



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



Tetti di spesa mensili e budget è scontro tra privati e Regione

La svolta del commissario Polimeni, centri in rivolta

Ettore Mautone

Tetti di spesa in dodicesimi: una circolare firmata dal commissario governativo per la Sanità Joseph Polimeni e dal sub commissario Claudio D'Amario, inviata il 2 febbraio scorso alle Asl e alle Associazioni di categoria del settore privato accreditato, istituisce un tetto di spesa mensile, anziché annuo, per venire a capo del fatale esaurimento delle attività in convenzione a fine anno. Le risorse resteranno quelle stanziare nel 2014 con un ritocco al ribasso del 2%, per rispettare i vincoli della spending-review.

«Un sistema - avverte Pierpaolo Polizzi, presidente dell'Aspat - che sposterà su 30 giorni i problemi che si verificano a fine anno. Esaurite le risorse nelle prime settimane i cittadini dovranno fare i conti con liste di attesa anche nel privato convenzionato e a poco servirà avere il Cup (centro di prenotazione unico) in cui verificare la possibilità di eseguire un'analisi e una radiografia in un altro centro accreditato o in un ospedale pubblico. L'alternativa? Pagare la prestazione o rinunciare alle cure».

«In tali condizioni - aggiunge Eugenio Basile, di Confindustria Sanità - sarà sempre più difficile accedere a prestazioni ambulatoriali a cari-

co del Servizio sanitario nazionale considerando anche la stretta del ministero sui medici di famiglia, riguardo alla prescrizione di 203 prestazioni ambulatoriali considerate ad elevato rischio di inappropriatelyzza con l'effetto collaterale dell'aumento degli accessi impropri nel pronto soccorso ovvero della migrazione extraregionale».

Altra novità: il provvedimento introduce vincoli di budget per singolo centro anziché per macroarea assistenziale. Per semplificare laddove finora ogni disciplina (laboratoristica, diagnostica, specialistica ambulatoriale, dialisi, diabetologia, ecc) attingeva a un serbatoio unico per i rimborsi (indipendentemente da chi fosse l'erogatore convenzionato) ora ci saranno tante piccole tancine a disposizione di ogni laboratorio o gabinetto specialistico, la cui capienza è calcolata in base alla spesa storica. «Un ritorno al passato - conclude Bruno Accarino del Sindacato radiologi - quando tale sistema determinava una completa ingessatura delle attività dei centri garantendo rendite di posizione ma tagliando le gambe alla concorrenza, alla qualità e agli investimenti». Intanto il crono-programma fissato dalla struttura commissariale prevede entro il 15 febbraio i decreti commissariali per regolare definitivamente i

tetti di spesa ed i contratti del 2015, entro il 30 maggio la conclusione delle procedure in corso di accreditamento definitivo dei privati, entro il 30 giugno

La definizione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati tetti di spesa per il biennio 2016-2017 (per dare la possibilità agli erogatori di programmare gli

Investimenti). Il 31 luglio la data ultima per stipulare gli accordi contrattuali annuali in funzione di liste di attesa, mobilità passiva, contesto epidemiologico). Tempi entro cui, secondo indiscrezioni, ci sarebbero margini per una marcia indietro almeno sul budget per singola struttura se non sui tetti di spesa mensili.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



quotidianosanità.it

Lunedì 08 FEBBRAIO 2016

Campania. Tetti di spesa, Polimeni li attribuisce per singola struttura e propone vincoli mensili anziché annuali

Il budget resterà quello stanziato nel 2014 con un ritocco al ribasso del 2%, per rispettare i vincoli della spending-review. Associazioni di categoria sul piede di guerra. Ma si intravede la possibilità di una marcia indietro prima dell'adozione del decreto finale.

Sanità accreditata part-time: la schiarita annunciata dal governatore De Luca su tetti di spesa e accordi contrattuali rischia di trasformarsi subito in cielo cupo. La bufera è segnata dal semaforo verde fatto scattare nei giorni scorsi dal commissario Joseph Polimeni alla prima circolare del 2016. Indirizzata ai manager di Asl e ospedali, oltre che ai presidenti delle associazioni di categoria degli erogatori, disciplina le attività in convenzione attraverso tetti di spesa mensili anziché annuali e fissa budget e volumi di prestazioni massimi attribuiti per singola struttura anziché per macroarea assistenziale.

Queste le principali novità del provvedimento che hanno provocato la levata di scudi delle Associazioni di settore.

Il budget resterà quello stanziato nel 2014 con un ritocco al ribasso del 2%, per rispettare i vincoli della spending-review. Fatte salve le premesse - che sintetizzano le buone intenzioni di evitare che a fine anno l'esaurimento delle risorse disponibili lasci scoperta l'assistenza - il provvedimento introduce dunque l'obbligo, per le strutture convenzionate, di rispettare un tetto di spesa mensile ma anche vincoli di spesa calibrati sulla spesa storica di ogni singola struttura.

Il tempo per una marcia indietro del commissario Polimeni e del sub commissario D'Amario invocata a gran voce dai rappresentanti degli operatori è, secondo indiscrezioni, ancora possibile, inscritta nei tempi del preciso crono-programma stilato dalla struttura commissariale per il riordino della sanità ex convenzionata.

I tempi

Entro il 15 febbraio è infatti previsto il via ai decreti commissariali per regolare definitivamente i tetti di spesa ed i contratti dell'anno appena trascorso. Contratti che hanno viaggiato finora sulla scia di un regime di prorogatio e in assenza di veri e propri accordi. Il secondo step è fissato in agenda per il 30 maggio quando dovranno essere concluse le procedure in corso di accreditamento definitivo di tutti i privati ancora operanti in regime di provvisorio accreditamento.

Entro il 30 giugno, infine, dovrà arrivare la griglia dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati tetti di spesa per il biennio 2016-2017. Tetti di spesa calibrati su un biennio per dare la possibilità agli erogatori di programmare gli investimenti. E' il 31 luglio, infine, la data ultima da cerchiare in rosso in agenda entro cui stipulare gli accordi contrattuali annuali tra centri erogatori e Asl in funzione del contenimento delle liste di attesa, della mobilità passiva e del contesto epidemiologico.

"I tetti mensili – avverte Pierpaolo Polizzi, presidente dell'Aspat – non farà altro che spostare su 30 giorni i problemi che oggi si verificano a fine anno. Esaurite le risorse nelle prime settimane i cittadini dovranno fare i conti con liste di attesa anche nel privato convenzionato e a poco servirà avere il Cup (centro di prenotazione unico) in cui verificare la possibilità di eseguire un'analisi e una radiografia in un altro centro accreditato o in un ospedale pubblico. L'alternativa? Pagare la prestazione o rinunciare alle cure".

Confindustria Sanità

"In tali condizioni – aggiunge Eugenio Basile, di Confindustria Sanità - sarà sempre più difficile accedere a prestazioni ambulatoriali a carico del Servizio sanitario nazionale considerando anche la stretta del ministero sui medici di famiglia, riguardo alla prescrizione di 203 prestazioni ambulatoriali considerate ad elevato rischio di inappropriatelyzza con l'effetto collaterale dell'aumento degli accessi impropri nei pronto soccorso ovvero della migrazione extraregionale".

Il Sindacato radiologi

Altra novità: come detto il provvedimento introduce vincoli di budget per singolo centro anziché per macroarea assistenziale. Per semplificare laddove finora ogni disciplina (laboratoristica, diagnostica, specialistica ambulatoriale, dialisi, diabetologia, ecc) attingeva a un serbatoio unico per i rimborsi (indipendentemente da chi fosse l'erogatore convenzionato) ora ci saranno tante piccole taniche a disposizione di ogni laboratorio o gabinetto specialistico, la cui capienza è calcolata in base alla spesa storica. "Un ritorno al passato – sottolinea Bruno Accarino del Sindacato

radiologi - quando tale sistema determinava una completa ingessatura delle attività dei centri garantendo rendite di posizione ma tagliando le gambe alla concorrenza, alla qualità e agli investimenti. Il vero nodo è quello dei controlli che in Campania, a dispetto di norme che sin dal 2008 hanno anticipato l'impossibilità per i medici di prescrivere analisi e indagini diagnostiche a rischio d'inappropriatezza, sono sempre stati assenti.

Va del resto ricordato che il settore della specialistica esterna è stato falciato lasciando sul piatto qualcosa come 110 milioni di euro in 5 anni. Ovvio che la coperta corta lasci scoperti i piedi del paziente e poco importa se su scala pensile si utilizza un plaid. Se non si cambia qualche fattore la somma non cambia e i piedi resteranno sempre fuori dal letto".

"Il presidente De Luca – aggiunge ancora Polizzi – aveva assicurato che nell'arco dei primi mesi dell'anno avrebbe voltato pagina rispetto al passato nella programmazione delle nostre attività. Ci ritroviamo invece, con un commissario governativo che rispolvera un vecchio arnese della programmazione come i tetti di spesa per singola struttura e che adotta il budget su base mensile anziché annuale. Ciò non farà altro che riproporre in dodicesimi i problemi oggi concentrati alla fine dell'anno quando, negli ultimi mesi, il budget risulta esaurito. Eppure ci siamo fatti parte diligente per proporre una minuziosa proposta di riassetto del nostro settore che contempera maggiore efficienza, assicura controlli sulla appropriatezza della spesa e garantisce l'assistenza per tutto l'anno secondo standard di qualità ed efficienza. Alla luce di quanto ci propone la struttura commissariale ci chiediamo, inoltre, che fine abbia fatto la minuziosa analisi del fabbisogno da approfondire nei singoli tavoli tecnici e che avrebbe dovuto riguardare tutte le discipline in convenzione per mettere a punto il lavoro di pianificazione ed evitare tagli a valle di prestazioni già erogate che oggi alimentano disservizi e contenzioso".

La Federlab

A puntare il dito sulla proposta avanzata dalla struttura commissariale è anche la Federlab che però resta fiduciosa in un ripensamento di D'Amario e Polimeni.

"Ci saranno più disagi che vantaggi – dicono i rappresentanti di quest'ultima associazione – se il budget è incapiente su base annuale resta tale su base mensile e a pagarne le spese saranno i cittadini che, nella migliore delle ipotesi dovranno spostarsi da un territorio all'altro ovvero scontare le liste di attesa sia nel pubblico sia nel privato perdendo il vantaggio di un servizio unanimemente riconosciuto dall'utenza come di qualità ed efficiente". "Mi auguro che il provvedimento frettolosamente assunto – avverte il presidente di Federlab Italia Vincenzo D'Anna, senatore di Ala – possa essere rivisto a stretto giro anche in ragione delle promesse del governatore De Luca fatte ai cittadini campani di venire a capo delle liste di attesa e dell'esaurimento delle attività negli ultimi mesi dell'anno".

Dialisi e radioterapia

Per quanto riguarda le prestazioni di dialisi e di radioterapia "considerata la specificità di questi settori – è scritto nella circolare firmata da Polimeni - in attesa del decreto commissariale che definirà i tetti di spesa 2016, i centri privati potranno regolarsi come segue:

- per la branca della dialisi ambulatoriale, ciascuna struttura privata potrà fare riferimento in via provvisoria ai tetti di spesa stabiliti per singola struttura per il 2014, come integrati in applicazione del decreto commissariale n. 68 del 16/6/2015 (BURC n. 41/2015), senza decurtazioni.

- per la branca della radioterapia ambulatoriale, ciascuna struttura privata potrà fare riferimento in via provvisoria al fatturato 2014 riconosciuto liquidabile dalla ASL competente (dopo tutti i controlli e dopo l'applicazione del tetto di spesa di branca per il 2014), senza decurtazioni. Infine, occorre far presente alle Associazioni ed agli Erogatori Privati Accreditati per la specialistica ambulatoriale che, dal 10 gennaio 2016, la possibilità di incrementi dei limiti di spesa programmati per le prestazioni rese ai residenti in altre regioni (vigente in passato per i tetti di spesa di macroarea / branca specialistica) potrà essere prevista ed ammessa solo per le prestazioni sanitarie ed alle condizioni fissate dall'art. 1, comma 574, della legge n. 208/2015.

Riabilitazione

Riflettori accesi infine anche sul nodo della riabilitazione dove tutto è fermo alla mancata ridefinizione delle tariffe sulla scorta di diverse sentenze della magistratura amministrativa regionale, sia del Tar, sia del Consiglio di Stato. "La transazione conclusa a maggio scorso – conclude Polizzi - è finita nelle sabbie mobili della burocrazia e non ha ancora trovato attuazione. Sotto la lente c'è anche la questione Radioterapia che, al pari delle altre terapie considerate salvavita, (dialisi e diabetologia), viaggia dallo scorso settembre in versione "economy", con risorse rastrellate rimodulando le tariffe di rimborso di alcune prestazioni di ultima generazione. Qui si pensava a una griglia di pacchetti prestazionali a valore predefinito capaci di assorbire la complessità della terapia, premiare l'innovazione e remunerare l'investimento tecnologico elevando così la qualità media delle cure come avviene in altre regioni. Tutto ciò avviando, comunque, stringenti controlli sull'appropriatezza in chiave antisprechi. Il modello di riferimento è quello attuato in regioni come la Toscana, l'Umbria e la Lombardia. Ma lo è solo sulla carta se fa fede il tenore di circolari come quelle firmate da Polimeni".

Ettore Mautone

quotidianosantà.it

Sabato 06 FEBBRAIO 2016

Asl Napoli 2 Nord. Tutti i nodi affrontati dal commissario D'Amore a tre mesi dalla nomina

L'occasione per fare il punto durante la visita del commissario all'ospedale di Pozzuoli: "In arrivo una nuova Tac e l'apertura dell'emodinamica". Ma si è parlato anche di stabilizzazione dei precari, sblocco turnover senza dimenticare il nodo della diabetologia.

Il Commissario straordinario della Asl Napoli 2 nord **Antonio D'Amore** e il sindaco di Pozzuoli **Vincenzo Figliolia** hanno visitato il Nuovo Pronto Soccorso dell'ospedale Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli. Ultimazione della sala per l'emodinamica, il potenziamento dei reparti con problematiche strutturali o di personale e l'arrivo di una nuova Tac di ultima generazione entro la primavera: questi i nodi da sciogliere su cui è al lavoro la nuova struttura commissariale.

"L'obiettivo – avverte il commissario – è assicurare in tempi rapidi una dotazione di personale adeguata ai nuovi servizi e di garantire al più presto possibile l'apertura del nuovo Pronto Soccorso. Proprio per quest'ultima struttura hanno già preso in via le gare per acquistare gli arredi e le tecnologie. Al termine di tali procedure l'ospedale Santa Maria delle Grazie potrà contare su una macchina Tac, aggiuntiva rispetto a quella attuale. La nuova strumentazione Tac sarà una "128 slices" ad altissima definizione, una delle poche tecnologie del genere presenti in Campania. Questa nuova apparecchiatura tecnologica rientra nel piano di riassetto delle tecnologie che l'Azienda ha avviato su tutte le proprie strutture. Il nuovo pronto soccorso, come quello degli altri ospedali dell'Asl, sarà basato sul sistema del triage, ovvero: al momento dell'accettazione il paziente verrà valutato per la gravità del proprio caso, così da dare priorità di attesa in base alla necessità di cure più rapide". Per preparare il personale al meglio nella gestione di tale pratica, l'Asl Napoli 2 Nord ha avviato un percorso di formazione che prenderà il via dalla prossima settimana, coinvolgendo 75 infermieri provenienti dai diversi ospedali dell'Azienda.

L'apertura del nuovo Pronto Soccorso del Santa Maria delle Grazie è prevista entro la primavera. La visita del Commissario straordinario rientra tra i sopralluoghi periodici che il manager sta effettuando ai Presidi ospedalieri per verificare l'andamento dei lavori di ristrutturazione dei lavori in corso.

"Procedono speditamente – continua D'Amore – i lavori al pronto soccorso dell'ospedale di Frattamaggiore dove all'atto del mio insediamento ho trovato una situazione drammatica, con un impianto idrico e fognario che da anni ne determinava l'allagamento. Il 25 ottobre l'ultimo episodio con la chiusura. Per questo ho in tempi da record appaltato i lavori di ammodernamento che ci consentiranno di avere una struttura a norma e di completare i lavori di ammodernamento di tutto il reparto emergenze che macina alti numeri di prestazione per un'utenza della zona a Nord di Napoli sguarnita di altri presidi ospedalieri fatta eccezione per l'ospedale di Giugliano. Quando sono arrivato qui – aggiunge il commissario – ho trovato una situazione di e di personale non monitorate e molti contratti in scadenza prorogati da anni senza evidenza pubblica. Ci siamo rimboccati le maniche ci siamo subito messi al lavoro per risalire la china". E di alcuni giorni fa la decisione del nuovo management aziendale di affidare le gare superiori all'importo di 200 mila euro al provveditorato alle opere pubbliche. L'accordo permette all'Asl di avvalersi della collaborazione del Provveditorato interregionale delle Opere Pubbliche per ogni acquisto di forniture superiori a quell'importo. "Sottoscrivendo questa convenzione, l'Azienda si è data un obiettivo di massima garanzia della trasparenza e di risparmio", commenta il commissario. Ma le criticità di partenza sono tante.

Stabilizzazione dei precari

Il manager ha nelle ultime settimane proceduto anche alla stabilizzazione dei precari facendo scattare il semaforo verde per la conversione del contratto, da tempo definito a tempo indeterminato, per 44 camici bianchi. "Sono medici, infermieri e tecnici e il più anziano ha 58 anni – avverte D'Amore – e sono già entrati in servizio da gennaio del 2016 con il nuovo inquadramento". La delibera, firmata agli inizi dello scorso dicembre è la n. 581 e fa parte del voluminoso fascicolo di atti sin qui prodotti dal 12 novembre, giorno in cui D'Amore s'è insediato insieme al Sub commissario sanitario **Luigi de Paola** e al Sub commissario amministrativo **Alberto Pironti**, a seguito dell'investitura della Regione giunta il 6 novembre scorso.

"La conclusione del percorso di stabilizzazione – aggiunge D'Amore – è in linea con quanto previsto dalla norma quadro nazionale (all'articolo 6 comma 4 del DPCM del 6 marzo 2015) e interessa 12 medici, 9 infermieri, 17 tecnici di radiologia e 5 ostetriche assunti tra il 2000 ed il 2007 con procedure di selezione pubblica". Si tratta di professionisti che lavorano da oltre 10 anni nella Asl dopo il superamento di un iter di selezione e varie proroghe. Per ora, in attesa di ulteriori chiarimenti (chiesti al governatore anche dall'intersindacale medica) restano in attesa i numerosi titolari di contratti atipici (cococo, cocopro e i contrattisti a progetto) che lavorano per chiamata diretta ovvero dopo selezione pubblica. A Na 2 nord l'età

media del personale interessato alla stabilizzazione è di 45 anni mentre l'ultima assunzione di precari risale a 15 anni fa. "Il percorso di stabilizzazione non avrà alcuna ricaduta sul bilancio dell'Azienda, in quanto si tratta di personale già presente nella pianta organica dell'Asl" chiarisce il commissario.

Il manager, chiamato agli inizi di novembre dai ruoli della Asl di Caserta dove era responsabile del dipartimento dipendenze patologiche, in poco meno di tre mesi lavorativi ha già messo in moto i lavori per l'adeguamento del pronto soccorso di Frattamaggiore allagato dal 24 ottobre. Nero su bianco anche la gara per l'acquisto di tecnologie e arredi che mancavano all'emergenza di Pozzuoli. Lavori in corso anche a Giugliano che per ora lavora a mezzo servizio. Ricostituiti infine il comitato di budget e corrette relazioni sindacali.

La realtà della Asl

L'Asl Napoli 2 nord abbraccia il vasto territorio della Campania che si estende a Nord di Napoli e che comprende 32 Comuni che vanno dal comprensorio di Pozzuoli e di Monteruscello fino ad Acerra e Casalnuovo con l'asse mediano a rappresentare l'anello di congiunzione che circumnaviga l'immensa area che passa da Sant'Antimo, Giugliano, Marano, Villaricca, Mugnano, Frattamaggiore, Arzano, Casoria, Afragola e Caivano. Tutte sedi di distretto tra le più densamente popolate della Campania.

A questo territorio si aggiungono Ischia e Procida che per essere delle isole comportano non meno difficoltà di quanto li ponga la terraferma. A nord di Napoli i problemi di salute sono tanti e la mappa del disagio si sovrappone a quella delle tante emergenze sociali. Un'Asl periferica, ma centrale per gli obiettivi di salute pubblica di circa 1,3 milioni di abitanti. Gli ospedali sono quattro: oltre il Rizzoli di Ischia ci sono il Santa Maria delle Grazie di Pozzuoli, il San Giuliano di Giugliano, il San Giovanni di Dio di Frattamaggiore. Con 1,2 posti letto per mille abitanti l'Asl resta quella con la minore offerta di degenze rispetto alla media regionale (3,2). Sul territorio il principale nodo assistenziale è quello della salute mentale aggravatosi nell'ultimo anno con il pensionamento del capodipartimento. Gli ospedali: quello di Pozzuoli è il più grande, 200 posti letto e un pronto soccorso di secondo livello. Qui dovrebbe sorgere un'emergenza tutta nuova e i lavori erano fermi da un anno nonostante in cassa ci fossero le risorse vincolate del programma regionale di edilizia sanitaria. Stessa situazione di stallo a Giugliano dove il pronto soccorso era un'incompiuta e le gare erano ferme. A Pozzuoli, un'emodinamica nuova di zecca, pronta a funzionare per affiancare l'Utic (Terapia intensiva coronarica) attende inoltre le assunzioni di personale.

Sblocco del turn-over, mobilità, stabilizzazione dei precari e riorganizzazione dei turni e della distribuzione di personale medico e infermieristico tra pronto soccorso e reparti ospedalieri la strada maestra da percorrere per garantire i servizi ai cittadini.

A Giugliano il pronto soccorso era garantito quasi completamente da personale precario ora in gran parte stabilizzato. Il nodo da sciogliere riguarda anche la nuova Cardiologia. Un reparto che macina migliaia di prestazioni l'anno ma che registra un vuoto organizzativo preoccupante. Le difficoltà riguardano le urgenze. Mille infarti l'anno, tre al giorno, le angioplastiche sono risolutive se effettuate nell'arco di un'ora. Ma come previsto dal Piano cuore della Regione sono indirizzate al Policlinico o al Monaldi dove ci sono centri altamente specializzati in attesa che apra l'emodinamica di Pozzuoli. Occorre però l'accompagnamento di un medico. In reparto ce ne sono due di giorno e uno solo di notte che non può lasciare sguarnita l'Utic. La reperibilità giunge in 30 minuti, nè anestesisti e medici del pronto soccorso risolvono il problema. Il primario che aveva scritto almeno quattro lettere di denuncia negli ultimi mesi alla direzione sanitaria e generale ha ora finalmente ottenuto udienza. Il problema è in via di risoluzione.

Altro nodo, l'assistenza domiciliare. Quella ospedaliera vedeva a fine anno gli infermieri in convenzione sul piede di guerra per stipendi non pagati da tre mesi. Quella domiciliare integrata per anziani, cronici e disabili, era affidata a un rapporto convenzionale esterno con strutture di riabilitazione accreditate. L'ultima delibera datava 31 dicembre del 2014. Da allora nessuna proroga o nuove gare. Le equipe, che da allora hanno continuato a lavorare, il 23 ottobre si sono fermate. Al palo c'erano anche l'impegno delle risorse Cipe su fondi Ue già assegnati per progetti vincolati. A pagarne le spese anche un percorso diagnostico assistenziale sull'autismo. Personale deluso e sindacati sul piede di guerra. Alla Ginecologia dell'ospedale di Pozzuoli il facente funzione Nicola Annunziata (tanti i primari a scavalco ai quali non è stato rinnovato l'incarico) ha dovuto chiudere l'ambulatorio di ecografia e anche le sedute operatorie procedono a rilento. Tutti nodi presi tra le mani dal nuovo commissario che li sta sciogliendo uno a uno.

Il nodo della diabetologia

L'ultima grana l'assistenza diabetologia affidata ai centri privati con contratti di servizio ma in assenza di accreditamento. Dopo lo stop del commissario e il tentativo di potenziare le attività distrettuali (ci vuole tempo) a fronte della sollevazione di associazioni di categoria, pazienti e associazione dei medici è intervenuta la quinta Commissione Sanità con un'audizione con la FederLab Campania, Confederazione Centri antidiabete e Aspat oltre che rappresentanti della Asl Napoli 2 Nord e una folta delegazione di pazienti diabetici. Il presidente della Commissione regionale Sanità, **Raffaele Topo**. Vuole vederci chiaro sulla opportunità di un provvedimento che formalmente ineccepibile potrebbe avere risvolti negativi sul piano della salute pubblica. E dunque inopportuno.

"La sospensione, da parte della Asl, dei contratti di servizio di diagnosi e cura con i centri privati antidiabete che ha sancito, di fatto, come più volte denunciato dalle stesse associazioni di categoria – avverte Topo - lo stop dell'assistenza e il correlato accesso ai presidi diagnostici terapeutici, per almeno ventimila malati di diabete. "Il potenziamento dei servizi distrettuali – sottolinea Pierpaolo Polizzi, presidente Aspat – per stessa ammissione del coordinatore medico dei servizi

della Asl è per ora un piano virtuale da realizzare nei tempi che richiederà. Intanto l'assistenza vive momenti di grave disagio con tempi di attesa per controlli e prime visite non compatibili con lo stato di salute di un paziente diabetico spesso anziano e affetto da pluripatologie". Topo ha chiesto dunque alla Asl di conoscere il numero esatto dei malati in cura e in quali centri e con quali forze di personale siano assistiti.

Ettore Mautone

Il commento

Lorenzin: i manager vanno scelti da un albo nazionale

del Ministro della Salute

NAPOLI (cm) - *"I controlli vanno fatti e le norme vanno rispettate; quando non sono rispettate, come si vede, alla fine si incorre in sanzioni"*: così il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, ha commentato l'operazione della Guardia di Finanza di Napoli che ha notificato numerosi provvedimenti giudiziari emessi dalla Corte dei Conti di Napoli a dirigenti delle aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie campane per danno erariale. Proprio contro tali atti, ha sottolineato il ministro a margine di un incontro nella sede di Federmanager, *"sarà utile la nuova norma di istituzione di un Albo nazionale dei*



manager". L'Albo, ha spiegato, *"risolverà molti aspetti, innanzitutto perchè ci sarà un'azione di selezione verso l'alto del management della salute. E' estremamente importante - ha aggiunto - che chi gestisce il fondo sanitario nazionale, pari a 11 miliardi di euro, abbia le capacità manageriali adeguate al ruolo"*. Inoltre, ha concluso il ministro, *"questa è una norma che riduce fortemente la discrezionalità politica nella scelta del manager e dà più libertà al manager stesso, rendendolo più autonomo rispetto a chi lo ha nominato"*. Anche in Regione c'è un albo, aperto e chiuso a discrezione del governatore in carica: il Movimento 5 Stelle aveva proposto un regolamento per svincolare le nomine della sanità dalla politica ma è stato bocciato.

La Corte dei Conti mette sotto accusa la Campania

Sanità dei primari inutili uno spreco da 16 milioni

Invito a dedurre a 29 manager:
non dovuti 523 incarichi
e 1915 indennità di dirigenza

Maria Pirro

La Corte dei Conti mette sotto accusa la Campania. Nel mirino la Sanità. Nella nostra regione 523 primari in più. In Campania si pagano ancora 1915 indennità di «dirigenza» in eccedenza rispetto alla dotazione organica prevista. La Corte dei Conti ha indagato con la Guardia di Finanza, scoprendo per gli anni 2014 e 2015 circa 16 milioni di danni erariali per la nomina di primari e dirigenti medici in Aziende Sanitarie, Ospedali e Policlinici, in eccesso rispetto alla spending review. Tra i casi clamorosi la nomina, a Nola, di un primario per un posto letto. Sono 29 le persone tra manager e dirigenti di Palazzo Santa Lucia, ma anche rettori universitari, che hanno ricevuto inviti a dedurre.

**> In Cronaca
Con Carmen Fusco**

Sanità, spreco da 16 milioni la scure della Corte dei Conti

In Campania nomine oltre i limiti. In un anno 523 incarichi in più

Maria Pirro

In Campania ci sono ancora 523 primari in più, anche uno ogni due o tre ricoverati. Nella regione che chiede agli ammalati i ticket più alti d'Italia per saldare i debiti accumulati nel passato da Asl e ospedali, si pagano ancora 1915 indennità di «dirigenza» in eccedenza rispetto alla dotazione organica prevista. Ma qui si guarisce di meno che nel resto del paese: i livelli di assistenza sono infatti tra i più bassi, e questo anche a causa di reparti doppione e servizi frammentati, tutto «incide in senso negativo sulla efficacia e l'efficienza, in generale, del rendimento del servizio sanitario regionale, comportando un impiego scorretto e dispersivo delle risorse pubbliche».

A sollevare il caso è la magistratura contabile che fa quello che la classe politica ha sempre rimandato: in base alle stesse indicazioni tecniche della Regione, indica quanti reparti nella stessa struttura vanno accorpati per legge (in modo da eliminare i troppi primari e vice e quindi incarichi e indennità, più che ridurre i posti letto), poi calcola il danno erariale dovuto alla riorganizzazione mancata, invita a dedurre 29 persone tra manager ed ex e dirigenti di Palazzo Santa Lucia (ma anche rettori delle due università partenopee sono tirati in ballo, tutti potranno chiarire la propria posizione nei prossimi 30 giorni), e soprattutto punta a eliminare sprechi che diventano insopportabili in tempi di crisi. Le indagini sono affidate alla Guardia di Finanza.

I nuovi parametri

In realtà, è proprio la spending review decisa con il ministro Renato Balduzzi e il premier Mario Monti a imporre il giro di vite. Nel Patto per la Salute 2010-2012 è stabilito che ci siano 17,5 posti letto in ospedale ogni struttura complessa (il nome più tecnico dei reparti), 13,515 abitanti per le strutture complesse in ambito territoriale (riferite alle Asl), e che siano previste 1,31 strutture semplici per ogni struttura complessa. Che cosa accade in Campania? Allora presidente della Regione, Stefano Caldoro, si adegua, firmando nel 2013 il decreto regionale numero 18, in qualità di commissario ad acta per il rientro sanitario. Prevede, esattamente, una strut-

meaici erano in ospedali, policlinici e aziende sanitarie regionali

cui è inquadrato l'Istituto oncologico Pascale). Non solo: un gruppo di lavoro viene chiamato a esaminare le proposte dei nuovi atti aziendali, da adottare in Asl e ospedale, è composto tra l'altro da qualificati e stimati dirigenti di Palazzo Santa Lucia. Tramite precisi decreti, è ribadito l'obbligo di conformarsi alle indicazioni. Così anche quelli i controllori finiscono nel mirino della Corte dei Conti.

Il danno erariale

Stando agli atti del fascicolo, si adegua ai parametri solo l'Asl Napoli 1 Centro, mentre si riscontrano risultati parziali e ancora troppe strutture complesse in tutte le altre aziende sanitarie universitarie e ospedaliere. «Un record è detenuto dall'Asl Napoli 3 Sud, che ha in più 104 vice primari, nel 2014, e ancora 93, nel 2015», spiega per la Guardia di Finanza il capitano Luca Gelormino, che svela da dove sono iniziate le verifiche poi estese a tutta la regione. Il reparto di nefrologia, nel presidio ospedaliero di Nola, che fa riferimento, appunto, a questa azienda sanitaria: «Ha un primario più lo staff con un solo posto letto». Un caso non isolato, aggiunge il colonnello Carmine Virno, al comando del Reparto di Nola. Le spese maggiori contestate ai policlinici, all'Asl di Salerno, Napoli 2 Nord Pascale (tabella a lato). Tra gli esempi citati, invece, nella conferenza stampa in Procura, per illustrare i risultati dell'indagine, ci sono le tre neurochirurgie del Policlinico Federico II e superaffollati cinque reparti di medicina al Cardarelli. Quali strutture tagliare, però, non è stabilito da finanziari e magistrati ma deve essere deciso, precisano loro, in base ai volumi e ai risultati di attività: un modo per dire che spetta ai tecnici della sanità fare le valutazioni del caso. «Ma, nei sopralluoghi in ospedale, abbiamo trovato anche dirigenti

senza pazienti, per lavori in corso». Un modo per aggiungere che le storture comunque sono spesso evidenti.

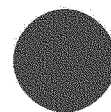
L'ultimatum

Secondo i calcoli della Corte dei Conti, gli incarichi «extra» costano oggi più di 30 mila euro al giorno, oltre un milione o addirittura due milioni al mese. In tempi di crisi, la spesa contestata («esclusivamente conteggiando le voci aggiuntive, non l'intero stipendio»), precisa il pm Ferruccio Capalbo, titolare dell'inchiesta aperta dalla Corte dei Conti ammonta a 16 milioni di euro nell'ultimo anno, tra il 2014 e il 2015. «Ma il vero problema è che lo sperpero continua», sottolinea il magistrato. Di qui la richiesta cautelare, formulata alla sezione giurisdizionale della Corte dei Conti, chiamata a decidere il 29 febbraio, affinché «venga emanato l'ordine di ridurre tutti i posti individuati in esubero (primari e vice primari) con conseguente immediata interruzione delle retribuzioni accessorie». Tuttavia, la procura contabile dà innanzitutto un ultimatum alla Regione, oltre che ai nuovi e in alcuni casi agli stessi manager della sanità. Difatti, il governatore-sceriffo è deciso a far scattare le contromisure prima dell'audienza: «La Corte dei Conti segnala pesanti irregolarità nella gestione della sanità campana negli passati. Uno squarcio impietoso su elementi degenerativi contro i quali abbiamo avviato una battaglia rigorosa», spiega. «La Corte dei Conti ci aiuta voltare pagina radicalmente nella nostra Regione». Già fissata per oggi una conferenza stampa.

Il provvedimento (che ha per oggetto il «danno pubblico») ieri mattina è stato notificato anche al presidente De Luca e al commissario per la sanità nominato dal governo nazionale Joseph Polimeri. Entrambi ora hanno un ulteriore, poderoso strumento per realizzare tagli impopolari ma a questo punto obbligati. Anche perché, altrimenti, dovrebbe-

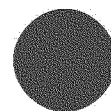
L'inchiesta

Ha dimostrato l'indebita spesa effettuata sia nel 2014 che nel 2015. Ventinove inviti a dedurre



Il paradosso

In un anno pagati 523 incarichi in più: bloccati i nuovi mandati per evitare ulteriori danni



Lorenzin

Il monito del ministro: «I controlli vanno fatti e le norme vanno sempre rispettate»



De Luca

La strategia del presidente «In Regione Campania è in corso un'azione rigorosa»

ro rispondere loro in prima persona. «L'obiettivo dell'inchiesta è fermare l'emorragia di soldi pubblici. Con questo spirito la Corte dei Conti collabora con le istituzioni ed è dalla parte dei cittadini», dice soddisfatto Capalbo, accanto al procuratore capo Tommaso Cottone. Sì, perché la sanità in Campania porta a un doppio salasso. Il primo è richiesto per le cure, considerato che qui gli ammalati chiamati a pagare tasse da record in cambio anche di servizi scadenti, l'altro è imposto dalla mancata riorganizzazione. Che, a sua volta, ha un costo per le casse regionali. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sottolinea: «I controlli vanno fatti e le norme vanno rispettate; quando non sono rispettate, come si vede, alla fine si incorre in sanzioni». Quarantanove i provvedimenti giudiziari - 29 inviti a dedurre e 20 ordini autoritativi - emessi nei confronti di dirigenti di aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie di tutta la Campania. Ma, contro le irregolarità, afferma Lorenzin, «sarà utile la nuova norma di istituzione di un Albo nazionale dei manager».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le spese ingiustificate Duemila euro al mese per le sole indennità di dirigenza ai primari

Arcadis e De Biase, integrato il decreto Milleproroghe

Le Commissioni riunite Affari costituzionali e Bilancio della Camera hanno approvato due emendamenti al Dl Milleproroghe presentati dal Pd campano. «Si conferma l'avvio della procedura di stabilizzazione del personale dell'Agenzia campana difesa suolo (Arcadis), con l'altro si proroga fino al 31 luglio la figura del commissario per la bonifica».

Pochi risultati, anche Montemarano dovrà chiarire

I nomi

Dai rettori ai massimi funzionari tutti tirati in ballo per la mancata riforma e i tagli mai concretizzati

Non solo manager della sanità. Funzionari e dirigenti di primo piano, competenti in materia sanità per la Regione, e l'ex direttore dell'Arsan nonché ex assessore Angelo Montemarano, sono tirati in ballo dalla Corte dei Conti. Per quale motivo? Per aver fatto parte, a vario titolo, di gruppi di lavoro e commissioni nominate per l'applicazione della spending review in aziende sanitarie ospedaliere e universitarie.

Per «omesso controllo» è citato

anche l'ex sub-commissario Ettore Cinque, in particolare a proposito dei tagli alle strutture territoriali nelle Asl, probabilmente quelli più difficile da attuare, a detta degli stessi tecnici. Mentre per gli ospedali risulta un decreto che a commissari e direttori generali impone di adeguarsi entro 30 giorni, ormai più di un anno fa. «Ma, senza i tagli degli incarichi ai primari, gli stessi atti aziendali, e quindi i piani di rimodulazione dei servizi, sono da considerarsi inefficaci», chiarisce il magistrato della procura della Corte dei Conti, Ferruccio Capalbo, titolare dell'inchiesta.

Nel provvedimento, un capitolo è poi dedicato ai ritardi nella riorganizzazione dei Policlinici, dove l'attività viene regolata da un protocollo d'intesa, da rinnovare periodicamente,

deciso tra l'altro perché la Regione, in attesa dell'accordo, rinviava l'istruttoria per eliminare incarichi e quindi indennità aggiuntive rispetto ai parametri indicati dalla spending review di Monti-Balduzzi e dal decreto del governatore Caldoro. Con un costo così indicato dalla Corte dei Conti: «La maggiore indennità è di 2051 euro al mese, per struttura complessa, e 481 euro, per struttura semplice».

Nelle pieghe del fascicolo, è rivelato anche questo retroscena: considerati i ritardi accumulati, un altro ex subcommissario ad acta, Mario Morlacco (estraneo all'inchiesta), provvede in prima persona, di iniziativa a predisporre e inoltrare le bozze al ministero dell'Economia. Un intervento che, tuttavia, non basta a risolvere il caso. Difatti, sono invitati a chiarire il perché della mancata revisione delle strutture complesse anche i rettori Gaetano Manfredi, della Federico II, e Giuseppe Paolisso, della Seconda Università di Napoli.

Naturalmente, è importante precisare che la notifica del provvedimento non è un atto di colpevolezza ma un avviso a garanzia perché tutti possano chiarire. Si tratta di accertamenti ancora nella fase preliminare. Dai primi riscontri già acquisiti agli atti nella fase istruttoria non mancano, infine, i disguidi tra manager.

Stando alla ricostruzione della magistratura contabile, quando Loredana Cici (estranea all'inchiesta) subentra ad Antonio Pedici, in qualità di commissario all'Istituto tumori Pascale, non avviene un formale passaggio di consegne, che rende, se si può, ancora difficile «operare d'urgenza».

m.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Notificati 29 inviti a dedurre a dirigenti di aziende ospedaliere, sanitarie ed universitarie campane tra il 2014 e il 2015

Sanità, i giudici: 16 milioni di euro sprecati

La Corte dei Conti indaga su 523 incarichi di primari e 1915 indennità illegittimamente attribuiti

di Maria Bertone

NAPOLI - Tra il 2014 e il 2015 sono stati retribuiti 523 incarichi di primari e pagate 1915 indennità di dirigenza in più rispetto alla dotazione organica prevista. Tutto con soldi pubblici, mentre persino i servizi minimi, in una sanità sempre più disastrosa, sono un miraggio per il cittadino onesto. C'è questo, e tanto altro, dietro i 49 provvedimenti giudiziari - 29 inviti a dedurre e 20 ordini autoritativi - emessi dalla Corte dei Conti di Napoli nei confronti di dirigenti delle aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie campane: la procura contabile è al lavoro per accertare se ci sia stato danno erariale.

Secondo quanto accertato dalle indagini condotte dalla Guardia di Finanza, nonostante il decreto commissariale emesso dalla Regione Campania nel 2014, nei limiti dei parametri definiti dall'intesa Stato-Regioni, in tutte le strutture della Campania - ne esce indenne solo l'Asl Napoli 1 - non si è mai provveduto all'esigenza di contenimento della spesa generando un disavanzo per le casse della Regione pari a 16 milioni di euro. Dalle prime ore del mattino di ieri i finanzieri del Comando provinciale di Napoli hanno notificato 49 provvedimenti giudiziari emessi dalla Corte dei Conti di Napoli nei confronti di dirigenti delle aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie campane.

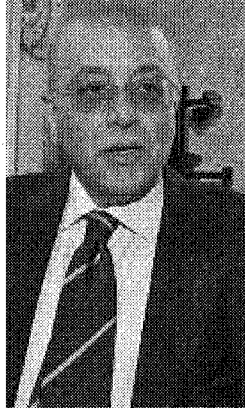
Tra i destinatari degli inviti a dedurre **Angelo Montemarano**, ex direttore dell'Arsan, **Luigi Muto** (ex dg dell'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta), **Maurizio D'Amora** (ex direttore sanitario dell'Asl Napoli 3 Sud), **Antonio Postiglione** (attualmente a capo dell'Asl di Salerno), **Ettore Cinque** e **Mario Vasco** (ex sub commissari ad acta), **Gaetano Manfredi** (rettore della Federico II) e tutti gli altri riportati nella tabella accanto. A coloro che sono subentrati dopo, come il governatore **Vincenzo De Luca**, il commissario ad acta **Joseph Polimeni** e il suo vice **Claudio D'Amario**, non-

ché tutti gli attuali dirigenti della sanità campana, sono stati invece recapitati degli ordini di intimazione: significa, cioè, che devono immediatamente fare in modo di adeguarsi alle norme o saranno ritenuti responsabili del danno erariale che da oggi in poi potrebbe essere prodotto. Soprattutto, devono sospendere i pagamenti per gli incarichi illegittimi a primari e viceprimari in esubero rispetto a quanto imposto dal governo in tema di "spending review".

Le indagini, avviate a seguito dell'approfondimento di alcune spese anomale presenti nei bilanci della Regione Campania, hanno permesso di rilevare che, nonostante l'esistenza di un puntuale obbligo di ridurre le unità operative ed i connessi incarichi dirigenziali nel limite dei parametri definiti dall'intesa Stato-Regioni, non si è mai provveduto a tale esigenza di contenimento della spesa generando, così, un disavanzo per le casse della Regione pari a circa 16 milioni di euro. Dal mancato rispetto di tale obbligo normativo, introdotto già dall'anno 2005, sono scattate le indagini dei finanzieri del gruppo di Torre Annunziata e della compagnia di Nola i quali hanno analizzato le piante organiche di ogni singola azienda sanitaria, ospedaliere ed universitaria rilevando quanti fossero gli incarichi dirigenziali in esubero assegnati e puntualmente retribuiti. L'attività ha consentito di accertare che negli anni 2014 e 2015 sono stati retribuiti 523 incarichi di primari e pagate 1.915 indennità di "dirigenza" in eccedenza rispetto alla dotazione organica prevista. Ad essere sottoposte al vaglio delle Fiamme Gialle anche le aziende ospedaliere universitarie regionali della Federico II, della Seconda Università di Napoli e dell'Ircs Pascale le quali hanno accumulato in pochissimo tempo un danno pari a 5.025.230,20 euro. Nel corso delle indagini è stata ricostruita l'intera procedura amministrativo-contabile adottata dalla regione campana e dalle singole direzioni sanitarie ed ospedaliere per giungere alla riduzione delle posizioni in esubero la quale, in alcuni casi, dal lontano 2005 non era mai stata avviata ovvero conclusa.

I destinatari degli inviti a dedurre

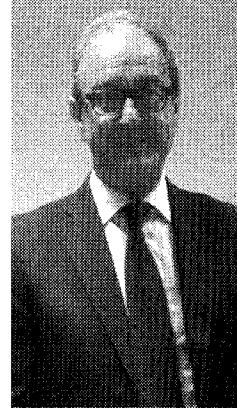
| Cognome e Nome | Residenza |
|--------------------------------|---------------------------|
| Berruti Giampiero Maria | Benevento |
| Boccalone Nicola | Sant'Angelo a Cupolo (Bn) |
| Caputo Patrizia | Torre del Greco |
| Caropreso Mariarosaria | Napoli |
| Cinque Ettore | Napoli |
| Corcione Pasquale | Napoli |
| D'Amora Maurizio | Santa Marina (Sa) |
| Ferraro Giuseppe | Napoli |
| Florio Sergio | Napoli |
| Giordano Antonio | Eboli |
| Laiso Monica | Napoli |
| Manfredi Gaetano | Nola |
| Menduni Paolo | Ortona |
| Minicucci Anna Maria | Forio |
| Montemarano Angelo | Torella dei Lombardi (Av) |
| Mustilli Mario | Napoli |
| Muto Luigi | Napoli |
| Natale Lara | Napoli |
| Paolisso Giuseppe | Avellino |
| Pedicini Tonino | Benevento |
| Pizzuti Renato | Napoli |
| Postiglione Antonio | Ischia |
| Rinaldi Marina | Napoli |
| Romano Ferdinando | Ronciglione |
| Rosato Giuseppe | Avellino |
| Rossi Michele | Benevento |
| Squillante Antonio | Angrì |
| Trimarco Bruno | Napoli |
| Vasco Mario | Mariglianella |



Angelo Montemarano



Luigi Muto



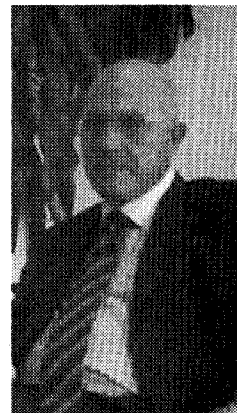
Antonio Postiglione



Ferdinando Romano



Gaetano Manfredi



Paolo Menduni

Il caso**Riparto sanitario:
stanziati più fondi
Campania in coda****Marco Esposito**

Più fondi nel 2016 ma la Campania resta ultima. È l'esito del riparto dei 108 miliardi del fondo sanitario nazionale: quest'anno c'è stata una rapida intesa tra le Regioni, visto che nel 2015 l'accordo era stato trovato solo a dicembre. Alla Campania vanno 10 miliardi e 161 milioni pari a 1.733 euro per abitante, l'importo procapite più basso d'Italia, 50 euro sotto la media nazionale. Non è riuscito il tentativo del presidente Vincenzo De Luca di introdurre il fattore della maggiore mortalità. Ma il tema della revisione dei parametri è all'ordine del giorno e il 25 febbraio sarà decisa la Regione che guiderà la commissione Salute: potrebbe toccare al Sud.

>A pag. 29



Venerdì 5 Febbraio 2016

Sprechi nella Sanità, Lorenzin: «I controlli vanno fatti e le norme vanno rispettate»

«I controlli vanno fatti e le norme vanno rispettate; quando non sono rispettate, come si vede, alla fine si incorre in sanzioni». Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, commenta l'operazione della Guardia di Finanza di Napoli che ha notificato numerosi provvedimenti giudiziari emessi dalla Corte dei Conti di Napoli a dirigenti delle aziende sanitarie, ospedaliere ed universitarie campane per danno erariale. Proprio contro tali atti, ha sottolineato il ministro a margine di un incontro nella sede di Federmanager, «sarà utile la nuova norma di istituzione di un Albo nazionale dei manager».

L'Albo, ha spiegato, «risolverà molti aspetti, innanzitutto perchè ci sarà un'azione di selezione verso l'alto del management della salute. È estremamente importante - ha aggiunto - che chi gestisce il fondo sanitario nazionale, pari a 11 mld di euro, abbia le capacità manageriali adeguate al ruolo». Inoltre, ha concluso il ministro, «questa è una norma che riduce fortemente la discrezionalità politica nella scelta del manager e dà più libertà al manager stesso, rendendolo più autonomo rispetto a chi lo ha nominato».

URL : http://www.ilmattino.it/napoli/cronaca/sprechi_nella_sanit_lorenzin_controlli_vanno_fatti_le_norme_vanno_rispettate-1531987.html

quotidiano**sanità**.it

Venerdì 05 FEBBRAIO 2016

Riparto Fsn. Bonavitacola: "I criteri vanno al più presto aggiornati"

Alla fine anche la Campania ha dato il suo ok all'accordo sul riparto, ma sottolineando come i criteri utilizzati abbiano "storicamente penalizzato" la Regione. Il vicepresidente annuncia "l'impegno" della Conferenza delle Regioni a istituire subito un tavolo per la revisione dei vecchi criteri.

"Storicamente la Campania è stata una Regione penalizzata dai riparti dei Fondi sanitari. Dopo un approfondimento, c'è stata una maggiore ragionevolezza e l'impegno a istituire subito un tavolo per la revisione dei vecchi criteri di riparto del Fondo che non rispecchiano più la realtà odierna". A riferirlo è stato il vicepresidente della Regione Campania, **Fulvio Bonavitacola**, al termine della seduta della Conferenza delle Regioni che ieri ha approvato l'[accordo](#) sul riparto.

La tabella di riparto definitiva non è ancora disponibile, ma la proposta entrata ieri in Conferenza delle Regioni assegnava alla Campania 10.160 milioni di euro, 78 in più dello scorso anno.

Le novità del pdl all'esame del senato. Addio al danno erariale

Corte dei conti all'angolo

La responsabilità sanitaria sarà solo civile

DI ANTONIO
CICCIA MESSINA

La responsabilità sanitaria mette fuori gioco la Corte dei conti. Il progetto di legge di riforma, approvato in prima lettura dalla camera il 28 gennaio 2016, e ora all'esame del senato, attribuisce alla giurisdizione del tribunale ordinario l'azione di rivalsa della struttura sanitaria sul medico. Non c'è più danno erariale, ma solo responsabilità civile. L'articolo 9 del progetto di legge delimita l'azione di rivalsa con paletti che alleggeriscono la posizione del medico. Innanzi tutto vi è un primo limite rappresentato dall'elemento soggettivo dell'illecito: l'azione di rivalsa dell'ente scatta solo in caso di dolo o colpa grave del professionista sanitario. Questo significa che la colpa lieve del medico esclude la rivalsa. Un secondo paletto riguarda, invece, un termine di decadenza molto stringente. È il caso del paziente (o dell'erede dello stesso) che fa causa per risarcimento del danno, ma non chiama in causa il medico. In questa ipotesi, l'azione di rivalsa nei confronti di quest'ultimo può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale; inoltre l'azione, a pena di decadenza, deve essere esercitata entro un anno dal passaggio in giudicato del titolo, sulla base del quale è avvenuto il pagamento, oppure dal pagamento in caso di risarcimento avvenuto sulla base di un titolo stragiudiziale. Un terzo contingentamento riguarda l'opponibilità al medico della sentenza tra paziente e ospedale: la decisione pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura o contro l'assicurazione non fa stato nel giudi-

zio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio. Quindi se il medico non ha partecipato alla causa promossa dal paziente, la sentenza non può essere utilizzata dall'ospedale contro il medico. Questo significa che la responsabilità del medico deve essere provata come se la sentenza di condanna della struttura non fosse stata pronunciata. Anche se il giudice può desumere argomenti di prova dalle prove assunte nel precedente giudizio. Non può vincolare il medico neppure l'accordo bonario (la transazione) intervenuta tra paziente e struttura sanitaria o assicurazione. Se, poi, a essere condannata al risarcimento a favore del malato è una struttura pubblica, l'azione di rivalsa sul medico si deve promuovere davanti al tribunale ordinario. Il disegno di legge esclude la giurisdizione della Corte dei conti. Questo significa che non c'è più azione pubblica del procuratore del giudice contabile e che la responsabilità è solo civile e non erariale. Oltre ai paletti ci sono anche tetti alla responsabilità: la misura della rivalsa, in caso di colpa grave, non può superare una somma pari al triplo della retribuzione lorda annua. Inoltre nel settore pubblico il professionista sanitario è bloccato negli avanzamenti di carriera, ma nel limite di un triennio. Per i tre anni successivi al passaggio in giudicato della decisione di accoglimento della domanda di rivalsa, l'esercente la professione sanitaria, nell'ambito delle strutture sanitarie o socio-sanitarie pubbliche, non può essere preposto a incarichi professionali superiori rispetto a quelli ricoperti né può partecipare a pubblici concorsi per incarichi superiori.

IMPRESE

Ritardi di pagamento in diminuzione

I pagamenti tra le aziende vedono un calo di ritardi e protesti e tornano ai livelli del 2012

► pagina 10

CONGIUNTURA

Migliorano i tempi di pagamento e calano le aziende protestate

Enrico Netti ► pagina 10

Imprese. L'Osservatorio di Cerved Group evidenzia il miglioramento nei tempi di liquidazione delle fatture

Ritardi di pagamento al minimo

Lo stock delle aziende protestate cala ed è al di sotto dei livelli pre-crisi

76

**GIORNI CHE IN MEDIA SERVONO
PER RICEVERE IL SALDO**

IL CALENDARIO

L'incasso arriva in media dopo 76 giorni: il termine concordato è pari a 60 e la dilazione supera di poco le due settimane

Enrico Netti

■ «Per quanto riguarda protesti e abitudini di pagamento la situazione degli ultimi dodici mesi è nettamente migliorata». Questa la premessa di Gianandrea De Bernardis, ad di Cerved Group, scorrendo i dati dell'ultimo Osservatorio aggiornato al terzo trimestre del 2015. I numeri parlano chiaro: rispetto al periodo più acuto della crisi i pagamenti tra le imprese hanno imboccato una via virtuosa riuscendo a fare un salto nel passato ritornando ai livelli del 2012.

Nella seconda parte del 2015 - evidenzia l'analisi dei dati dell'archivio protesti e di Payline, il database di Cerved sulle abitudini di pagamento di quasi 3 milioni di aziende italiane - le fatture sono state liquidate con meno difficoltà, secondo un trend che coinvolge tutti i settori e le aree del territorio. Inoltre lo stock dei casi di grave ritardo è ai minimi dal 2012. Il saldo arriva in media a

76 giorni, quasi due giorni in meno del 2014, con un calo del ritardo che è di poco superiore alle due settimane, al minimo da tre anni. In flessione anche la casistica dei gravi ritardi, quelli oltre i due mesi, che nel terzo trimestre del 2015 sono stati pari al 6,6 per cento. «Questo miglioramento si deve in parte al miglioramento della congiuntura, in parte all'uscita dal mercato delle imprese più deboli - aggiunge l'ad di Cerved -. Inoltre le imprese sono diventate sempre più attente nel concedere affidamenti».

Dello stesso parere Eugenio Eger, al vertice della Favini, impresa medio-grande leader nel packaging, nell'editoria di lusso e nei supporti cartacei usati per produrre l'ecopelle. «Rispetto a cinque anni fa il portafoglio clienti e la qualità del credito sono migliorati e con essi l'affidabilità - commenta -. Siamo così riusciti a ridurre i casi di ritardi e mancati pagamenti». Dello stesso parere Emiliano Baldi, ad della Baldi, Pmi marchigiana che

vende food al mondo della ristorazione, che aggiunge: «per evitare situazioni problematiche ci siamo strutturati per gestire il credito come una banca, con un aggravio dei costi vicino all'1% del fatturato, ma riusciamo a ridurre gli insoluti che spesso sono l'anticamera del default del cliente». Un investimento preventivo che permette di evitare maggiori oneri. Cautio Umberto Pengo, amministratore delegato della Pengo, azienda del Nord-Est specializzata nella distribuzione di accessori per la casa, con una clientela frammentata in tutt'Italia che spazia dalle catene

della Gdo ai negozi di prossimità: «Per noi la situazione è stabile e non vediamo indizi di un miglioramento» dice.

Continua anche a diminuire in numero delle società protestate: nel terzo trimestre del 2015 sono state 13.200, un quinto in meno rispetto all'anno precedente e sotto quota 15 mila, che rappresentavano la media nel 2007. «Anche i protesti delle imprese di costruzione per la prima volta sono calati al di sotto dei livelli precrisi - rimarca De Bernardis -. È l'effetto di un migliorato clima economico, come testimoniato anche dal calo delle liquidazioni volontarie delle aziende».

Arretrano, con cali a due cifre, i protesti in tutti i settori del manifatturiero e dei servizi. Fanno eccezione il sistema moda (-2,5%), i prodotti intermedi (-4,5%) e il largo consumo (-8%). Il ritorno della solvibilità

è un fenomeno che interessa tutti i comparti e le regioni. Certo le attività nel Mezzogiorno fanno più fatica ad avvicinarsi ai livelli precrisi.

Per quanto riguarda le condizioni concordate tra le aziende, la formula più utilizzata è quella dei 60 giorni. Dall'analisi per classe dimensionale, secondo i dati Payline, emerge anche un incremento della puntualità delle microimprese e le Pmi, tradizionale anello debole della filiera della fornitura. I tempi medi si riducono nell'industria e nel terziario mentre c'è una battuta d'arresto al miglioramento nelle costruzioni. Le imprese della distribuzione hanno limato di 2,6 giorni i ritardi, quelle della logistica di 1,5 giorni e i servizi non finanziari di un giorno. Stabili le costruzioni e in controtendenza i media e l'intrattenimento (+0,6 giorni), i servizi finanziari (+1,5) e

l'immobiliare (+5,2 giorni). Nel manifatturiero il saldo arriva dopo 80,3 giorni grazie a un calo dei ritardi che nella meccanica è molto consistente (-6 giorni) e nel largo consumo (-4,8). In alcuni casi l'allungamento dei tempi concordati, come si è visto nel Nord Est, viene letto come il segno di una maggiore flessibilità dei fornitori che concedono scadenze un po' più lunghe.

Leggendo i dati dell'Osservatorio viene da pensare che l'Italia sia riuscita a lasciarsi alle spalle la crisi. «Non del tutto perché al Sud e nelle costruzioni i protesti rimangono quasi il doppio della media nazionale. In Calabria e Sicilia i gravi ritardi, per esempio, sono il triplo rispetto alle regioni più virtuose - conclude l'ad di Cerved -. Inoltre i mancati pagamenti sono al di fuori delle medie europee».

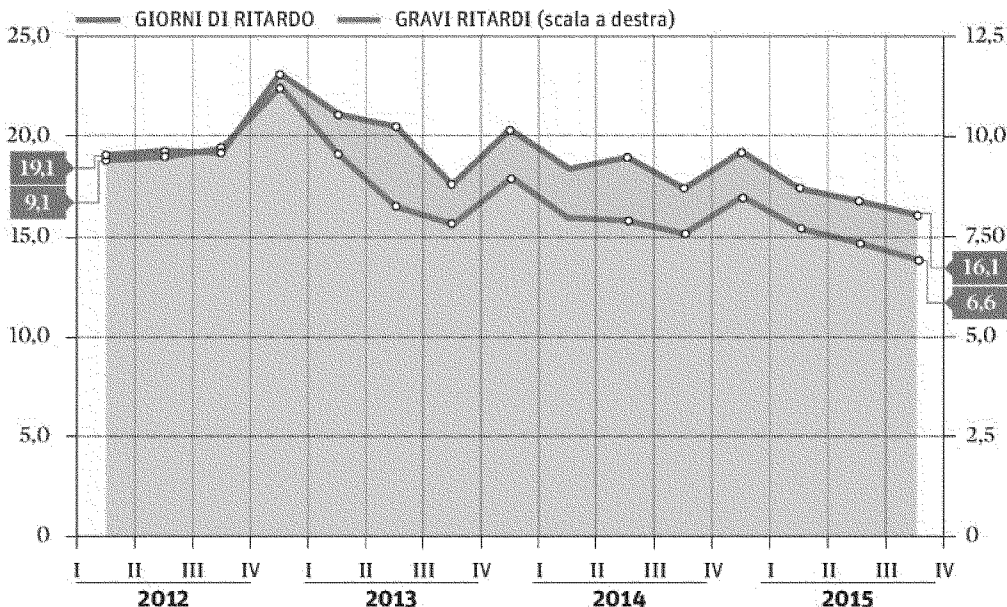
enrico.netti@ilssole24ore.com

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il confronto

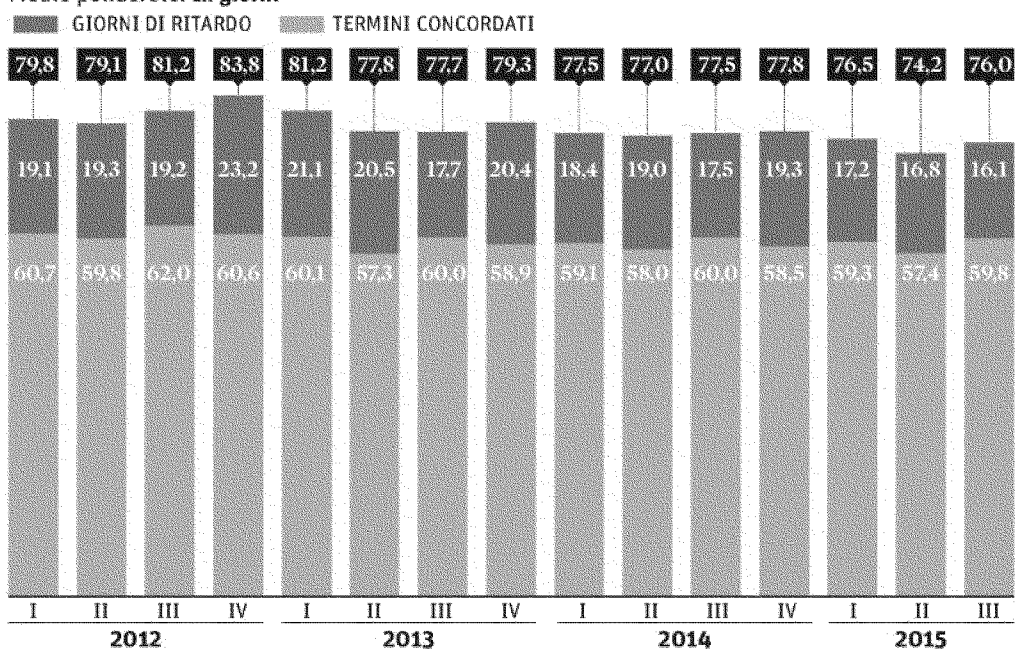
L'ANDAMENTO

Giorni medi di ritardo e % di imprese con ritardi medi di oltre due mesi



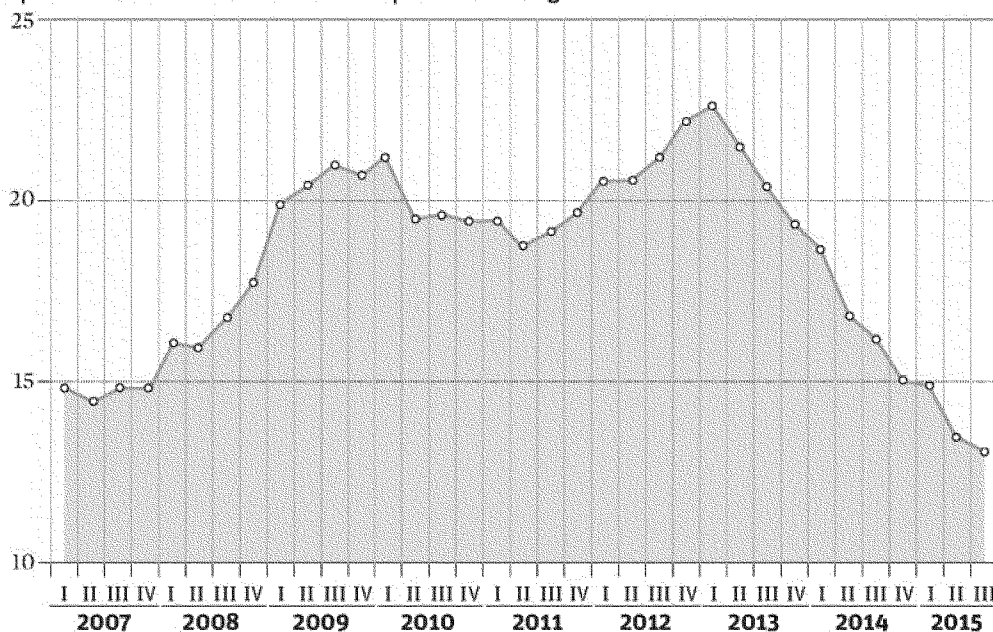
COSÌ AL SALDO

Medie ponderate. In giorni



LE SOCIETÀ PROTESTATE

Imprese non individuali con almeno un protesto - In migliaia



Fonte: Cerved Group



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Notizie dalle Province



Inchiesta della Corte dei Conti e della Guardia di Finanza sui mancati tagli ai dirigenti Sanità, bufera su Asl e Moscati

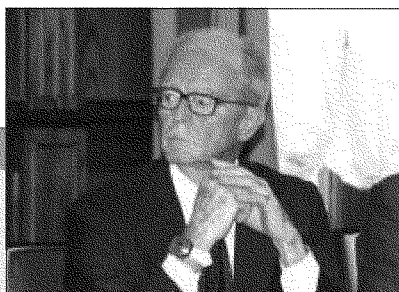
Un milione e mezzo di danno erariale contestato tra 2014 e 2015

AVELLINO- Sedici milioni di danno erariale accertato e contestato nella sanità. Un milione e mezzo anche in Irpinia. L'inchiesta è quella sui mancati tagli alla dirigenza di aziende ospedaliere e Asl della Campania. Tutto sarebbe iniziato da Nola, dove i militari della locale Compagnia delle Fiamme Gialle d'intesa con la Procura Regionale della Corte dei Conti avevano controllato la pianta organica dell'Ospedale Santa Maria Della Pietà. In un reparto la scoperta choc. Un solo posto letto assegnato ad un'Unità Complessa che prevedeva primario e staff. Con una Regione Campania da disavanzo record e dalle tante sofferenze di personale nei reparti poteva essere un caso isolato. Per questo i militari agli ordini del capitano Luca Modestino Gelormino d'intesa con il sostituto procuratore generale della Corte dei Conti Ferruccio Capalbo hanno deciso di avviare ulteriori controlli. Alla fine dei controlli, le indagini condotte dal comando provinciale della Guardia di Finanza di Napoli, diretto dal generale Gianluigi D'Alfonso, con l'ausilio del gruppo di

Torre Annunziata, diretto dal colonnello Carmine Virno, e dal reparto di Nola diretto dal capitano Luca Modestino Gelormino hanno portato alla luce un vero e proprio sistema di sprechi nel settore della sanità pubblica. Le indagini hanno appurato che negli anni 2014 e 2015, sono stati retribuiti 523 incarichi di "primari" e pagate 1.915 indennità di "dirigenza" in eccedenza rispetto alla dotazione organica prevista. Tutto in barba all'adeguamento previsto dal cosiddetto Piano di Rientro. E così nel mirino della Procura regionale della Corte dei Conti della Campania sono finiti non solo i componenti del gruppo di lavoro che avrebbe dovuto far rispettare i termini dell'adeguamento, ma anche manager e direttori di Aziende Ospedaliere e Asl della Campania. Niente adeguamento al Piano di Rientro deciso dal Commissario ad acta nel febbraio del 2013, quello che individuava un tetto massimo di Unità Operativa Complessa e Unità Operativa semplice dipartimentale per ciascuna Asl e Azienda Ospedaliera

della Campania. Criteri chiari, quelli fissati per definire gli assetti organizzativi. Diciassette posti letto per una struttura complessa in ambito ospedaliero; almeno 13.515 residenti per una struttura complessa in ambito territoriale (Asl); 1,31 strutture semplici per strutture complessa sia in ambito territoriale che ospedaliero. Nelle Asl e nelle aziende ospedaliere nessun adeguamento è stato però approntato. Un quadro che così ha portato ieri alla notifica di 29 inviti a dedurre, la contestazione del danno erariale. Nell'elenco dei destinatari dei provvedimenti firmati dal pm contabile Ferruccio

I DESTINATARI DEI PROVVEDIMENTI



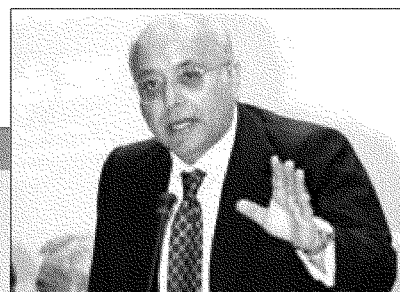
Sergio Florio

Anche l'ex manager dell'Asl di Avellino, in concorso con altri quattro, destinatario dell'invito



Giuseppe Rosato

Il direttore generale del Moscati destinatario dell'invito a dedurre e della richiesta ex art. 700



Angelo Montemarano

Anche l'irpino risponde del danno erariale alla Sun e alla Federico II come direttore Arsan.

Capalbo ci sono anche il manager dell'Azienda Ospedaliera Moscati, Giuseppe Rosato, l'ex direttore generale dell'Asl di Avellino Sergio Florio e l'irpino Angelo Montemarano, alla guida dell'Arsan.

ASL AVELLINO

All'Asl di Avellino il danno erariale contestato all'ex manager Sergio Florio e ad altri quattro componenti della struttura regionale è di 229.810,56 euro tra settembre e dicembre del 2014 e di circa 714.054,24 euro da gennaio a dicembre 2015. Si tratta di numeri che si riferiscono solo ai dirigenti delle Unità Complesse, 52 per decreto del piano di rientro, 80 invece in servizio fino a dicembre 2014 ed addirittura 81 per tutto il 2015. Costo, 57 mila euro mensili nel 2014 diventate 59.504,52 nel 2015. In totale una somma che si aggira intorno al

milione di euro. Nessun danno per i direttori delle unità semplici, al di sotto del limite imposto dal Piano di Rientro.

MOSCATI

Stesso discorso vale anche per l'Azienda Ospedaliera Moscati. Il danno erariale contestato al direttore generale Giuseppe Rosato e al gruppo di lavoro regionale ammonta a 537.948,52 euro. Gli accertamenti della Guardia di Finanza della Compagnia

di Nola hanno portato alla luce, infatti, una situazione di esubero di dirigenti dell'Unità Operative Complesse, i primari, di circa 16 unità in più mentre sul fronte dei dirigenti delle Uos o Uosd un esubero di circa 26 unità. Tutto questo calcolato dalla data in cui la Regione Cam-

pania aveva notificato al Moscati il decreto che prevedeva il piano di rientro e la riduzione di dirigenti primari e vice, ovvero dal 17 settembre 2014 e fino al dicembre dello stesso anno. Nello specifico, alla dotazione organica effetto della spending review, quella di 36 primari al Mo-

All'Asl meno dirigenti Uos del previsto

scati risultavano invece in servizio 52 direttori di Unità Operative complesse, sedici in più. Se si conta che ad ogni unità in esubero veniva corrisposta un'indennità mensile di 2051 euro, circa 32 mila al mese e quindi per due mensilità che avevano come costo circa 70 mila euro. Stesso discorso per i dirigenti. Dovevano essere 47, erano invece 73, ventisei unità in più con una maggiorazione mensile sullo stipen-

dio di circa 481 euro. Per un mese si tratta di 12 mila euro in più, nel solo 2014 parliamo di circa 25 mila euro. Nel 2015 cosa succede? Si riduce lievemente il numero di dirigenti, senza però ottemperare pienamente al decreto 98/2014. Così a fronte dei 36 primari ne spuntano quarantasette, che continuano ad intascare mensilmente 2051 euro in più che per dodici mesi, dal gennaio al dicembre 2015 fanno circa 320 mila euro di presunto danno erariale contestato. Per i viceprimari, invece, si passa dai 47 per decreto ai 69 in servizio. Un esubero di circa 22 unità ed un costo mensile di circa 11 mila euro. Che moltiplicato per un anno fanno circa 127 mila euro. Così il danno erariale contestato tra il novembre del 2014 ed il dicembre del 2015 è di circa 537.948,52 euro. **aerre**



I medici dirigenti in esubero negli ospedali della Campania

Il procuratore regionale Cottone: danno erariale per 1,4 milioni. Finanza da Rosato e Ferrante

Sanità, i manager sotto accusa

La Corte dei Conti: nel 2015 all'Asl e al Moscati 29 dirigenti, 13 primari e 22 vice in più

Gianni Colucci

Su due anni 30 posizioni di primario e 45 di vice primari in più rispetto a quanto previsto dagli organici nell'Azienda ospedaliera e poco meno di sessanta dirigenti rispetto agli organici previsti nello stesso periodo. Il procuratore regionale Cottone propone richieste cautelari a interrompere i pagamenti relativamente agli incarichi in esuberi e inviti a dedurre ai rilievi.

La scoperta incredibile a Nola, al Cardarelli reparti fotocopia. All'Asl di Avellino 28 dirigenti in più

Un primario con lo staff ma senza posti letto

NAPOLI (mb) - All'ospedale di Nola c'è un primario e uno staff nonostante sia previsto un solo posto letto mentre all'ospedale Cardarelli di Napoli ci sono cinque reparti di medicina - con cinque primari - tre di chirurgia e due di ortopedia: reparti fotocopia. E se alla Federico II ci sono tre reparti di neurochirurgia, all'Asl di Avellino risultano 28 dirigenti in più mentre all'Asl Salerno ad essere in eccedenza sono trenta unità operative complesse, il 'primo posto', quanto a sprechi spetta all'Asl Napoli 3 Sud - area di Torre del Greco - con ben 132 primari e 254 vice in più. C'è tutto questo dietro i provvedimenti giudiziari notificati oggi dalla Corte dei Conti di Napoli e dietro le indagini condotte dal comando provinciale della Guardia di Finanza di Napoli, diretto dal generale **Gianluigi D'Alfonso**, con

l'ausilio del gruppo di Torre Annunziata, diretto dal colonnello **Carminio Virno**, e dal reparto di Nola diretto dal capitano **Luca Modestino Gelormino**. In barba a quanto previsto, e cioè che ci dovrebbe essere un primario ogni 17,5 posti letto, in Campania avveniva tutt'altro. Duplicazioni e in alcuni casi triplicazioni di reparti, anche in strutture che registrano sofferenza di personale.

Le richieste cautelari notificate ieri sono finalizzate ad interrompere, immediatamente, il pagamento degli incarichi individuati così da impedire un ulteriore dispendio di risorse: ben 2 milioni di euro al mese. Ha chiesto anche questo la Corte dei Conti di Napoli per mettere fine a sprechi e ad un danno erariale che, in ragione dell'assegnazione di incarichi di primario e di vice primario negli



ospedali campani in esubero rispetto a quanto imposto dal Governo in tema di spending review, ha determinato un danno erariale di circa 16 milioni di euro. In merito a questo punto la sezione giurisdizionale

della Corte dei Conti deciderà il 29 febbraio ma è probabile che la Regione Campania - ieri è stato notificato tutto al governatore **Vincenzo De Luca** - intervenga prima.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La Corte dei Conti deciderà il 29 febbraio, la Regione deve intervenire subito

Il caso limite

A Nola un primario per un solo posto letto

Il reparto di Nefrologia è aperto dal 1979 e gestisce anche 13 postazioni per la dialisi

Carmen Fusco

NOLA. C'è l'ospedale Santa Maria della Pietà tra gli sprechi della Sanità in Campania assurti agli onori della cronaca dopo il velo squarciato dalla Corte dei Conti di Napoli per via di un'indagine della Guardia di Finanza che ha messo a nudo un sistema alimentato anche dalle protezioni politiche. Un primario per un posto letto, quello di nefrologia. Un'equazione che farebbe sgranare gli occhi perfino al cittadino più distratto. E che ora diventa l'incipit di un racconto che ha fatto il giro dell'Italia intera.

Eppure a spulciare un po' di dati e di tabelle non sarebbe, quello della nefrologia, l'unico reparto zoppo di un ospedale di frontiera che serve una popolazione di 550mila residenti in un territorio che ricade dentro la sfera di competenza dell'Asl Na 3 Sud, che, sempre secondo quanto emerge dall'inchiesta, sarebbe in cima alla lista degli sprechi con 132 primari in più nel proprio organico. L'unità di otorinolaringoiatria, ad esempio, di posti letto ne conta 4: uno ordinario e 3 in day surgery. Stesso discorso l'obstetrica dove però i posti letto ordinari sono pari addirittura a zero.

Ma torniamo alla nefrologia e a quell'unico posto previsto dal decreto 49 del 2010 che inserisce l'ospedale di Nola nel II livello di emergenza. L'unità che si occupa di patologie renali e che conta un solo posto letto ordinario è abbinata alla dialisi, che annovera 13 postazioni. Una struttu-

ra dove sono in servizio 6 medici, uno dei quali però è esentato dai turni, e che però non ha le caratteristiche che la legge attribuisce alle unità cui dovrebbe far capo un dirigente di secondo livello. Il vizio riguarda chi dovrebbe intervenire e non lo ha fatto ma il primario della nefrologia e della dialisi non ci sta a passare per fannullone e pure per raccomandato.

«Sto qui dalla mattina alla sera - si sfoga Ferdinando Avella - e la mia storia personale e professionale è nota ai più. Non voglio difendere la mia poltrona ma nemmeno mi va di passare

Il medico Ferdinando Avella: ho vinto un regolare concorso e lavoro tutto il giorno



L'ospedale Il reparto di Nefrologia del Santa Maria della Pietà a Nola e in alto primario Ferdinando Avella in carica dal 1998 (NEWFOTOSUD/ALESSANDRO PONE)

I numeri dell'inchiesta



per ciò che non sono». Poi prosegue: «Non è vero che gestisco un solo posto letto. A questo, infatti bisogna aggiungere i due di Day hospital e i 13 di dialisi che non figurano in quell'elenco essendo definiti posti tecnici. La denominazione corretta è infatti Nefrologia e Dialisi. Dispiace quindi apprendere che il reparto, nato 40 anni fa, sia stato additato come la pietra dello scandalo pur essendo consapevole che le inadempienze della Regione sono tante e diffuse. È amaro da vittime diventare carnefici».

Si difende Avella, pur non essendo imputato e soprattutto tiene a sottolineare che i pazienti nefropatici ricoverati in medicina sono oltre il 30 per cento: «Potrei fregarmene - insiste - visto che il mio contratto scade nel 2019 e che sono pure già pensionabile ma è una questione di amor proprio e tutto questo proprio non mi va giù». Ferdinando Avella, 65 anni a luglio, è titolare del reparto dal 1999 dopo aver superato un concorso. Prima di lui un primario c'è sempre stato. Il reparto di nefrologia nacque nel 1974 anche se entrò ufficialmente in funzione solo dopo 5 anni.

Prima dello scandalo dei primari senza pazienti, un'altra vicenda paradossale ha interessato il pronto soccorso, da qualche giorno trasferito di nuovo nel sottoscala. Ristrutturato da meno di un anno e mezzo, è diventato di nuovo un cantiere perchè il pavimento, non realizzato a regola d'arte. Ci vorranno 15 giorni per rimettere le cose a posto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Terra dei Fuochi, una app per denunciare i roghi di rifiuti

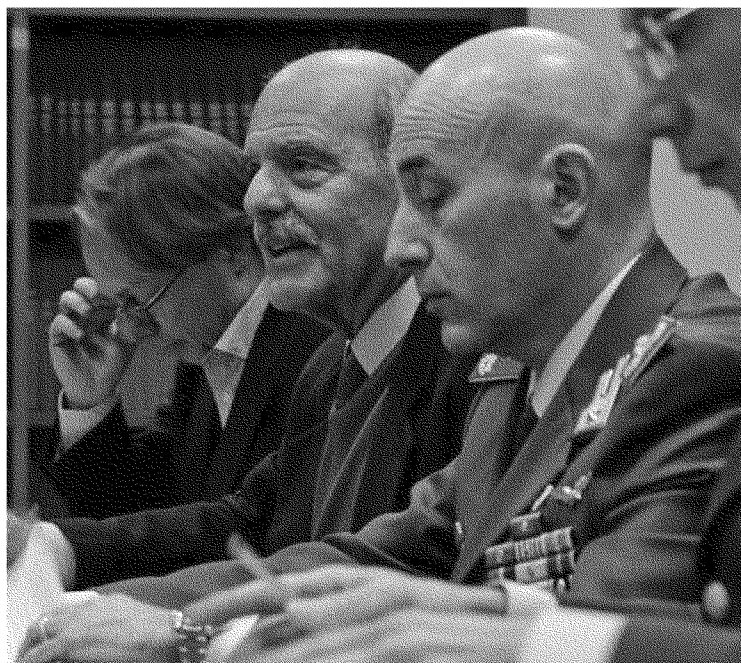
Una «app» per segnalare i roghi nella Terra dei Fuochi. È scaricabile su qualunque smartphone, è stato reso operativo dall'intesa firmata dall'Incaricato del Governo per la Terra dei Fuochi Donato Cafagna e da Francesco Greco, capo della Procura di Napoli Nord. La segnalazione verrà controllata dalla struttura di Cafagna e poi trasmessa alla Procura.

Le anomalie Al Santa Maria della Pietà, quattro posti in Otorinolaringoiatria, nessuno in Oculistica

Esuberero nell'esuberero

L'Asl Na3 la più sfrontata

Nel 2015 registrato addirittura un aumento di tre punti nell'Unità operativa complessa che già nell'anno precedente aveva un surplus destinato ad essere eliminato



MANUELA GALLETTA

L'ordine era chiaro: cancellare le unità operative ritenute in esuberero e con esse anche dirigenti. Ma in Campania ci sono state delle aziende sanitarie che non solo non si sono attenute al diktat della Regione conservando i posti che andavano sfoltilti ma che, in pieno regime di 'spending review', hanno fatto addirittura registrare un aumento di dirigenti. Un esuberero nell'esuberero.

La palma della sfrontatezza va all'Asl Napoli 3, che abbraccia l'area vesuviana a sud di Napoli, e all'ospedale S'Anna e San Sebastiano di Caserta. La curiosità emerge confrontando i dati degli esubereri per gli anni 2014 e 2015 che la Finanza ha calcolato per ciascuna struttura ritenuta non in regola. All'Asl Napoli 3, rileva la Finanza, nel 2014 si contavano 129 Uoc (unità operative complesse) a fronte delle 214 previste dal Decreto regionale 97/2015 che aveva imposti i tagli. Il disavanzo tutto sommato era risicato e sarebbe bastato un po' di impegno per centrare l'obiettivo. Invece, leggendo i dati dell'anno successivo sempre relativi all'Uoc arriva la sorpresa: la dotazione effettiva è di 132. L'esuberero aumenta di ben 3 punti. Tradotto in cifre: nel 2014 le indennità corrisposte ma non dovute sul fronte dell'Uoc costano 20mila e 500 euro; nel 2015 parliamo di uno spreco di 197mila euro circa. Calcolando invece anche gli esubereri delle Uos e delle Uosd in entrambi gli anni, il danno totale è di quasi 855mila euro. Un danno



di cui rispondono Maurizio D'Amora, nella qualità di direttore generale dal 29 settembre del 2011 al 15 novembre del 2014; Antonio Postiglione, dirigente di settore Gestione del personale del servizio sanitario regionale fino ad ottobre 2013 ed attuale dirigente unità operativa dirigenziale nonché nella qualità di coordinatore del gruppo di lavoro per gli atti aziendali; Mario Vasco, nella qualità di dirigente delle preesistenti Agc19 e 20 con decorrenza dal 5 giugno 2013 e di attuale Direttore generale con decorrenza dall'ottobre 2013; il professor Ferdinando Romano, capo dipartimento Salute e risorse naturali della Regione Campania fino al 30 agosto 2015; Renato Pizzuti, componente regionale del gruppo di lavoro e attuale dirigente della direzione generale tutela della salute; Ettore Cinque, nella sua qualità di subcommissario ad acta.

Tiene testa all'Asl Napoli l'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, dove i finanzieri hanno rilevato, per l'anno 2014, un esubero di 7 unità per l'Unità operativa complessa (al lavoro 41 persone sulle 34 previste dal Decreto regionale 97/2014). La sorpresa sono i dati del 2015: anziché procedere ad una riduzione, seppur minimale come in linea di massima hanno fatto le altre aziende finite nel mirino della procura generale presso la Corte dei Conti, l'ospedale Sant'Anna e San Sebastiano registra un surplus di 10 unità. Se la matematica non è un'opinione, significa che c'è stato un incremento addirittura di tre unità. Con un ammontare delle indennità corrisposte - classificate danno erariale - pari a 43mila euro (solo per l'Uoc) nel 2014 e 241mila euro nell'anno seguente.

Ma non è tutto: a scorrere l'analisi di unità-costi tracciata dagli uomini della Guardia di Finanza di Torre Annunziata e Nola, ci si imbatte in altri tipi di primato. Quello degli sperperi complessivi, anzitutto. Il podio se lo aggiudicano tre aziende universitarie napoletane: sul gradino più basso troviamo il Sun che ha speso un milione e 300mila

euro per retribuzioni ai dirigenti di unità operative in surplus. Medaglia d'argento al Pascale con un esborso di quasi un milione e 700mila euro. Straccia tutti la Federico II con due milioni di euro di danno erariale.

©riproduzione riservata

SOTTO ACCUSA > L'ELENCO



**Il caso di Sun,
Federico II e Pascale:
hanno pagato
ben 5 milioni
di retribuzioni
non dovute**