBBI, MAGNANO, TODARO

A PAG. 2-8

I ticket e i paletti della Consulta

No a decisioni in autonomia da parte dell'amministrazione centrale sui ticket 2014. Lo ha stabilito la Consulta nella sentenza n. 187 che ha dichiarato illegittimo un comma della legge n. 111 del 2011, meglio conosciuto come legge Tremonti.

LANDOLFI A PAG. 8

Quel sindacato che perde peso

Relazioni sindacali con alti e bassi nel DI 95. A esempio nella determinazione degli organici - ma non solo - basta l'«informazione» sulle scelte e non servono più la consultazione e la concertazione. E il sindacato conta sempre meno.

SIMONETTI A PAG. 6

Acquisti perduti e diritti negati

Il pacchetto “spending” pone una serie di interrogativi sia sul taglio immediato del 5% di importi e prestazioni relative a contratti in essere, sia sull'obbligo di rinegoziare in caso di differenze significative dei prezzi unitari.

BONI A PAG. 4

Come salvare la buona pediatria

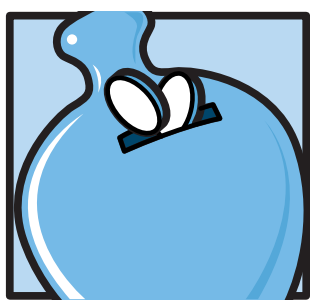
Per ridurre al minimo gli effetti di tagli che rischiano di incidere in modo drammatico sulla condizione dei minori servono, per la pediatria, interventi mirati, capaci di abbattere gli sprechi preservando l'assistenza.

DE CURTIS A PAG. 4

I risparmi teorici per spese non sanitarie

Regioni	Asl									Ospedali a gestione diretta						
	Beni	Consulenze	Servizi	Formazione	Manut./Riparaz.	Beni di terzi	Altri oneri	Totale	% risparmio	Beni	Consulenze	Servizi	Formazione	Manut./Riparaz.	Beni di terzi	Altri oneri
Piemonte	6.625	15.376	2.346	1.319	11.165	9.796	6.649	53.276	19,29	23.004	4.786	7.116	783	6.834	15.350	3.899
V. d'Aosta	0	9.233	0	139	979	2.265	0	12.616	73,97	1.828	8.564	2.205	437	1.574	2.920	4.442
Lombardia	100	169	0	196	168	458	9.974	11.065	6,06	265	1.258	4.481	0	1.198	0	109
Pa Bolzano	9.628	532	8.080	941	13.851	3.663	0	36.695	55,66	10.180	0	0	1.019	0	0	681
Pa Trento	2.799	0	7.772	1.270	5.172	2.056	0	19.069	39,18	1.628	0	16.333	222	4.249	0	2.198
Veneto	3.983	9.275	84.135	1.772	8.075	14.157	7.791	129.188	35,69	7.767	21.333	88.730	1.812	30.271	48.047	4.777
Friuli V.G.	2.180	2.695	38.931	417	1.427	3.530	338	49.518	41,70	3.760	907	10.956	334	3.981	968	660
Liguria	370	11.919	48.414	634	3.225	5.640	0	70.202	44,58	476	3.893	4.467	475	0	2.661	0
Emilia R.	2.804	16.289	47.877	1.529	10.153	4.878	719	84.249	26,40	4.164	8.147	39.557	1.506	12.991	9.101	1.510
Toscana	2.734	9.140	41.425	5.106	15.036	17.123	20.690	111.254	36,45	1.421	515	7.733	2.415	8.416	8.000	4.792
Umbria	653	928	34.575	311	4.346	1.027	4.465	46.305	47,86	0	240	4.199	0	0	2.430	1.595
Marche	2.274	12.877	0	1.105	0	4.785	3.111	24.152	27,54	1.935	0	0	256	0	3.506	0
Lazio	302	40.648	122.462	1.880	3.443	24.092	9.571	202.398	44,80	0	19.682	81.144	1.070	14.218	717	3.430
Abruzzo	20	7.871	12.448	694	6.432	295	0	27.760	33,48	1.304	1.719	13.992	1.765	20.913	7.492	1.038
Molise	1.179	261	2.666	0	2.707	0	0	6.813	30,18	1.028	1.471	0	0	0	0	1.809
Campania	384	867	10.544	33	3.967	1.899	726	18.420	8,41	423	31.210	57.507	64	2.829	6.423	2.534
Puglia	0	556	31.529	938	17.867	4.198	4.420	59.508	26,98	914	10.460	586	0	2.098	273	1.517
Basilicata	539	3.199	0	0	2.921	0	0	6.659	18,96	428	0	3.846	0	1.005	423	786
Calabria	720	0	1.821	0	4.271	6.633	1.098	14.543	18,70	932	478	5.089	92	2.424	3.062	386
Sicilia	1.101	6.876	3.139	2	15.676	3.000	4.210	34.004	16,05	497	0	0	85	0	302	916
Sardegna	1.947	29.201	33.921	1.314	13.973	9.846	2.701	92.903	50,71	4.721	6.258	6.870	726	7.132	2.248	4.861
Italia	40.342	177.912	532.085	19.600	144.854	119.341	76.463	1.110.597	31,35	66.675	120.921	354.811	13.061	120.133	113.923	41.940

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità



MANOVRE/ Le Regioni all'attacco sul calcolo dei possibili risparmi presentato da Bondi

«Eccellenze a rischio con i tagli»

B&S non sanitari: scure da 3,2 miliardi - I senatori all'assalto del decreto legge

Percorso accidentato e gradimento zero per la spending review marca **Monti** in campo sanitario all'esame dei senatori. Il motivo è semplice: all'invarianza dei servizi ai cittadini non ci crede nessuno. E mentre in Commissione Bilancio, giovedì scorso, fiocavano le richieste di modifica al Ddl 3396 di conversione in legge del Dl 95/2012 - bloccate a quota 1.800 a scadenza termine - il perché dell'ostilità generalizzata nei confronti del pacchetto Sanità lo ha spiegato in modo più che dettagliato la commissione Igiene e Sanità, nel parere presentato dai due relatori, **Fiorenza Bassoli** (Pd) e **Raffaele Calabrò** (Pdl).

Una "stroncatura" favorevole in 11 punti: «se le condizioni che poniamo non saranno rispettate il parere diven-

ta negativo», hanno tenuto a precisare i senatori di merito.

Ed ecco le richieste, a partire dal pollice verso su tutta la manovra sulla farmaceutica: limitare al 2012 l'aumento dello sconto alle farmacie, come previsto per le aziende, definendone entro fine anno il nuovo sistema di remunerazione; rivedere la distribuzione del payoff di ripiano dell'extratetto territoriale tra le Regioni; escludere i farmaci orfani dal computo dei tetti territoriale e ospedaliero; rivedere del tutto il sistema di vincoli e tetti imposti alla filiera («che, invece dovrebbe essere sostenuta»). E ancora: ammorbidire il taglio del 5% sugli appalti per Beni e servizi magari con un anticipo di cassa che consenta alle Regioni di ricontrattare i contratti in essere, per evitare l'interruzio-

ne delle forniture e l'esplosione del contenzioso; anticipare l'individuazione degli standard dell'assistenza ospedaliera per consentire la riduzione dei letti accreditati dai servizi sanitari regionali; abbandonare la strada dei tetti per i dispositivi medici per passare a un sistema di contenimento della spesa basato sui prezzi di riferimento; rivedere la procedura straordinaria e transitoria di revisione delle tariffe per le strutture accreditate integrative del Ssn; estendere a tutti malati non autosufficienti per malattie altamente invalidanti il beneficio collegato all'assistenza domiciliare per i malati di Sla; escludere da qualsiasi taglio le "auto grigie" utilizzate per garantire i Lea territoriali. E non finisce qui. In vena di puntualizzazioni dettate dalla gravità della spending in esame i sena-

tori esordiscono comunque sottolineando che i tagli lineari rischiano comunque di mettere a rischio la tenuta di questi ultimi e la sostenibilità del sistema patto che ha garantito finora la tenuta della spesa e raccomandando l'approvazione del nuovo Patto per la salute 2013-2015 entro l'anno per consentire un'equa attuazione dei tagli.

A coltivare l'obiettivo è del resto lo stesso ministro **Renato Balduzzi** che intanto - sempre giovedì - ha annunciato l'intenzione di cestinare definitivamente la bozza dei nuovi Lea abortita durante il governo Berlusconi, ministro Fazio, per presentarne ad agosto una nuova di zecca, per «rendere più cogenti talune indicazioni di appropriatezza» soprattutto sul

fronte della diagnostica strumentale, «con risparmi che possano aprire a nuovi livelli essenziali».

Un pio pensiero, forse.

Espresso, mentre maggioranza e opposizione affilavano le armi per l'assalto al decreto: Pd e Pdl 600 modifiche ciascuno, diceva la conta a spanne di giovedì pomeriggio.

I primi a circolare sono stati quelli del Pd. Nel carnet, tra le tante, l'istituzione di un Garante per la salute competente in Hta e Horizon scanning che assorbirebbe l'Agenas (Marino); eliminazione del taglio dei posti letto ovvero eliminazione dal computo dello standard di 0,7 letti per riabilitazione e lungodegenza postacuzie (Graniola); l'eliminazione dello sconto del 6,55% imposto alle farmaceutiche fino a fine anno riducendo al 12,8% il

AZIENDA SANITARIA LOCALE

Beni non sanitari Asl: costo totale/popolazione (euro)

Asp BOLZANO	Asl VICENZA	LANUSEI (Sardegna)	TRENTO	ALTO FRIULI	CESENA	Asrem (Marche)	Asl CN 2	FORLÌ
22,9	12,7	10,4	8,6	8,4	8,0	7,3	7,1	
SAN DONÀ DI PIAVE	Asl provincia PAVIA	Asl provincia MILANO 1	Asl provincia MILANO 2	Asl VERBANO-CUSIO-OSSOLA	PESCARA	LATINA	ROMA F	3,0
0,8	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,2	

Servizi non sanitari Asl: costo totale/popolazione (euro)

FOLIGNO	ALTO FRIULI	ROMA E	SPEZZINO	FROSINONE	SASSARI	FELTRE	ROMA D	MODENA
191,4	164,3	128,6	122,9	110,0	107,1	104,3	100,7	
Asl VERBANO-CUSIO-OSSOLA	Asl provincia COMO	Asp ENNA	SAN DONÀ DI PIAVE	Asl provincia LECCO	ROMA F	LANUSEI (Sardegna)	Asl NAPOLI 1 Centro	42,8
8,7	7,9	7,4	7,1	6,4	3,6	0,0	1,0	

■ Peggiori
■ Mediana
■ Migliori

H GESTIONE DIRETTA

Beni non sanitari: costo totale/dimissioni (euro)

Asl AT	ALTO FRIULI	Asl BENEVENTO	OLBIA
219,7	187,9	122,7	148,5
PERUGIA	VITERBO	SASSARI	Asl NAPOLI 2 Nord
11,4	10,8	10,5	9,9

Servizi non sanitari: costo totale/dimissioni (euro)

ROMA B	ROMA C	ROMA F	ROVIGO
1.510	1.380	1.350	1.307
Asp MESSINA	SASSARI	Asp CALTANISS.	Asp RAGUSA
190	180	170	100

Regione per Regione (migliaia di euro)

Totale	% di risparmio	Aziende ospedaliere e Irccs													Totale risparmio	
		Beni	Trasporto da privato	Consulenze	Servizi	Consulenze non sanitarie	Formazione	Manut./Riparaz.	Beni di terzi	Affitti passivi	Canoni noleggio	Canoni leasing	Altri oneri	Totale		% risparmio
61.772	21,11	15.529	20.082	734	14.347	835	3.356	15.698	10.358	4.828	7.483	198	5.267	98.715	26,56	213.763
21.970	57,42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34.586
7.311	44,13	42.073	67.463	50.610	121.473	17.310	1.920	36.414	38.196	9.412	26.456	16.878	49.297	477.502	27,10	495.878
11.880	24,80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48.575
24.630	29,73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43.699
202.737	36,58	1.452	58	7.510	33.810	938	190	11.279	27.677	26.903	1.311	1.997	692	113.817	40,17	445.742
21.566	33,35	2.201	1.655	3.435	9.103	347	154	2.653	2.735	413	0	5.689	1.918	30.303	13,05	101.387
11.972	9,35	1.137	3.214	7.732	0	3.469	235	3.295	1.111	92	808	1.607	332	23.032	13,95	105.206
76.976	18,89	4.072	4.924	14.079	18.388	444	1.178	9.082	5.979	1.170	1.296	5.457	268	66.337	17,72	227.562
33.292	13,84	1.671	2.590	0	0	528	14.068	3.611	8.994	878	7.680	2.978	3.887	46.885	17,38	191.431
8.464	14,60	463	0	0	7.524	10	0	0	2.885	61	1.149	4.107	3.960	20.159	19,90	74.928
5.697	5,08	904	6.275	4.908	8.787	79	321	6.902	82	331	91	734	5.206	34.620	29,44	64.469
120.261	40,38	3.974	2.872	18.309	154.102	5.152	1.130	22.206	19.754	3.623	8.068	13.515	4.119	256.824	44,91	579.483
48.223	25,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75.983
4.308	11,90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.121
100.990	31,73	260	5.782	18.901	34.443	3.781	201	4.700	616	597	826	4.359	1.924	76.390	18,67	195.800
15.848	5,32	46	0	547	2.753	381	116	1.213	143	0	615	48	2.859	8.721	6,35	84.077
6.488	17,57	2.236	0	1.035	1.983	62	398	973	644	12	697	251	665	8.956	17,89	22.103
12.463	13,11	0	24	0	2.698	337	0	83	2.096	138	2.277	513	116	8.282	8,15	35.288
1.800	1,09	1.063	1.283	0	1.080	568	10	540	946	55	1.299	2.287	924	10.055	3,72	45.859
32.816	23,29	1.978	693	5.555	0	3.291	0	575	561	550	917	180	641	14.941	19,08	140.660
831.464	22,98	79.059	116.915	133.355	410.491	37.532	23.277	119.224	122.777	49.063	60.973	60.798	82.075	1.295.539	24,46	3.237.600



VASCO ERRANI



MARIO MONTI



ENRICO BONDI

tetto della territoriale (Bassoli); l'eliminazione della riduzione del 5% sui beni e servizi sforbiciando i budget dei ministeri (Bosone) e così via. In una rivisitazione a tutto campo che affronta tutti i temi sollevati anche dalla XII commissione e dalle Regioni, già sul piede di guerra al primo apparire della spending e ora se possibile ancora più "irritate", presa visione dei conti su cui si fonda la medesima, condivisi con il supercommissario Bondi in occasione degli incontri one to one della settimana scorsa.

I conti del supercommissario. Oltre 3,2 miliardi di risparmi possibili negli acquisiti di beni (prodotti alimentari, guardaroba, combustibili, supporti informatici e cancelleria, materiale di manutenzione eccetera) e servizi (lavanderia, pulizia, mensa, riscaldamento, elaborazione dati, trasporti non sanitari, rifiuti, telefono, luce e altre utenze, assicurazioni eccetera) non sanitari e consulenze, collaborazioni e altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie. Sotto il naso di ogni governatore sono spuntati numeri e grafici che, voce per voce, ospedale per

ospedale, Asl per Asl (si veda tabella in fondo alla pagina), indicano con parametri uguali per tutti chi è sopra e chi sotto la mediana calcolata per ogni singola spesa non sanitaria. «I saldi sono questi e non si toccano: chi è sopra deve tagliare», ha spiegato il supercommissario. Ma gli interlocutori sono inorriditi: «Tagli con l'accetta - hanno commentato - non si tiene alcun conto delle peculiarità del Ssn». Tra le pecche più grossolane la mancata indicazione delle fonti dei dati che rende impossibile qualsiasi verifica. Poi lo spirito da pallottoliere che

divide la spesa delle Asl per il numero di residenti e quella degli ospedali per il numero delle dimissioni, facendo risultare spesso più "virtuose" le strutture del Sud - stretto tra disavanzo e piani di rientro - rispetto a quelle di Regioni considerate benchmark come la Lombardia o modelli di Sanità come Emilia Romagna, Veneto o Toscana (si veda la tabella in alto).

Quel che è peggio è però che i costi elaborati - specie per manutenzioni, lavano, ristorazione, pulizie - non tengono conto della natura e delle caratteristiche dei servizi, che possono in realtà giustificare variazioni di prezzo dal 10 al 50% (a esempio se le pulizie sono o meno in aree ad altissimo rischio).

Così, secondo le elaborazioni di Bondi, a livello di azienda sanitaria l'Asl di Foligno spende procapite per i servizi non sanitari oltre 191 euro contro un solo euro dell'Asl Napoli I Centro quella che (si veda pagina 8) ha ritardi di pagamento ai fornitori di biomedicali di oltre 1.700 giorni.

Proprio nei servizi non sanitari poi - la voce che fa registrare i livelli di spesa più alti in cui sono concentrate utenze, assicurazioni, servizi di lavanderia, mensa, riscaldamento, smaltimento rifiuti e così via - la spesa è influenzata in modo significativo dalle scelte di internalizzazione/esternalizzazione delle aziende. E molto conta l'organizzazione che le Re-

gioni si sono date. A esempio in Emilia Romagna l'attività di laboratorio è centralizzata e tutto fa riferimento all'Asl di Cesena che quindi risulta in forte eccesso di spesa, ma che a fine bilancio recupera le risorse dalle altre Asl che a lei fanno capo. Oppure la spesa delle Asl lombarde, la più bassa dal punto di vista degli eventuali tagli percentuali anche perché la Lombardia ha deciso lo scorporo di tutti gli ospedali e quindi i costi che nelle altre Regioni derivano da queste strutture non sono considerati.

Poi c'è il nodo della mobilità che ricordano i governatori - «falsa il risultato del rapporto popolazione-ricoveri e fa sballare i conti».

E per finire il neo più grave di tutti, la voce che dai conti del supercommissario proprio non risulta: l'inappropriatezza. Considerando per i ricoveri il semplice rapporto costo totale-dimissioni, si rischia di "premiare" chi ne registra un alto numero, sintomo però anche di eccesso di ospedalizzazione (inappropriato). Un rischio che le Regioni non vogliono correre, dopo aver messo mano per anni alla propria personale spending review che ora - paradossalmente - sembra rivoltarsi proprio contro chi ha fatto meglio e di più.

Paolo Del Bufalo
Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AZIENDA OSPEDALIERA E IRCCS

Beni non sanitari Aziende ospedaliere: costo totale/dimissioni (euro)

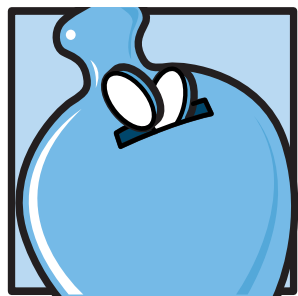
SAN DONÀ DI PIAVE	Asp BOLZANO	Asl BI (Biella)	Asl TO 2	Asl SALERNO
143,9	142,4	140,9	127,3	
ROMA B	ROMA D	RIETI	Sistema CATANZARO	37,9
7,6	4,6	3,0	1,8	

Irccs BONINO PULEJO (ME)	Ao S. Carlo MILANO	Ao Niguarda Ca' Granda (MI)	Ao provincia LODI	Irccs Crob (PZ)	Ao Ordine Mauriziano (TO)	Policlinico S. Matteo (PV)	Ao Valtellina e Valchiavenna	Ao PISANA
345,5	240,9	228,4	220,5	191,1	162,2	155,6	155,3	
Policlinico BARI	Ao di Cristina Benfratelli (PA)	S. Giovanni e Addolorata (ROMA)	San Martino (GE)	G. Rummo (BN)	Aou SASSARI	Napoli ex I Policlinico	Aou G. Martino MESSINA	53,3
14,7	13,3	12,9	11,1	10,0	8,9	7,8	6,7	

Servizi non sanitari Aziende ospedaliere: costo totale/dimissioni (euro)

Asl NAPOLI I Centro	BASSA FRIULANA	VERONA	RIETI	Asl TA
1.290	1.150	1.100	1.085	
Asl NAPOLI 2 Nord	FROSINONE	Sistema CATANZARO	FIRENZE	520,0
80	20	10	1	

Irccs BONINO PULEJO (Me)	Spallanzani (ROMA)	Ifo (ROMA)	Pol. S. Andrea (ROMA)	S. Filippo Neri (ROMA)	Compl. Osp. S. Camillo Forlanini	Ist. Neurologico C. Besta (MI)	Ao G. Pini MILANO	Spedali riuniti
2.417	2.183	1.867	1.533	1.500	1.483	1.350	1.267	
Osp. Policlinico S. Matteo (PV)	Aou Rodolico e V. Emanuele (CT)	Aou P. Giaccone PALERMO	Aou CAGLIARI	Ao Villa Sofia Cervello (PA)	Brotzu (CA)	Meyer (FI)	Oncologico Via Pedemontana Occ. (PN)	675
368	358	350	342	333	300	283	200	



MANOVRE/ Più ombre che luci dalla scure immediata del 5% sui contratti di appalto

Macina tagli lineari su B&S

Dubbi di legittimità sull'obbligo a rinegoziare introdotto dalla norma

Il corposo "pacchetto" sulla spending review (legge 6 luglio 2012 n. 94 e Dl 6 luglio 2012 n. 95) interviene ancora una volta sul pluri-attentato comparto dei beni e servizi.

Relativamente alle misure più significative, con il primo provvedimento viene esteso l'obbligo di aderire alle convenzioni Consip quando non siano istituite centrali regionali di acquisto, ovvero quando le medesime non trattano il bene o il servizio occorrente. È una prassi generalmente già seguita: l'impatto economico della norma nel breve periodo e sino a quando non verranno significativamente estese da Consip le merceologie di interesse sanitario, può considerarsi irrilevante.

Viene poi introdotto l'obbligo (preesistente per le amministrazioni statali, escluse le scuole) di far ricorso al mercato elettronico della Pa (Mepa), ovvero ad altri mercati elettronici istituiti dalle stazioni appaltanti o da centrali di committenza, per gli acquisti sotto soglia comunitaria. L'obbligo può generare criticità, in relazione a una strutturazione del Mepa troppo "generalista" per i fabbisogni sanitari, con il rischio di paralisi operative. Si tratta in ogni caso di utilizzare lo strumento come "albo fornitori" cui attingere imprese da consultare con le ordinarie procedure, sia pure in via telematica. Quindi nessun effetto specifico sui prezzi di acquisto, ma il rischio che piccole imprese - quelle che operano prevalentemente nel "sotto-soglia" - trovino difficoltosi l'accreditamento e la negoziazione on line.

Viene previsto l'obbligo di rinegoziare i contratti in essere per l'acquisto di beni e servizi qualora «emergano differenze significative dei prezzi unitari, non giustificate da particolari condizioni tecniche o logistiche delle forniture» rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio dei contratti pubblici. In caso di mancata accettazione da parte del fornitore della proposta di riconduzione del prezzo, è prevista la possibilità per le aziende sanitarie di recesso senza oneri dal contratto, in deroga a quanto previsto dall'art. 1671 del Cc (articolo che si riferisce ai contratti di appalto, non a quelli di somministrazione o di compravendita).

A prescindere dai dubbi sulla legittimità di una norma autoritativa in un contesto di rapporti privatistici e pattizi (il preminente interesse pubblico di contenimento della spesa pubblica potrebbe essere perseguito, in ipotesi, anche con altri strumenti non direttamente incidenti su rapporti giuridici in essere), è da notare come ai fornitori del Ssn venga riservato un trattamento diverso rispetto a quello degli altri comparti della Pa: infatti, in analo-

ghe fattispecie, il Dl 95/2012 prevede che ai fornitori non del Ssn, in caso di recesso dal contratto venga riconosciuto l'indennizzo previsto dall'art. 1671 del codice civile.

Va poi osservato come la rinegoziazione delle condizioni contrattuali dopo l'aggiudicazione mediante procedura pubblica sia decisamente inibita dall'Unione europea. Divieto ripreso e ribadito dalla Presidenza del Consiglio dei ministri con circolari del 23/2/2000 e del 15/11/2001, anche su conforme parere del Consiglio di Stato (12/10/2001). Sul punto, non può quindi escludersi l'apertura di un procedimento di infrazione dell'Ue a carico dell'Italia.

Con la "spending review 1" viene prevista la pubblicizzazione (finalmente) dei dati sugli appalti e però correlativamente aggravata il già oneroso debito informativo sulle aggiudicazioni a carico delle stazioni appaltanti, abbassando la soglia da 150.000 a 50.000 euro.

Per quanto riguarda gli aspetti formali e procedurali degli appalti, la legge 94/2012 prevede la non applicazione dello "standstill", cioè del termine dilatorio di 35 giorni dall'aggiudicazione alla stipula dei contratti, per quanto transato attraverso il Mepa (ed è questo il vantaggio più significativo del suo utilizzo). In caso di gara con il sistema dell'offerta economicamente più vantaggiosa, le buste contenenti le offerte tecniche dovranno essere aperte in seduta pubblica (prassi già largamente in uso).

"Spending review 2". Il Dl 6 luglio 2012 n. 95 contiene misure generali in tema di appalti che non si applicano alle aziende sanitarie, essendo le stesse destinatarie di specifiche disposizioni. Relativamente alla suddetta parte generale, cassata in sede di errata corrige la disposizione che eliminava l'obbligo di pubblicizzazione dei bandi di gara sui quotidiani, residuano per le aziende sanitarie gli adempimenti in materia di anticorruzione previsti per tutta la Pa. Misure specifiche del Dl 95/2012 "neutre" sotto l'aspetto economico riguardano l'obbligo per le aziende sanitarie di avvalersi, per le categorie merceologiche presenti, degli strumenti di negoziazione telematici messi a disposizione da Consip o, se disponibili, dalle centrali regionali. Nella redazione dei bandi di gara di global service o di facility management dovrà essere specificato l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e loro incidenza. Non poteva mancare nel provvedimento il rituale taglio alle auto (blu e non), espresso dal divieto di superamento a decorrere dal 2013 del 50% della spesa sostenuta nel 2011 per l'acquisto e l'esercizio delle medesime.

La parte apparentemente più corposa del provvedimento è l'immediato taglio lineare del 5% «degli importi e delle connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi» (escluso l'acquisto dei farmaci). Per i dispositivi medici la misura vale sino al 31 dicembre 2012, in quanto dal 2013 scatterà l'adozione del tetto del 4,9% (4,8% a partire dal 2014) sul finanziamento globale. Prevista poi la rinegoziazione dei contratti in essere qualora «emergano differenze significative nei prezzi unitari» rispetto ai prezzi correnti, cioè differenze superiori al 20% del prezzo di riferimento. In caso di diniego del fornitore ad allineare il prezzo, è previsto il recesso dal contratto senza risarcimento. L'effetto economico del riallineamento va rapportato sia all'incidenza della casistica di prezzi "anomali", sia al grado di copertura con prezzi di riferimento del paniere di beni e servizi acquistati. Attualmente sono stati individuati dall'Autorità di vigilanza sui contratti circa 300 prezzi di riferimento, su un paniere di beni significativi almeno 10 volte superiore.

Per quanto riguarda il taglio lineare previsto, premesse le perplessità già esposte sulla legittimità di misure che ledono diritti soggettivi, è come dire che i contratti di fornitura di beni e servizi sono "gonfiati" di almeno il 5 per cento. Con buona pace dei livelli essenziali di assistenza, se questi dovessero venir garantiti dalle forniture soppresse. La tempistica del taglio sui beni e servizi infatti non coincide con quella - necessariamente di medio periodo - di riduzione dell'attività ospedaliera prevista da altra parte del provvedimento. Inoltre il taglio lineare su importi e prestazioni contrattualizzate penalizza allo stesso modo contratti per fabbisogni correttamente stimati e contratti a quantità "presunta". È da rilevare, in proposito, che quasi tutti i contratti in essere per fornitura di beni consumabili e servizi sono qualificati come «somministrazioni a fabbisogno effettivo» ai sensi dell'articolo 1560 del codice civile, con una quantità prevista in contratto indicativa, da cui l'aleatorietà anche dell'importo del contratto. In sostanza, il taglio del 5% potrebbe operare in modo "indolore" su un importo contrattuale sovrastimato rispetto al fabbisogno effettivo che determina il fatturato reale. L'economia diverrebbe quindi puramente "nominale", senza incidenza sulla spesa storica. Effetti diversi si sarebbero potuto ottenere ancorando i risparmi ai consumi "storici" effettivi o con le politiche di "tetto" (pur inique perché lineari). Bisognerà anche capire come applicare quantitativamente il taglio del 5% all'acquisto di un'apparecchiatura. Alla luce di quanto sopra, il previsto risparmio di 1.100 milioni previsto su base annua, potrebbe rivelarsi problematico.

Marco Boni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CURE ALL'INFANZIA AL TEST «SPENDING»

Interventi soltanto con il "bisturi" su sprechi e doppioni in pediatria

Un recente documento dell'Unicef indicava che in Grecia ci sono più di 439.000 bambini costretti a vivere al di sotto della soglia di povertà, malnutriti e in condizioni malsane. Alcuni fenomeni sociali che si stanno verificando in Italia lasciano prevedere che la critica condizione greca possa svilupparsi anche qui e che gli interventi messi in atto con la spending review, giustamente finalizzati a ridurre gli eccessi della spesa pubblica, per gli effetti sulla Sanità potrebbero, se non ben indirizzati, avere effetti negativi sulla condizione infantile del nostro Paese. L'aumento della disoccupazione giovanile, che ha raggiunto a maggio il valore record del 36,2%, e l'incremento della precarietà del lavoro potrebbero indurre le donne a posticipare ancora l'epoca della gravidanza determinando un aumento dei rischi. Nel Lazio, che registra ogni anno circa 55.000 nati (circa il 10% dei nati italiani), il numero delle primipare over 35 era del 10% negli anni '80 e ha raggiunto il 35% nel 2009. Nello stesso periodo il numero dei neonati pretermine è passato dal 5 all'8% di tutti i nati.

Negli ultimi anni si è verificato in Italia un aumento della povertà relativa che interessa più del 10% delle famiglie residenti (dati Istat) e raggiunge valori molto alti soprattutto al Sud. La diminuzione del reddito familiare ha già determinato una diminuzione dei consumi alimentari e inevitabilmente i bambini potrebbero veder peggiorare lo stato nutrizionale con dirette conseguenze sullo stato immunitario e più frequenti possibilità di contrarre infezioni. Ugualmente, è molto probabile che l'attuale crisi economica possa determinare nelle famiglie povere ulteriore diminuzione delle spese per l'istruzione, aumento dello stress e conseguentemente della violenza domestica, dei disturbi mentali e del maltrattamento infantile. Il ricorso ai servizi sociali e alle prestazioni sanitarie, a fini preventivi, diagnostici e terapeutici, se implicherà spese dirette con il pagamento di ticket non sarà sostenibile da ampi strati della popolazione.

È auspicabile che, nonostante il difficile momento economico, vengano mantenuti se non potenziati, gli interventi per l'infanzia e le famiglie più povere. Una particolare attenzione dovrà andare alla salute in gravidanza, ai neonati e soprattutto agli immigrati, per le difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

È ugualmente auspicabile che l'annunciata diminuzione di 7.000 posti negli ospedali italiani con la spending review non comprometta l'assistenza ospedaliera pediatrica e neonatale. Effettivamente in Italia ci sono piccoli reparti di pediatria e neonatologia che non hanno motivo di esistere. Il 10% dei circa 550.000 nati in Italia ogni anno nascono in strutture con meno di 500 parti, spesso sprovviste di attrezzature e personale idoneo ad affrontare emergenze e a fornire un'assistenza specialistica. Ugualmente, negli ultimi anni si è creata una grave carenza di pediatri neonatologi soprattutto nelle Regioni con piani di rientro del deficit sanitario. Il blocco del reclutamento di nuovo personale, non permettendo la sostituzione di chi va in pensione e addirittura in maternità, sta mettendo in ginocchio la quasi totalità dei reparti di neonatologia.

La spending review potrebbe essere un'occasione per le Regioni di rivedere i piani di assistenza perinatale accorpando i punti nascita con pochi nati e identificando i reali fabbisogni dei reparti di terapia intensiva neonatale. L'assistenza in queste strutture, pur riguardando solo il 2-3% di tutti i nati, ha contribuito sensibilmente alla riduzione della mortalità neonatale e infantile del nostro Paese. Purtroppo esistono alcune Regioni, come il Lazio, dove i posti di terapia intensiva neonatale sono insufficienti e, dunque, spesso neonati prematuri anche piccolissimi non possono essere curati nel centro dove nascono, ma debbono essere trasferiti in un altro ospedale con un aumento del rischio di morte e di esiti a distanza. I neonati pretermine di peso molto basso o quelli a rischio dovrebbero nascere ed essere assistiti in ospedali provvisti di una Unità di terapia intensiva neonatale (Tin), dove è presente personale medico e infermieristico qualificato e apparecchiature tecnologicamente avanzate.

Se con la spending review si riusciranno a chiudere piccoli reparti non funzionali, chiusura che nel passato è stata sempre ostacolata dalle comunità locali e da volontà politiche, e si riuscirà ad accorpate reparti vicini e a collocare in modo più razionale i posti di Tin, si otterranno una diminuzione delle spese e migliori risultati per la salute infantile.

Mario De Curtis

Ordinario di Pediatria Università La Sapienza- Roma
mario.decurtis@uniroma1.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

E il Tar Lombardia stronca la piattaforma telematica locale

Il passaggio dalle gare tradizionali - quelle in cui il segreto dell'offerta veniva tutelato con la cera lacca - alle gare telematiche, sempre più in voga presso le Centrali di Committenza regionali, sembra essere non priva di rischi. Ne sa qualcosa SinTel, la piattaforma telematica utilizzata da Lombardia Informatica, che è stata "rimandata a settembre" dal Dipartimento di Elettronica e informazione del Politecnico di Milano che ha individuato una «non completa tracciabilità delle operazioni» e ritenuto la scelta progettuale posta a base della piattaforma «errata e da modificare per le gare future», non potendo affermarsi che la piattaforma «garantisca l'inalterabilità» dei dati a essa trasmessi. La consulenza del Politecnico è stata sollecitata dal Tar Lombardia, chiamato a esprimersi in merito al ricorso presentato dalla Baxter Spa contro Lombardia Informatica per l'esclusione dalla gara per la fornitura di soluzioni infusionali dell'ottobre 2011. Secondo quanto comunicato da Lombardia Informatica, la Baxter è stata

esclusa dalla procedura di gara perché il documento immesso all'atto della presentazione dell'offerta elettronica non conteneva la dichiarazione di offerta economica, risultando desolatamente vuoto.

Baxter ha protestato e ribadito più volte di avere invece regolarmente compilato e inoltrato il file contenente l'offerta economica. Al Politecnico il compito di sciogliere il rebus verificando se la piattaforma SinTel garantisce quell'integrità dei dati che lo stesso Codice degli Appalti impone alle Stazioni Appaltanti nel caso di comunicazioni elettroniche trattandosi - come più volte affermato dai giudici amministrativi - di elemento sintomatico della segretezza delle stesse e della par condicio tra tutti i concorrenti.

La quarta sezione del Tar ha accolto il ricorso della Baxter annullando l'esito della gara e condannando la stazione appaltante al risarcimento del danno tramite il rinnovo delle procedure di gara (sentenza n. 03133/20119).

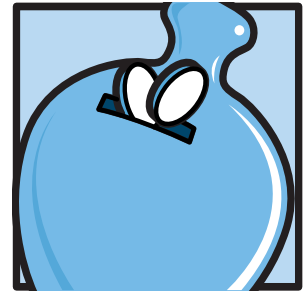
Una doccia fredda per quella che è da poco diventata la Stazione unica appaltante della Regione Lombardia. E un invito - proprio quando non si fa che discutere di gare centralizzate ed eticità degli acquisti - a riflettere che il pericolo (di errori, di disparità e diseguità) corre anche sul filo. (S.Tod.)

24-30 luglio 2012

MANOVRE/ Alla spending review si sommano i ritardi dei pagamenti da parte delle Asl

Doppia scure sui biomedicali

Maglia nera a Napoli con 1.746 giorni di ritardo - Vicenza la migliore



Biomedicali stretti tra due fuochi: da un lato la spending review - che secondo Assobiomedica «consacra un vero e proprio attentato al funzionamento del servizio pubblico» - dall'altro i ritardi cronici dei pagamenti, che a maggio 2012 portano lo scoperto a quota 5,39 miliardi, con una media di 303 giorni di ritardo, in leggero miglioramento rispetto ad aprile (-3 giorni).

La maglia nera va alla Calabria (470.375 milioni di scoperto) che totalizza ben 1.010 giorni di ritardo medio, registrando per di più un aumento di 11 giorni rispetto al mese precedente. A seguire il Molise, con 864 giorni di ritardo (per 110.762 milioni) e soprattutto la Campania, che con 801 giorni (-4 rispetto ad aprile) registra lo scoperto record di 943.631 milioni.

Ed è sempre in Campania l'azienda sanitaria che vanta il primato assoluto dei pagamenti lumaca: la Asl Napoli I centro ha totalizzato 1.746 giorni di ritardo a maggio, aggiungendone ben 30 rispetto ad aprile. Seconda nella classifica dei peggiori sempre un'azienda campana, l'azienda ospedaliera universitaria Federi-

Regioni	Giorni scoperto	Diff. con aprile (gg)	Scoperto (.000 euro)	Regioni	Giorni scoperto	Diff. con aprile (gg)	Scoperto (.000 euro)
V. d'Aosta	108	-3	6.036	Umbria	169	1	51.879
Piemonte	290	-8	450.684	Abruzzo	188	-7	106.754
Liguria	204	0	135.688	Molise	864	-31	110.761
Lombardia	106	-2	274.511	Lazio	339	4	580.302
Trentino A.A.	91	-2	27.556	Campania	801	-4	943.631
Veneto	289	-2	455.880	Basilicata	144	-11	24.249
Friuli	93	-2	43.817	Puglia	358	6	444.993
Emilia R.	289	-6	453.820	Calabria	1.010	11	470.375
Toscana	258	-3	323.034	Sicilia	275	-7	279.031
Marche	153	-4	77.461	Sardegna	300	-8	134.958
				Italia	303	-3	5.395.420

co II di Napoli, con 1.585 giorni di ritardo (+30 rispetto al mese precedente). Al terzo posto tra i peggiori l'azienda ospedaliera S.Sebastiano di Caserta che totalizza 1.329 giorni di ritardo, anche se tuttavia ha accorciato l'attesa di ben 134 giorni rispetto ad aprile.

Tra i pagatori più affidabili, il migliore in classifica è in Veneto: la Asl 4 Alto Vicentino vanta un ritardo di soli 79 giorni, tra l'altro in miglioramento rispetto ad aprile visto che ha totalizzato 7 giorni

di ritardo in meno. Seconda in classifica tra i migliori è l'azienda ospedaliera universistaria di Udine, con 78 giorni di ritardo (+2 rispetto ad aprile).

Alla difficoltà che le industrie scontano a causa dei cattivi pagatori, si somma ora la mannaia dei tagli lineari. A farne le spese, secondo l'associazione delle industrie biomedicali, non saranno solo le imprese ma anche i cittadini. Le decurtazioni richieste alla politica sanitaria non potranno non inficiare «la qualità delle presta-

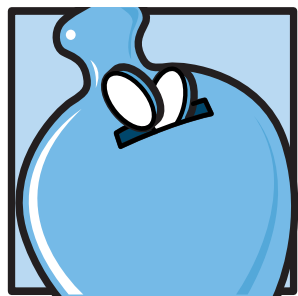
zioni» e la «rapidità di accesso alle cure». «Di fronte a questo scenario - conclude Assobiomedica - viene meno la possibilità per le aziende di investire in ricerca e sviluppo, cresce il rischio di delocalizzazione delle imprese e si favorisce l'ingresso sul mercato dei prodotti di bassa qualità. Si continuano a ignorare i veri obiettivi da perseguire: efficienza e appropriatezza del sistema sanitario».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

	Giorni di ritardo	Diff. con aprile (gg)	
Aziende peggiori	Asl Napoli I Centro	1.746	30
	Aou Federico II (Na)	1.585	30
	Ao S. Sebastiano Caserta	1.329	-134
	Ao di Cosenza	1.228	-87
	Ao Pugliese - Ciaccio (Cz)	1.198	1
	Asl Salerno	1.183	30
	Asp Cosenza	1.123	30
	Ao Mater Domini (Cz)	1.020	30
	Asr Campobasso	938	30
	Asl Napoli 2 Nord	906	30
	Giorni di ritardo	Diff. con aprile (gg)	
Aziende migliori	Asl 4 Alto Vicentino	79	-7
	Aou Udine	78	2
	Ao G. Salvini (Mi)	77	-5
	Asl provincia Bergamo	74	-18
	Asl 6 Sanluri	72	-4
	Ao Bolognini (Bg)	71	-0
	Asl 4 Medio Friuli	67	-20
	Asl 3 Alto Friuli	53	-3
Asl 5 Bassa Friulana	53	5	
Ircs Burlo Garofalo (Ts)	43	-6	

Fonte tabelle: elab. Il Sole-24 Ore Sanità su dati Assobiomedica



MANOVRE/ Alcuni passi avanti ma ancora limitazioni nelle relazioni col datore di lavoro

Sindacati con meno potere

Nelle scelte sulla determinazione degli organici basta l'«informazione»

Molte norme già viste negli anni epoca attenzione alla specificità del Ssn, come in tutte le ultime manovre finanziarie nel decreto 95/2012 sulla spending review.

Per ciò che concerne l'obbligo di servirsi di Consip, a esempio, tutti i suoi contenuti non hanno come destinatari aziende ed enti del Ssn, fatta eccezione per i commi che riguardano la soppressione della pubblicazione dei bandi per estratto su due quotidiani e un'ulteriore incombenza per l'alta dirigenza negli impegni per prevenire fenomeni di corruzione. Ma l'applicazione di quest'ultima norma appare un controsenso: il comma integra l'art. 16 del Dlgs 165/2001 che è norma di principio per la dirigenza statale che necessita di adeguamento da parte delle altre amministrazioni.

Personale. Anche la riduzione degli organici non riguarda il Ssn. Però all'interno dell'articolo sono contenuti tre commi che modificano alcune norme del Dlgs 165 in tema di relazioni sindacali e per questo sono applicabili a tutti. Tra questi, con una mano si concede qualcosa ai sindacati mentre con l'altra si toglie. Si prevede a esempio che laddove si tratta di organizzazione degli uffici, il modello relazionale (relazioni sindacali) resta sempre e comunque la sola informazione, ma quando si tratta di misure che riguardano il rapporto di lavoro viene introdotto l'esame congiunto. Questo modello era sparito dal 1999 e si ritiene sia da assimilare alla concertazione dei nostri attuali contratti. Nell'altro senso, quando si ridefiniscono le consistenze organiche, il modello di riferimento non è più la consultazione ma l'informazione.

Locazioni. C'è poi la previsione di riduzione dei costi delle locazioni passive. E l'articolo al primo comma comprende anche aziende ed enti del Ssn mentre le altre disposizioni sono dirette solo alle amministrazioni centrali. Quanto affermato sembrerebbe però essere contraddetto da un successivo comma - il 7 - dove troviamo la tradizionale formula del rinvio in quanto le norme «costituiscono disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica».

Società pubbliche. Altro argomento che scotta per le Regioni è l'intervento sulle società pubbliche. La norma è molto complessa e va approfondita in relazione a figure giuridiche quali gli Estav toscani o le Federazioni piemontesi. A un primo esame sembrerebbe che le caratteristiche non sussistano, ma la necessi-

Tutte le misure che coinvolgono il Ssn				
Norma	Contenuto in sintesi	Applicazione	Applicabilità diretta o meno	Entrata in vigore
Articolo 1				
Comma 5	Modifica al codice degli appalti (articolo 66, comma 7)	Non è più prevista la pubblicazione del bando di gara per estratto su due quotidiani nazionali	Diretta, per espressa previsione del comma 23	7/7/2012
Comma 24	Modifica al decreto 165/2001 (due lettere aggiunte all'articolo 16)	Incombenze a carico dei dirigenti per prevenire fenomeni di corruzione (fornire informazioni, formulare proposte, ruotare il personale)	Diretta, per espressa previsione del comma 23	7/7/2012
Articolo 2				
Comma 17	Modifica al decreto 165 del 2001 (articolo 5, comma 2)	Alla sola informazione ai sindacati per le determinazioni relative all'organizzazione degli uffici voluta dal decreto Brunetta si aggiunge l'esame sulle misure riguardanti i rapporti di lavoro	Diretta	7/7/2012
Comma 18	Modifica al decreto 165/2001 (articolo 6, comma 1)	Viene tolta la consultazione in materia di dotazioni organiche (solo informazione) Viene prevista la procedura in caso di esubero	Diretta	7/7/2012
Comma 19	Norma autonoma di chiarimento	Si ribadisce il diritto all'informazione in pratica su tutte le materie del rapporto di lavoro	Diretta	7/7/2012
Articolo 3				
Comma 1	Non applicazione degli adeguamenti Istat sulle locazioni passive	Sui canoni di locazione passiva per tre anni	Diretta (anche se contraddetta dal comma 7)	7/7/2012
Altri commi	Recesso dai contratti Riduzione canone del 15% Ottimizzazione degli spazi a uso ufficio Scarto d'archivio	Non si applicano in via diretta alle Regioni e agli enti del Ssn, per i quali costituiscono disposizioni di principio per il coordinamento della finanza pubblica	Adeguamento	1/1/2013
Articolo 5				
Comma 2	Riduzione del 50% dello speso 2011 per qualsiasi costo relativo all'autoparco	Deroga per il solo 2013 in caso di contratti pluriennali	Diretta (anche alla luce del comma 6)	1/1/2013
Comma 7	Tetto al valore nominale dei buoni pasto	Non riguarda il valore del pasto consumato direttamente in mensa	Diretta	1/10/2012
Comma 8	Divieto di monetizzare le ferie	Il divieto modifica i contratti collettivi	Diretta	7/7/2012
Comma 9	Divieto incarichi di studio e di consulenza	Riguarda gli incarichi per attività corrispondenti nella amministrazione già di appartenenza	Diretta	7/7/2012
Comma 11	Criteri per la valutazione organizzativa e individuale dei dipendenti pubblici	In attesa dei nuovi Ccnl, con Dpcm - previo parere della Civit - sono fissati i criteri, ma non per le amministrazioni che già li hanno adottati	Diretta (dubbi sulla sopravvivenza dell'articolo 31 del decreto 150/2009)	7/7/2012
Articolo 15				
Comma 13	Riduzione 5% contratti di fornitura Rinegoziazione contratti Standard PI a 3,7 per mille abitanti	Esclusi i farmaci - per i dispositivi la riduzione cessa il 31 dicembre 2012 La riduzione dei PI deve essere almeno per il 40% sui PI ospedalieri pubblici In attesa della definizione dei nuovi standard sono vietati contratti ex articolo 15-septies	Diretta	7/7/2012
Comma 14	Riduzione contratti con il privato accreditato	Rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014	Diretta	7/7/2012
Comma 21	Riduzione costo del personale	Ribadita la riduzione dell'1,4% sulla spesa 2004 anche per il prossimo triennio, sono attenuati i vincoli per le Regioni in equilibrio di bilancio	Diretta	7/7/2012

tà di istituire le figure giuridiche mediante legge nazionale pone un vincolo apparentemente insormontabile per le Federazioni.

Auto blu. Ci sono poi gli interventi di riduzione della spesa cui si è già ricorso in passato. Per come è formulato il comma 2 dell'articolo 5 non c'è dubbio che la Sanità sia coinvolta, anche perché nel comma 6 si afferma che «le disposizioni del presente articolo costituiscono principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione». In dettaglio sono previsti: il 50% dello speso 2011 per gli autoparchi comunque intesi e organizzati; il tetto dei buoni pasto a 7 euro; il divieto di monetizzazione delle ferie non fruiti; il divieto di consulenze per i neo-pensionati.

La prima disposizione è il solito taglio lineare e assimila-

le auto mediche o le auto di servizio dei dipartimenti della prevenzione alle auto blu, visto che nelle deroghe non è indicata alcuna fattispecie specifica del Ssn. Il paradosso è che se un'azienda sanitaria avesse applicato correttamente le disposizioni del Dl 78/2010 - e molte lo hanno fatto - oggi un autoparco medio che nel 2009 era di 200 auto (numero del tutto plausibile e necessario in una azienda sanitaria) oggi dovrebbe essere di 80 con una ovvia e inevitabile caduta dei livelli di assistenza sanitaria. E il taglio, secondo i sindacati, potrebbe coinvolgere circa 9mila auto mediche.

Buoni pasto. Sul tetto dei buoni pasto c'è poco da dire se non che i contratti vigenti della Sanità lo prevedono ancora fisso a 5,16 euro: forse sarebbe stato più utile agire con la forza della legge sui requisiti soggettivi per avere diritto al pasto, visto che i contratti collettivi sono piuttosto vaghi.

Consulenze. Il divieto di consulenze riprende una vecchia norma della finanziaria

1995 ma, paradossalmente, ne restringe la portata rigorosa limitando il divieto al solo soggetto collocato in quiescenza, riducendo il periodo pregresso da cinque a un anno e legandolo soltanto allo svolgimento di «attività corrispondenti».

Ferie. L'intervento sulle ferie merita un discorso a parte. La norma è inutile e con molta probabilità incostituzionale. Inutile perché è del tutto tautologico ribadire che ferie e permessi «sono obbligatoriamente fruiti secondo quanto previsto dai rispettivi ordinamenti»: è lo stesso art. 36 della Costituzione che declina le ferie «irrinunciabili». Il legislatore ipotizza, dunque, che tutte le ferie residue siano fruiti «obbligatoriamente» e non si chiede evidentemente perché il fenomeno abbia raggiunto questa proporzione. Infatti, nella sola Sanità sono accantonate migliaia e migliaia di giorni di ferie non goduti. In più, se davvero le ferie dovessero essere prese o imposte d'ufficio «obbligatoriamente» nell'anno solare o al massimo nel successivo semestre, si paralizzerebbe forse

l'intero pubblico impiego, ma la Sanità sicuramente. Infine è probabilmente incostituzionale perché, alla luce di quanto appena detto, le ferie sarebbero di fatto perse mentre la soluzione della monetizzazione è contenuta nel Dlgs 66/2003 che recepisce una normativa comunitaria di rango, quindi, subcostituzionale. Se si voleva intervenire su un fenomeno totalmente fuori controllo sarebbe stato meglio prendere atto di una verità: 36 giorni lavorativi di ferie sono evidentemente troppi. Per cui - a titolo di provocazione - si sarebbe potuto stabilire con legge che i giorni contrattualmente previsti sono di calendario e non lavorativi o allineare per tutti il periodo spettante a quello minimo stabilito dalla normativa comunitaria, cioè quattro settimane nell'anno solare.

Valutazione. C'è poi quella che la stampa ha definito la «pagellina» del dipendente

pubblico. I principi sulla valutazione organizzativa e individuale esistono già nei contratti collettivi e dal 2009 sono obbligatori per legge. Peraltro l'esistenza dell'art. 31 del decreto 150/2009 (riforma Brunetta) dovrebbe tenere fuori le aziende sanitarie da questa materia. Infine, è soppressa la vice-dirigenza, che, in ogni caso, non ha mai riguardato il Ssn.

L'articolo che si occupa di riduzione delle spese di personale non riguarda la Sanità, ma contiene un ennesimo capitolo della annosa questione del pagamento alle Asl delle visite fiscali. Anche se smentito dalla Corte costituzionale, il Governo continua a tentare di eludere il nocciolo della questione e cioè che tutte le pubbliche amministrazioni devono pagare le visite fiscali che richiedono alla Asl competente per residenza del lavoratore. Adesso l'invenzione è un «rimborso forfetario alle Regioni delle spese sostenute per gli accertamenti medico-legali».

Norme specifiche. Infine, con l'art. 15 si entra nel merito della spesa sanitaria. Al di là delle norme già illustrate anche su questo giornale e che sono contenute nel testo del decreto approvato, vorrei ricordare che, seppure superata, la tematica della chiusura dei piccoli ospedali sotto i 120 posti letto era già prevista in termini perentori entro il 30 giugno 1995 dall'art. 3 della legge 724/1994, norma che non è mai stata abrogata, né peraltro applicata.

C'è poi il divieto, in attesa dell'attuazione della manovra, di conferire o rinnovare incarichi ex art. 15-septies del Dlgs 502/1992 che riguarda i contratti a tempo determinato e non, come ha scritto molta stampa generalista, la nomina dei primari. In questo ambito sarà interessante vedere che fine faranno gli standard sulle strutture complesse predisposti dal Ministero nel marzo scorso (v. il Sole-24 Ore Sanità n. 20/2012).

Poi, anche le aziende sanitarie devono aderire obbligatoriamente ai contratti Consip per tutti i beni e servizi presenti nelle sue piattaforme. Infine, vengono prorogate per altri tre anni, cioè fino a tutto il 2015,

le disposizioni sul contenimento del costo del personale parametrando la riduzione sull'1,4% rispetto al costo 2004, aggiungendo una sorta di franchigia che considera adempiente la Regione che abbia conseguito l'equilibrio economico e assicurato la riduzione dello 0,47% nel 2013 e dello 0,97% del 2014.

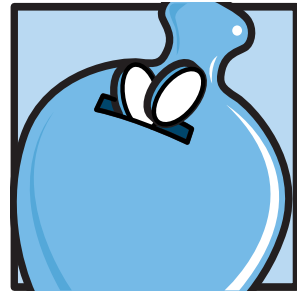
Stefano Simonetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MANOVRE/ Dalla Confederazione di medici e dirigenti le proposte alternative ai tagli in arrivo

Cosmed, ricetta anti-sprechi

Dall'acquisto di "caccia" alle facoltà di Medicina: dove intervenire



Fare cassa salvaguardando rendite di posizione e privilegi, anche a costo di decretare la morte per asfissia di un servizio fondamentale quale il sistema sanitario pubblico, «che associa a una spesa pro capite tra le più basse al mondo positivi risultati in termini di salute prodotta». È tranchant il giudizio sulla spending review espresso dalla Cosmed, la Confederazione sindacale medici e dirigenti, che dopo i primi commenti negativi a caldo ha scelto di affidare a un comunicato ufficiale la propria decisa contrarietà ai «tagli allo stato sociale», che «nascono da una chiara volontà politica», a tutto danno di conquiste che sembravano ormai assodate sul fronte delle garanzie offerte dal welfare.

Dalla Confederazione arriva quindi la ricetta alternativa per ridurre la spesa, falciando quelli che sono indicati come sprechi ed esborsi inutili e preservando di conseguenza il diritto alle cure e all'assistenza.

Questi i suggerimenti, scritti nero su bianco dai dirigenti Cosmed:

- fermare l'acquisto di armamenti costosissimi come gli aerei F35;
- incidere più duramente su auto blu e autisti dedicati alla politica e alla rappresentanza delle aziende sanitarie;
- tagliare in maniera sostanziale i costi della politica, a cominciare dalle 30.000 poltrone delle società partecipate dagli enti locali;
- togliere l'immunità da ogni spending review alle 42 facoltà di medicina che gestiscono con i

soldi del Ssn circa 20.000 posti letto e migliaia di strutture complesse, spesso create ad arte per i baroni vecchi e nuovi e i loro familiari;

● ridurre la durata dei corsi di specializzazione medica che sono i più lunghi d'Europa e ritardano l'accesso al lavoro di migliaia di giovani medici.

E sempre a proposito di equità la Cosmed pone sei domande retoriche: perché il "contributo di solidarietà" del 5% sopra i 90.000 euro è pagato solo dai dipendenti pubblici e pensionati? Perché si tassano con la stessa aliquota i pochi risparmi di pensionati e lavoratori e i grandi patrimoni di banche e speculatori? Perché le donne del pubblico impiego devono andare in pensione dopo quelle del privato, salvo poi ricorrere a deroghe ad hoc per alcuni settori come nella spending review? Perché non si consente al pubblico impiego l'uscita anticipata, come per i privati, per la classe 1952? Perché si vuole rischiare una

nuova ondata di esodati nel pubblico impiego, invece di correggere regole pensionistiche, discriminatorie, antieconomiche e penalizzanti? Perché si continua a lasciare nell'incertezza migliaia di precari malgrado gli impegni assunti?

La risposta - chiosano dalla Confederazione - è semplice: «è più facile colpire i servizi sociali che le sacche di rendite parassitarie che continuano a prosperare alla faccia degli italiani travolti dalla crisi».

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SPENDING REVIEW/ LA PROPOSTA DEL CNEL

«Personale, acquisti e Ict: ecco la via»

A domanda ha fornito una (prima) risposta. Il Cnel, il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, su richiesta del ministro per i Rapporti con il Parlamento **Piero Giarda** ha sintetizzato una serie di osservazioni e proposte nel documento "La spending review: aspetti di metodo e di merito". Ne emerge un pacchetto di linee guida che non risparmiano critiche alla sostanziale inazione dei governi, fino a oggi, sul fronte della revisione della spesa. E che guardano oltre i tagli effettuabili nel 2012.

Dal ruolo delle amministrazioni al nodo del costo del personale e della dirigenza, dall'Ict all'impiego di tecnologie; dai beni e servizi fino alla riforma dell'Isee passando per la corposa voce "altri interventi in Sanità": tanti i capitoli attinenti la stretta sul Ssn. Il personale, intanto: secondo il Cnel la strada per intervenire sulle amministrazioni centrali è una redistribuzione delle competenze che a sua volta comporti la riallo-

cazione degli addetti. La «mal distribuzione» che è effetto anche «dei pensionamenti che si verificheranno nei prossimi anni e che ovviamente sono privi di una logica organizzativa», impone di modificare «le regole organizzative dei settori e dei comparti, e gli accordi contrattuali sulla mobilità, realizzando piani industriali, amministrazione per amministrazione, dei servizi e delle strutture della Pa». Da riconsiderare con un'azione graduata nel tempo anche la classificazione dei posti di funzione dirigenziale nelle amministrazioni centrali.

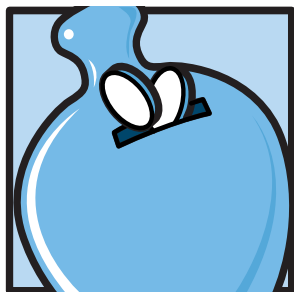
Sul fronte B&S è forte la spinta all'e-procurement. Ma per superare le disparità regionali bisogna «cogliere l'occasione spending review per proporre alla Conferenza Stato-Regioni una nuova iniziativa su "buone pratiche e loro disseminazione"». L'Ict in funzione anti-sprechi deve diventare anche il "mantra" delle Asl. Nella gestione del bilancio e delle procedure (da ricon-

dure a una gestione unitaria regionale) così come nella registrazione informatica dell'iter clinico di un paziente. Largo alle centrali d'acquisto per farmaci e strumentazioni sanitarie e addio, già nei piani di rientro, al trattamento cartaceo delle prescrizioni. «che sono obsolete, presentano costi enormi e consentono ampie possibilità di abusi e truffe».

In fila una serie di altri interventi anti-spreco: riduzione delle Asl; riorganizzazione della medicina territoriale; valorizzazione del volontariato e dell'assistenza familiare grazie a «una revisione economica basata sulla composizione del nucleo familiare, con l'armonizzazione dei diversi sistemi previdenziali». Infine, con l'introduzione dell'anagrafe dei conti correnti prevista dal decreto Salva-Italia sarebbe oggi possibile, mettere a punto un Isee funzionante».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MANOVRE/ Bocciauto dalla Corte costituzionale un comma della legge 2011 di Tremonti

Consulta, altolà ai ticket 2014

Illegittimo che lo Stato decida da solo - Balduzzi: alternative al vaglio

Con la bocciatura della legge Tremonti sulle procedure per adottare i nuovi ticket sanitari 2014 si fa sempre più concreta l'ipotesi, accarezzata da tempo dal ministro Balduzzi, di eliminare il meccanismo del copayment a favore di un sistema basato su una franchigia in base al reddito. Su questa ipotesi i tecnici del ministero avrebbero aperto una riflessione da mesi, da quando cioè il ministro si è insediato a Lungotevere Ripa, non facendo mistero delle sue perplessità sull'introduzione di ticket aggiuntivi a favore di un meccanismo di prelievo in base al reddito che però garantisca il principio di equità. «Si tratta di un'idea - ha precisato Balduzzi - ma ci possono essere anche altre proposte da valutare». Se il punto di approdo quindi non è ancora delineato, non è però arrivata alcuna difesa del ticket aggiuntivo da parte del Ministro che commentando la decisione dei giudici ha parlato di «una sentenza di grande spessore che illustra con nitidezza il quadro dei rapporti tra Stato e Regioni in materia di spesa sanitaria». Mentre per il presidente della Regione Fvg Renzo Tondo «il Governo dovrà

Il testo cassato

A decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del ministro della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, sono introdotte misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle Regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni. (...omissis...) Le Regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico-finanziario (...omissis...).

prestare più attenzione ad aprire conflitti con le Regioni, soprattutto una Regione come la nostra, da sempre responsabile».

La bocciatura delle procedure

su nuovi ticket 2014 è contenuta nella sentenza n. 187 depositata il 4 luglio scorso. I giudici, respingendo una serie di ricorsi sollevati dal Friuli Venezia Giulia e dal

Veneto hanno però dato ragione alla prima su un punto: l'iter per stabilire il meccanismo di copayment non può essere emanato in autonomia dall'amministrazione

centrale. E nella fattispecie da un regolamento del ministero della Salute in accordo con quello dell'Economia, come recita l'articolo 17, comma 1, lettera d), del Dl

I ticket nel 2011 (milioni di euro)

Regioni	Ticket Asl	Ticket farmaci	Maxi aliquote	Totale 2011	Procap. 2011 (€)	Italia = 100	Var.ne 2010/11
Piemonte	125,2	74,2	0,0	199,3	45	59	15,6
V. d'Aosta	5,7	1,4	0,0	7,0	55	72	9,0
Lombardia	207,7	236,8	0,0	444,5	45	59	16,7
Trentino A.A.	32,4	12,5	0,0	44,9	43	57	8,3
Veneto	141,9	118,4	0,0	260,3	53	69	12,8
Friuli V.G.	39,5	14,8	0,0	54,3	44	58	18,1
Liguria	40,7	32,5	108,4	181,6	112	148	10,7
Emilia R.	144,4	58,7	0,0	203,1	46	60	17,2
Toscana	122,6	46,6	0,0	169,2	45	59	14,3
Umbria	23,9	13,3	0,0	37,3	41	54	19,7
Marche	45,5	21,9	0,0	67,4	43	57	22,8
Lazio	137,6	131,1	766,5	1.035,2	181	238	3,7
Abruzzo	37,8	29,7	38,1	105,6	79	104	12,6
Molise	6,5	7,6	24,0	38,2	119	157	-17,5
Campania	58,0	171,8	289,3	519,2	89	117	0,7
Puglia	57,2	112,8	239,0	409,1	100	132	-6,4
Basilicata	12,2	8,8	0,0	21,0	36	47	37,2
Calabria	26,7	46,4	128,2	201,3	100	132	-15,7
Sicilia	42,2	173,6	337,4	553,1	110	144	9,3
Sardegna	28,5	22,4	0,0	50,9	30	40	17,0
Totale	1.336,2	1.335,4	1.931,1	4.602,6	76	100	5,9

Fonte: elaborazioni Corte conti su dati ministero della Salute

6 luglio 2011, n. 98, convertito dalla legge 111/2011 (si veda box in pagina). Testualmente la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del cosiddetto decreto Tremonti «nella parte in cui prevede che le misure di compartecipazione siano introdotte «con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2 della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del ministro della Salute di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze».

La legge, così come formulata, infatti entra in collisione con l'articolo 117 della Carta costituzionale in quanto, argomentano i giudici, «le misure di compartecipazione ai costi dell'assistenza farmaceutica attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, la cui determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale (art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.), sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni (art. 117, terzo comma, Cost.)».

Flavia Landolfi