



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# RASSEGNA STAMPA

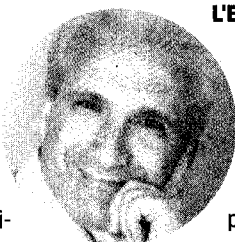
A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



## Pagamenti alle Pmi: missione a Roma Entro giugno 1,6 mld per la Sanità

Di **ETTORE MAUTONE**

**Oltre un miliardo e 600 milioni di euro** da sbloccare entro fine mese per migliaia di fatture emesse da altrettante imprese fornitrici della Sanità. Un pool di funzionari del dipartimento risorse finanziarie della Regione Campania, insieme al suo direttore **Salvatore Varriale**, è stato ieri a Roma in missione per consegnare nelle mani dei tecnici del ministero dello Sviluppo economico un voluminoso dossier di oltre mille pagine con il piano dei pagamenti. Il dossier contiene tutti i dettagli delle fatture inevase da anni, l'elenco delle imprese che vantano crediti certi ed esigibili. Nero su bianco le procedure, le fasi del ripiano e le modalità attuative del programma ancorato all'articolo 3 del decreto 35 per i pagamenti della pubblica amministrazione tradotte recentemente in legge (la n. 134 del 2013). Una partita che se sarà condotta in porto nei tempi previsti apre un nuovo scenario per la sanità regionale. Ma la missione romana è solo il primo step di un'operazione che prevede anche un secondo capitolo in cui sono iscritti crediti per imprese fornitrici della pubblica amministrazione per 1,460 miliardi di euro. In questo caso l'operazione, analoga a quella della sanità, deve essere condotta in porto entro luglio. Varriale potrà oggi al ministro **Flavio Zanonato** una bozza dell'iter di pagamento anche per la seconda tranche.



**Salvatore Varriale**

**L'Emilia sblocca 420 mln**

Finora solo l'Emilia Romagna ha sbloccato i fondi per i fornitori della Sanità che vantano crediti nei confronti della pubblica amministrazione utilizzando il decreto del governo paga-debiti. Proprio ieri l'Emilia sblocca 420 milioni di euro. Soldi che evidentemente la Regione ha già in cassa e che anticipa su quelli che otterrà dal governo con il pagaddebiti. E che la decisione sia la più attesa dalle associazioni di categoria lo si capisce dal tenore dei commenti a caldo ai 420 milioni sbloccati ai fornitori della sanità romagnola che segnano la rinascita di un settore pesantemente colpito dai ritardi nei pagamenti e dal terremoto. "Le altre Regioni seguano l'esempio - avverte il presidente nazionale di Assobio-medica, **Stefano Rimondi** - ci auguriamo che anche i governi locali commissariati soprattutto quelli più indebitati, seguano l'esempio dell'Emilia-Romagna. Ricordiamo, infatti, che in tutte le regioni sottoposte a piano di rientro, ovvero Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna e Sicilia, non è ancora chiaro come avverrà il pagamento". E tutti i dettagli e le procedure sono nel piano consegnato ieri dai funzionari della Regione al ministro dello Sviluppo Flavio Zanonato. ●●●

# Dal 1° gennaio di quest'anno pagamento a 30 giorni

## IL METODO

Le pubbliche amministrazioni devono dotarsi di un'integrazione automatica fra documenti contabili e attestati di spesa

## Possibile un termine a sessanta giorni per chi offre servizi sul mercato e per la sanità

PAGINA A CURA DI  
**Alessandro Mastromatteo**  
**Benedetto Santacroce**

■ Anche le pubbliche amministrazioni sono tenute per legge alla puntualità dei pagamenti nelle transazioni commerciali con i propri fornitori: saldare il dovuto oltre la scadenza comporta, infatti, l'applicazione automatica di interessi legali di mora.

Per ridurre i problemi di liquidità delle imprese è stato previsto, in linea di principio, il pagamento entro un mese delle fatture relative a forniture e servizi. Inoltre è in ogni caso dichiarata nulla dal giudice, in quanto gravemente iniqua, la clausola o la prassi contrattuale che esclude il diritto di applicare interessi di mora.

La disciplina trova applicazione per i contratti stipulati dal 1° gennaio 2013 e non ha invece valenza retroattiva per i contratti già stipulati a tale data. La disciplina di riferimento è contenuta nel decreto 231 del 2002 come modificato dal decreto legislativo 192 del 2012 di recepimento della Direttiva 2011/7/UE. I ritardi di pagamento sono considerati, infatti, uno degli elementi che concorrono a mantenere una bassa crescita dell'economia in genera-

le e delle imprese in particolare.

Soprattutto nei periodi di recessione economica come questo, le imprese vanno, infatti, incontro anche alle sempre maggiori e crescenti difficoltà nell'accesso ai finanziamenti.

Le nuove disposizioni operano con riguardo a tutte le transazioni commerciali tra imprese e pubbliche amministrazioni e tra operatori economici. Anzi, la disciplina nei riguardi del settore pubblico appare ancora più rigida e tassativa. I ritardi nei pagamenti non appaiono, infatti, giustificati quando debitore è una pubblica amministrazione, che dispone di flussi di entrate più certi, prevedibili e continui rispetto alle imprese.

Nei contratti tra imprese, il termine di pagamento è, se non diversamente stabilito nel contratto, di trenta giorni ma, contrattualmente, può essere stabilito un diverso termine che, di regola, non deve però superare i sessanta giorni. Se concordato in forma espressa e non gravemente iniquo per il creditore, tale termine può essere però anche superiore.

Al contrario, per quanto riguarda i contratti in cui il debitore è una pubblica amministrazione, si prevede un termine di pagamento, di regola, non superiore a trenta giorni; tenendo conto di situazioni particolari, è consentito fissare un termine legale di pagamento fino a un massimo di sessanta giorni in due casi:

- per le imprese pubbliche che svolgono attività economiche di natura industriale o commerciale, offrendo merci o servizi sul mercato;
- e per gli enti pubblici che forniscono assistenza sanitaria.

Le parti possono concordare, purché in forma espressa, un termine superiore a trenta giorni se oggettivamente giustificato dalla natura o dall'oggetto del contrat-

to o da particolari circostanze esistenti al momento della conclusione dell'accordo, ma comunque non superiore a sessanta giorni.

Le pubbliche amministrazioni devono, quindi, dotarsi anch'esse di un'integrazione automatizzata tra documenti contabili e attestati di spesa o di pagamento, assicurando la gestione del processo di formazione del bilancio attraverso il controllo di tutte le fasi in cui si articola il processo di spesa, alimentando in modo omogeneo e tempestivo le scritture contabili e fornendo dati per il controllo di gestione. Il modello è quello del Sicoge-sistema per la gestione integrata della contabilità economica e finanziaria. Si tratta di un sistema informativo di contabilità, integrato organicamente, tramite flussi informatici, con il Sistema informativo della Ragioneria generale dello Stato (Sirgs). Sin dal 2002 è stata di fatto automatizzata la gestione della contabilità finanziaria delle amministrazioni pubbliche, attraverso tutte le fasi di predisposizione e gestione del bilancio ed emissione degli atti di spesa quali impegni, ordini di pagare, ordini di accreditamento e decreti di assegnazione fondi. In quest'ottica si inserisce anche l'adozione del decreto ministeriale 3 aprile 2013, n. 55 attuativo della fatturazione elettronica obbligatoria nei confronti delle pubbliche amministrazioni (si vedano anche gli articoli alle pagine 20 e 21). L'utilizzo della fattura elettronica permette, infatti, di riscontrare i tempi di emissione dei documenti e riconciliarli con i pagamenti, tenendo conto, in via automatizzata, di eventuali ritardi e della maturazione degli interessi.

## I punti

### 01 | GLI INTERESSI

Decorrenza automatica degli interessi di mora per i contratti conclusi dal 1° gennaio 2013 per tutte le transazioni commerciali tra pubbliche amministrazioni e imprese (compresi i contratti che sono stati stipulati dai professionisti) e tra imprese dal giorno successivo alla data di scadenza o alla fine del periodo di pagamento stabilito nel contratto.

Se data di scadenza o di pagamento non risultano contrattualizzate, gli interessi di mora decorrono dal giorno successivo alla scadenza del termine per il pagamento individuato in 30 giorni dalla data di ricevimento da parte del debitore della fattura o di una richiesta di pagamento di contenuto equivalente

### 02 | IL TERMINE

Nelle transazioni commerciali in cui debitore è una pubblica amministrazione il termine ordinario di pagamento è quello di 30 giorni, prorogabile a non più di 60 giorni

### 03 | IL PERIMETRO

Le pubbliche amministrazioni interessate sono quelle disciplinate all'articolo 3, comma 25 del codice degli appalti pubblici. Si tratta, per esempio, di amministrazioni dello Stato, enti pubblici territoriali, altri enti pubblici non economici, organismi di diritto pubblico e associazioni, unioni, consorzi, comunque denominati, costituiti da questi soggetti

#### Il contratto

Sono in ogni caso nulle, e si hanno per non apposte al contratto, le clausole che escludono il diritto di applicare interessi di mora e il risarcimento dei costi sostenuti per il recupero delle somme non tempestivamente corrisposte. Sono inoltre nulle, quando risultano gravemente inique in danno del creditore, le clausole relative al termine di pagamento, al saggio degli interessi moratori o al risarcimento per i costi di recupero, che a qualunque titolo sono state previste o introdotte nel testo del contratto che è stato concluso dalle parti

## Il riparto

### Caldoro: conti in ordine, ci toccano più risorse

Sblocco del turn over per giovani medici e «nessun passo indietro» sui trasferimenti statali destinati alla sanità: il Presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro, ha affrontato i temi della sanità nel corso della cerimonia per i 40 anni di laurea dei medici, che si è svolta al Teatro Sannazaro. Caldoro ha

ribadito che sui fondi destinati ai cittadini della Campania «non ci saranno passi indietro». I campani, ha ricordato, rispetto alla media nazionale «hanno in meno 60 euro pro capite di trasferimenti statali». Una situazione che anche il presidente dell'Ordine dei medici di Napoli Bruno Zuccarelli, ha definito

una «anomalia», Caldoro - ha evidenziato il numero uno dei medici della Campania - «sui tavoli giusti si fa rispettare». I conti della sanità campana - ha sottolineato Caldoro - sono in ordine. Il risanamento dei conti ci consente di avere più risorse per i cittadini per avere una buona sanità».

MEDICI

# Diagnosi e terapie Tre giorni a Ischia sulla telemedicina

**Telemedicina** ed informatica medica per rendere più efficienti ed efficaci le prestazioni sanitarie. Se ne discute da oggi e fino a sabato 15 all'Hotel Continental di Ischia, in occasione del 13° congresso annuale di @ITIM, l'Associazione Italiana di Telemedicina ed Informatica Medica.

La conferenza si articolerà in tre giornate in cui relatori italiani ed internazionali si confronteranno su temi che riguardano le applicazioni biomediche e cliniche dell'informatica.

## Rivoluzione in corsia

La medicina nella sua storia è stata caratterizzata da una fortissima innovazione e da continue rivoluzionarie scoperte che hanno portato a sconfiggere le grandi malattie che da sempre hanno afflitto la storia dell'umanità.

Negli ultimi anni si sta assistendo ad una profonda rivoluzione negli ospedali e nella sanità dove si incomincia ad usare in maniera intensiva tutta la tecnologia disponibile nell'era moderna; questa rivoluzione sta portando la medicina a diventare non solo il principale consumatore di tecnologia, ma anche un importante settore trainante nel campo dell'Ict.

Il connubio tra ricerca, moderne tecnologie e pratica clinico-diagnostica è diventato, quindi, un presupposto indispensa-

bile per l'attività del personale medico, così come l'informatizzazione dei processi e delle attività ospedaliere è sempre più un aspetto essenziale per migliorare la gestione delle aziende sanitarie.

Il congresso, patrocinato da ministero della Salute, Agenzia per l'Italia digitale, Regione Campania, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli, si rivolge a ricercatori, professionisti sanitari, organizzazioni nazionali ed internazionali e responsabili istituzionali interessati a presentare e condividere progetti, idee e risultati nell'area della telemedicina e dell'informatica medica.

## Confronto interdisciplinare

“La caratteristica del congresso è di mettere a confronto tutti gli attori principali del settore per la condivisione di strategie di innovazione tecnologica - spiega **Giuseppe De Pietro**, organizzatore del Congresso e responsabile della sede di Napoli dell'Istituto di calcolo e reti ad alte prestazioni, Icar, del Cnr - . Il Cnr ultimamente riveste un ruolo sempre di maggiore rilevanza nei processi di innovazione nella sanità, in particolare tra i numerosi progetti - aggiunge De Pietro, è il capofila nella costituzione di un laboratorio avanzato pubblico privato per la sanità elettronica chiamato E-Healthnet”. ●●●

In Parlamento. Al lavoro le commissioni Bilancio e Affari sociali per una proposta condivisa a settembre

# La Camera studia la sanità sostenibile

Roberto Turno

Coniugare i bisogni di salute degli italiani, che sotto la crisi perdono sempre più tutele, con la necessità di tenere stretti i cordoni della borsa della spesa pubblica. La classica quadratura del cerchio, la missione impossibile che più Governi e Parlamenti da decenni vanno inseguendo, è da ieri l'ambizioso obiettivo che si sono date anche le commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera. Un matrimonio pressoché inedito - chi difende la salute, chi guarda ai conti dello Stato - con un punto di caduta, fatto di proposte politiche al Governo, di qui a qualche mese: a settembre, precisamente, proprio nel bel mezzo del varo della legge di stabilità per il 2014.

La Camera, insomma, studia come preparare pezzi di manovra per il prossimo anno. A comin-

## CALENDARIO IMPONENTE

Previste, tra le altre, audizioni con governatori, sindaci, università, imprese, sindacati e ministri dell'Economia e della Salute

ciare da asle e ospedali, portata forte, e temutissima, dei conti pubblici. Con una domanda di fondo: quale sostenibilità garantire al Ssn, con quali mezzi e con quali prospettive. È questo, infatti, l'interrogativo dell'indagine conoscitiva voluta all'unanimità e deliberata ieri della due commissioni di Montecitorio a testimonianza della delicatezza della sfida della tenuta del Welfare sanitario.

Non a caso il calendario di audizioni è imponente: governatori, sindaci, Cortei dei conti, Ragioneria generale, Agenas, Bocconi, Scuola Sant'Anna di Pisa, Luiss, fondi integrativi, imprese, sindacati. E per finire il ministro dell'Economia, il vero dominus dei conti sanitari, e quello della Salute. Per preparare un antipasto della manovra 2014 da fornire al Governo entro fine settembre. Il tutto, mentre si deve far fronte all'aumento (scongiurato?) dei ticket, alla spending review, alle in-

compiute nelle Regioni in deficit. E ai tagli che stanno duramente condizionando l'erogazione dell'assistenza.

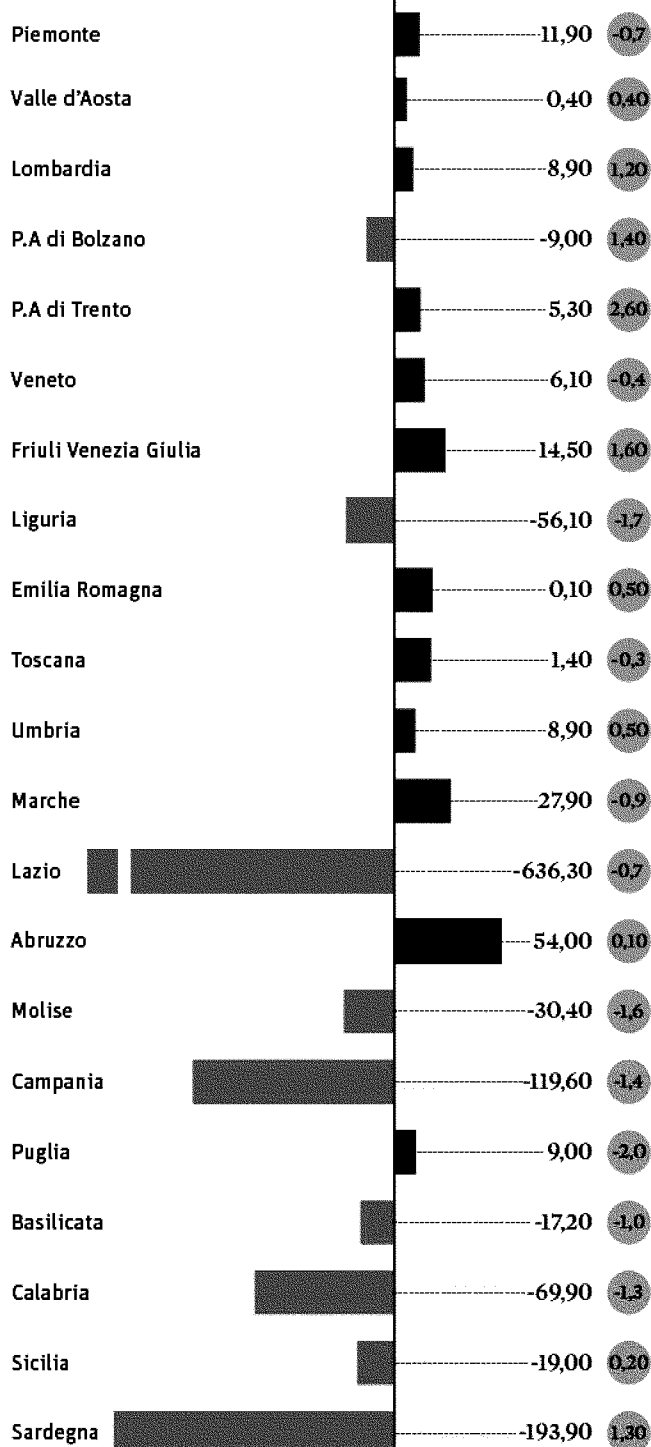
I partiti di maggioranza stanno preparando i rispettivi dossier. Spiega il presidente della Affari sociali, il montiano Pierpaolo Vargiu di Scelta civica: «Il tema di fondo è come garantire esigenze e diritti di salute in maniera uniforme, tanto più in tempi ormai prolungati di crisi. All'interrogativo sulla sostenibilità del Welfare, non ci si può sottrarre. Lo faremo dal punto di vista della nostra commissione e di quello della commissione Bilancio, per arrivare a un documento finale in tempo per la legge di stabilità». Aggiunge la capogruppo del Pd, Donata Lenzi: «Nel momento in cui ci si interroga di spending o di ticket, è necessario chiedersi e capire in prospettiva quali correttivi apportare al sistema. Sia chiaro: senza mettere in discussione il Ssn, ma pensando a come modificare il sistema della compartecipazione alla spesa o il rapporto Stato-Regioni e la riorganizzazione nell'erogazione dei servizi». Ma non solo: «Si deve capire quale strada percorrere nelle Regioni sotto piano di rientro, dove sei conti migliorano, peggiora in maniera preoccupante la qualità dei servizi. Perché non è solo questione di risparmi, ma degli effetti che quei risparmi producono», aggiunge Raffaele Calabrò, capogruppo Pdl.

Insomma, avanti con la riforma del Ssn pensando alla manovra prossima ventura. Che sulla sanità sarà ben più consistente di quella che il decreto legge "del fare" in piccola parte dedica anche alla sanità. Prevedendo procedure semplificate di autorizzazione per le apparecchiature a risonanza magnetica (Rmn) o l'abolizione dell'obbligo di specializzazione per gli odontoiatri nell'accesso al Ssn. E poi l'addio ad un grappolo certificazioni e autorizzazioni sanitarie: anche quello di sana e robusta costituzione per gli ufficiali esattoriali, forse vecchia (o ancora attuale?) eredità di quando l'esoso esattore doveva sapersi difendere dai cittadini tartassati.

## Pochi miglioramenti

La situazione della spesa sanitaria nel 2012. Dati in milioni

● Differenza 2010-2012 in percentuale



Fonte: per la prima colonna Cortei dei conti 2013 e dati Regioni, per la seconda audizione del 29 maggio al Senato della Ragioneria generale dello Stato

**SANITÀ****Definiti i criteri  
di qualità dei servizi**

Con delibera del Consiglio dei ministri dell'11 dicembre 2012, pubblicata sulla «Gazzetta Ufficiale» 135 di ieri sono stati definiti i criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza per la scelta delle Regioni di riferimento ai fini della determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario. Tra i criteri che le Regioni devono rispettare per essere eligibili: aver erogato livelli essenziali sopra la media e non essere assoggettate al piano di rientro. Le graduatorie saranno formulate dal ministero della Salute, di concerto con l'Economia.

SPESA/ I risultati delle verifiche di aprile sulle otto Regioni impegnate nel percorso di recupero

# Piani di rientro a tappe forzate

Leva fiscale superstar - Accesso alle risorse pro-creditori - Calabria a rischio

**L'** Abruzzo se la cava sugli hospice, ma fallisce sulla riabilitazione. La Calabria migliora sulla farmaceutica ma il riordino della rete ospedaliera resta un miraggio e manca ogni appuntamento sul web, restando "clandestina" rispetto ai flussi informativi del Ssn. La Campania migliora la performance rispetto a quasi tutti gli obiettivi assegnati ma resta campionessa di carenze nei rapporti con i fornitori e di profili di incostituzionalità delle leggi di settore. E ancora, in ordine sparso: il Lazio va meglio sulla farmaceutica ma traballa tra l'altro su accreditamento, rapporti con gli Atenei, riorganizzazione dei laboratori. E versa nel caos più totale per quanto riguarda la gestione del personale. Il Molise non riesce a "spostare" gli anziani dall'ospedale alle cure a domicilio e arranca - sommerso dalle cause - su una riorganizzazione della rete ospedaliera che resta ancora sulla carta.

Il Piemonte avanza su laboratori, atti aziendali, continuità di cura ospedale-territorio, ma tarda sul taglio dei posti letto post-acute, sulla psichiatria, sugli hospice.

Se a livello di grandi numeri l'operazione «Piani di rientro» ha finalmente e complessivamente prodotto buoni frutti, è solo andando a scavare nel dettaglio dei tentativi di risanamento che si intravedono difficoltà, vizi e virtù del percorso che vede ancora impegnate 8 delle dieci Regioni costrette ad accedervi dal 2007.

Sotto la lente ancora i documenti illustrati in audizione al Senato da Francesco Massicci (Rgs) e Francesco Bevere (Programmazione sanitaria), frutto delle riunioni di verifica dei Tavoli tecnici svolte in aprile. Dall'analisi complessiva emerge

con chiarezza che i risultati economici sono stati realizzati in gran parte dei casi anche grazie ai poderosi sacrifici fiscali imposti ai cittadini, risultati a volte determinanti al tavolo delle verifiche, dove peraltro ha pesato la posizione "debitoria" delle Regioni nei confronti del proprio Ssr. Mentre ad accomunare praticamente tutte le Regioni in rosso è l'accesso a fondi residui concesso principalmente per cominciare a sanare le "pendenze" con i fornitori. Ecco in una rapida carrellata lo stato dell'arte caso per caso, a partire dall'**Abruzzo**, che ha chiuso il 2012 con un avanzo di 42,041 milioni di euro e a fronte del trasferimento da parte della Regione di 242 milioni di euro di spettanze pregresse al proprio Ssr giacenti nel bilancio regionale ha ottenuto l'assenso di Tavolo e Comitato dei Lea all'erogazione dei 118 milioni di euro corrispondenti alle spettanze residue per il 2010. La Regione resta comunque in ritardo sull'invio dei piani operativi 2013-2015 e registra le principali criticità sul riordino della rete ospedaliera e territoriale, accreditamento e contratti con gli erogatori privati.

La **Campania** ha superato il disavanzo di 156,089 milioni di euro del 2012 grazie alla massimizzazione della leva fiscale con un avanzo di 76,889 milioni. L'erogazione dei 287 milioni pari a tutte le spettanze residue a tutto il 2010 è la ciambella di salvataggio a fronte tra l'altro della mancata corresponsione al Ssr da parte della Regione di ben 1.116 milioni di euro già erogati dallo Stato e dei tempi di pagamento dei fornitori che superano i 760 giorni. Per il resto la Regione con quasi tutte le altre le criticità sul riordino della rete assistenziale e sull'accREDITAMENTO, stenta a mettersi al passo

sulla disciplina vigente in materia di beni e servizi.

Più o meno stesso trend per il **Lazio**, che ha ottenuto l'erogazione di 540 milioni di euro residui relativi agli anni fino al 2010 per non aggravare ulteriormente la situazione di cassa a fronte delle ingenti somme destinate al Ssn trattenute dai bilanci regionali e a fronte di coperture fiscali per 808,682 milioni che hanno attestato la chiusura del 2012 a un avanzo di 147,818 milioni. Tra le criticità «improcrastinabili», il riordino della rete ospedaliera e territoriale, accreditamento, contenzioso col privato, rapporti con le Università, gestione del personale.

Via libera all'erogazione di 500 milioni pregressi anche in **Sicilia**, dove i ritardi di pagamento verso i fornitori toccano i 9 mesi e dove a fine 2012 il disavanzo da coprire si è attestato a quota 54,055 milioni e dove il ripristino da parte della Regione dell'intero finanziamento derivante dalla massimizzazione delle aliquote fiscali dovrebbe determinare un avanzo di 239,238 milioni. Ciò detto, l'isola condivide con le colleghe le difficoltà nell'attuazione del riordino della rete ospedaliera e territoriale e registra uno specifico ritardo in tema di armonizzazione dei sistemi contabili e di bilancio stante il mancato recepimento del Dlgs 118/2011.

Accesso a metà delle spettanze residue fino al 2010 - pari a 63 milioni - anche per il **Molise**, che anche avvalendosi della copertura fiscale chiude il 2012 con un disavanzo non coperto di 11,702 milioni euro, con il Ssr ancora in attesa del trasferimento di risorse trattenute nel bilancio regionale e l'Azienda sanitaria in attesa del ripristino del

fondo di dotazione di 84,4 milioni. Le criticità principali riguardano anche in questo caso rete assistenziale, rapporti con i privati, adeguamento alle normative su beni e servizi.

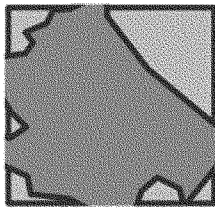
Strada ancora decisamente in salita per la Regione Calabria: il 2012 si è chiuso grazie al ricorso alla leva fiscale massimizzata con un avanzo di 42,272 milioni, a fronte però di debiti 2008-2009 non coperti per un totale di 200,166 milioni. A ricognizione chiusa, con tempi di pagamento che superano i 950 giorni e a fronte degli sforzi comunque compiuti sul fronte della contabilità, la Regione ha ricevuto l'assenso all'accesso alle risorse premiali

relative agli anni fino al 2008 per un totale di 411 milioni e il pressante invito a saldare i fornitori, nonché l'altrettanto pressante invito a garantire l'erogazione dei Lea in modo uniforme su tutto il territorio regionale per evitare il rischio di commissariamento.

Situazione più "serena" in Piemonte e Puglia. Nel primo si sono verificati i presupposti per la diffida a fronte di un disavanzo di 864,045 milioni e di un mancato conferimento di risorse da parte della Regione al Ssr per 883 milioni. Stessa situazione nella seconda, dove la distrazione di risorse dal Ssr è di 292 milioni che abbinato al disavanzo

finale di 41,024 milioni attesta a un totale di 333,024 milioni i provvedimenti di copertura sollecitati. Per entrambe vale l'invito a riportare i tempi di pagamento dei fornitori nei limiti europei.

Sara Todaro



**REGIONE ABRUZZO**

**ASPETTI POSITIVI**

- Attivazione delle strutture residenziali per l'erogazione delle cure palliative «hospice» nelle

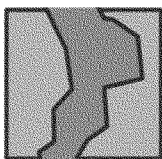
Aziende Uu.Ss.Ll. della Regione

- Completamento del processo di riconversione dei quattro su cinque presidi ospedalieri (Pescina, Tagliacozzo, Casoli, Gissi) le cui dimensioni non risultavano in linea con i parametri di sicurezza, di efficacia, di efficienza, nonché di corrispondenza all'effettivo fabbisogno della popolazione regionale
- Decremento dell'ospedalizzazione totale a partire dal 2009 per una consistente riduzione del ricorso a ricoveri ad alto rischio di inappropriata e dell'ospedalizzazione della popolazione ultrasettantacinquenne
- Approvazione della nuova rete regionale dell'emergenza-urgenza, con l'istituzione del Coordinamento regionale emergenza (Crea)
- Avvio della razionalizzazione della rete dei laboratori pubblici e privati
- Avvio delle attività poste in essere finalizzato alla sospensione e/o abrogazione delle normative regio-

nali in contrasto con il Piano di rientro, secondo la procedura prevista dall'articolo 2, comma 80, della legge 191/2009

**PUNTI DI ATTENZIONE**

- Criticità nell'erogazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per pazienti anziani e per pazienti in condizioni di terminalità e conseguente necessità di completamento dell'attivazione di strutture dedicate all'assistenza residenziale e semiresidenziale rivolta a pazienti non autosufficienti e di posti letto in Hospice e dell'assistenza di Cure palliative
- Necessità di emanazione di un atto col quale vengano attribuite numericamente le strutture complesse e semplici a ciascuna azienda, coerentemente con i parametri standard ex articolo 12 Patto per la Salute
- In relazione all'accreditamento, è necessaria una ricognizione analitica delle strutture interessate dai provvedimenti utile a illustrare il regime e la tipologia di prestazioni erogate da ciascuna di esse e una puntuale rilevazione atta a evidenziare il grado di avanzamento del processo di accreditamento istituzionale



**REGIONE CALABRIA**

**ASPETTI POSITIVI**

- Approvazione del Piano di riordino delle reti assistenziali (come mero atto programmatico)
- Punti nascita: la Regione ha adottato i provvedimenti in linea con l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni che prevede la chiusura dei p.n. con ridotto numero di parti
- Conclusione del processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati per gli anni 2010 e 2011
- Miglioramento nella capacità di gestione dell'assistenza farmaceutica
- Progressi nel settore della Sanità veterinaria, che risultava molto carente

**PUNTI DI ATTENZIONE**

- Mancato invio del Programma operativo 2013-2015, necessaria prosecuzione del Piano di rientro
- Carenza di comportamento collaborativo tra struttura regionale, Commissario e sub commissari
- Mancanza di governance dei sistemi informativi del Nsis. La Regione è infatti inadempiente sin dall'anno 2007 rispetto a tutti i punti relativi ai flussi informativi
- Ritardo nell'attuazione del riordino delle reti assistenziali ospedaliere, territoriale e dell'emergenza-urgenza (comprensive in talora, nonché, le reti di specialità)

organizzativi, al personale, ai vantaggi della convenzione con l'ospedale pediatrico Bambino Gesù

- Necessità di individuare in modo chiaro e univoco i servizi, il personale e il modello organizzativo dei Capt e delle Case della Salute, onde evitare sovrapposizioni e duplicazioni di funzioni
- Carenza nell'assistenza territoriale residenziale e domiciliare. La Regione è inadempiente sul punto s)
- Necessità di procedere con la riorganizzazione delle strutture pubbliche e private eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio. La Regione non ha ancora predisposto il Piano di riorganizzazione disciplinato dalla Finanziaria per il 2007
- Necessità di rendere coerente il fabbisogno assistenziale con la rete delle strutture accreditate, come richiesto più volte dai ministeri, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate. Sono emerse criticità anche in tema di verifica dei requisiti per l'accreditamento

- Fondazione Campanella: necessità di risolvere le questioni relative all'accreditamento, alla remunerazione, al personale e ai rapporti con l'azienda ospedaliero-universitaria Mater Domini (schema di protocollo d'intesa con l'Università degli Studi "Magna Graecia" di Catanzaro). I ministeri affiancati hanno più volte evidenziato le problematiche riconducibili alla presenza di più aziende ospedaliere nella sola città di Catanzaro
- Necessità di revisione delle Linee Guida sugli Atti specialistici in modo da non compromettere alle Aziende



**REGIONE CAMPANIA**

**ASPETTI POSITIVI**

- Presentazione Programma operativo 2013-2015
- Il Pr 2011-2013, approvato dalla Regione, è stato valutato positivamente dai ministeri affiancati
- Avvenuta costituzione della scuola medica salernitana, con positiva conclusione del complesso iter costitutivo
- Definizione delle tariffe attinenti alle prestazioni di

valutato positivamente dai ministeri affiancati

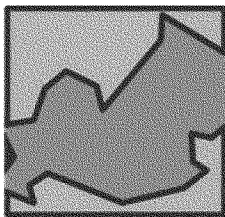
- Avvenuta costituzione della scuola medica salernitana, con positiva conclusione del complesso iter costitutivo

**PUNTI DI ATTENZIONE**

- Ritardo con il quale viene definito il procedimento di fissazione dei tetti per la sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati. Tale ritardo viene considerato dai ministeri affiancati indicativo di un non completo governo regionale dei rapporti con gli erogatori privati come si desume anche dal fatto che la rideterminazione definitiva del tetto 2011 è avvenuta solo nel gennaio 2013
- Non ancora completato il processo di accreditamen-

to definitivo e necessità di una dettagliata definizione dei fabbisogni, nonché di un intervento legislativo idoneo a ricondurre la normativa regionale in materia nell'ambito dei principi stabiliti dal quadro normativo nazionale

- Blocco automatico del turn over fino al 31 dicembre 2014 in regione Campania; con l'entrata in vigore dell'art 4 bis del DL 158/2012 si è preso atto della volontà della Regione di avallarsi della possibilità di deroghe ivi contemplata, ed è tuttora in itinere il necessario procedimento di deroga
- Relativamente all'attività della Centrale Acquisti So. Re.Sa. la struttura commissariale non ha ancora fornito un quadro dettagliato degli interventi per riportare l'applicazione del DL 95/2012 sotto controllo e per monitorare correttamente l'acquisto di beni e servizi. La Regione deve integrare il Programma operativo 2013-2015 con uno specifico intervento dedicato al pagamento dei fornitori
- Frequente approvazione di Lr in contrasto con il Pdr sintomatico di criticità nei rapporti tra gli organi regionali nell'esercizio delle funzioni ordinarie proprie. Le iniziative assunte dalla struttura commissariale per rinnovare i motivi di contrasto delle leggi regionali con il Piano di rientro non consentono di ritenere superati tutti i profili di incostituzionalità rilevati, né tantomeno i motivi di contrasto con il Piano di rientro



## REGIONE MOLISE

### ASPETTI POSITIVI

- Avviato un percorso di miglioramento inerente alla Sanità veterinaria, facendo registrare un andamen-

to con trend positivo

- Approvazione del progetto di Piano sanitario regionale 2013-2015
- Approvazione della direttiva per la redazione dell'Atto aziendale dell'AsReM

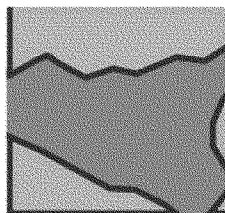
### PUNTI DI ATTENZIONE

- La riorganizzazione delle reti assistenziali non è stata completata, nonostante gli impegni temporali assunti nella programmazione operativa 2011-2012
- Rete ospedaliera: disposta la parziale riconversione delle strutture di Larino, Venafro e Agnone in presidi territoriali di assistenza (Pta), si prevede un'ulteriore riduzione di Pfl per le strutture di Campobasso, Larino e Isernia e una rideterminazione dell'offerta nei presidi di Termoli e Agnone. Disposto l'accorpamento funzionale dell'Ospedale Vietri di Larino con il S. Timoteo di Termoli e il ripristino dell'organizzazione e della dotazione di Pfl per acuti del Po di Larino. La riorganizzazione non si è attuata nei modi e nei tempi previsti in quanto i provvedimenti sono stati oggetto di plurimi ricorsi, alcuni dei quali ancora pendenti nel merito
- Rete territoriale: necessità di chiarire e disciplinare ex novo la situazione dell'offerta residenziale e semire-

sidenziale per anziani e per disabili. Quota di anziani assistiti a domicilio inferiore all'atteso, come da valore definito adeguato dal Comitato Lea. Dotazione inadeguata di Pfl presso strutture residenziali che erogano assistenza psichiatrica o presso strutture residenziali destinate alla popolazione anziana non autosufficiente

- Rete dell'emergenza-urgenza integrata ospedale-territorio. Non ancora individuato un Dea di II livello (tenuto conto che, onde giustificare l'istituzione di un Dea di II livello, il bacino di popolazione deve essere rappresentato da una soglia minima di 500mila abitanti) e un Dea di I livello. Non risultano ancora attivate le reti delle patologie tempo-dipendenti

- Definizione del fabbisogno sufficientemente articolata in relazione alle diverse caratteristiche delle strutture di offerta né supportata da un'analisi di domanda e deve essere rivista alla luce degli standard e delle disposizioni normative introdotte con DI 95/2012 convertito con legge 135/2012
- Livelli di ospedalizzazione al di sopra di quelli definiti dalla normativa di riferimento
- Ritardo con il quale si procede nella stipulazione di accordi/contratti con le strutture private accreditate per i diversi setting assistenziali. La programmazione regionale risulta inoltre non ancorata alla predefinizione dei fabbisogni bensì all'offerta: i contratti 2012 non sono stati stipulati ma si è operata una proroga dei contratti stipulati nell'anno 2011
- Permanenza di un ampio contenzioso, in sede civile e amministrativa, per lo più promosso dalle principali strutture private accreditate



## REGIONE SICILIA

### ASPETTI POSITIVI

- Presentazione bozza di Programma operativo 2013-2015
- Definizione del Piano

strategico per la salute mentale e avvio processo di riconversione delle casa di cura psichiatriche

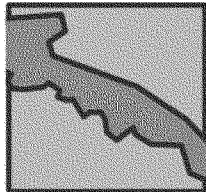
- Attivazione delle reti cliniche secondo il modello Hub&Spoke per gli ambiti specialistici previsti dal Psr 2011-2013
- La Regione ha definito le reti tempo-dipendenti (rete per le emergenze delle malattie cerebrovascolari, rete per l'assistenza al paziente politraumatizzato, rete per l'infarto miocardico acuto) e individuato i Punti di primo intervento
- Approvazione del Piano della Salute 2011-2013
- Istituzione dell'Osservatorio regionale per l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie con compiti valutativi, consultivi e di supporto alle Asl e agli Uffici regionali in materia di appropriatezza delle prestazioni

### PUNTI DI ATTENZIONE

- Rete ospedaliera: necessari una relazione aggiornata sulle avvenute riconversioni e uno schema del

nuovo assetto dei posti letto a conclusione del processo di revisione nel rispetto dei requisiti previsti dal DI 95 convertito in legge 135/2012. Mancato completamento della riduzione del numero delle strutture organizzative semplici e complesse, secondo i parametri fissati dal Comitato Lea.

- Quota di anziani assistiti al domicilio inferiore rispetto all'atteso e dotazione di posti letto presso strutture residenziali per anziani inferiore rispetto ai valori di riferimento definiti dal Comitato Lea
- Necessario un piano organico di potenziamento del territorio in tutte le sue componenti, incluse le cure palliative e l'assistenza alla popolazione. Necessità di definire la messa a regime delle nuove modalità di compartecipazione per le forme di lungo assistenza
- Necessità del concreto completamento del processo di aggregazione inerente alla rete laboratoristica
- Necessità di completare il percorso di riconversione delle case di cura neuropsichiatriche sia pubbliche che private
- Necessità di un documento di revisione dei requisiti di accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private che recepisca le linee di indirizzo nazionali approvate dalla Conferenza Stato-Regioni il 20/12/2012



**REGIONE PUGLIA**

**ASPETTI POSITIVI**

- La Regione ha proceduto al riordino della rete ospedaliera attraverso la disattivazione o la riconversione di alcuni presidi ospedalieri, oppure attraverso accorpamenti e disattivazioni di singole Uu. Oo, all'interno degli stessi
- Riguardo alla rete territoriale, la Regione ha provveduto alla riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione e di Salute mentale e di gestione delle dipendenze patologiche
- La Regione ha registrato nel periodo di vigenza del Piano di rientro un risultato positivo in relazione alla spesa farmaceutica
- Sulla centralizzazione degli acquisti di beni e servizi delle Aziende e degli Enti del Ssr la Regione ha adottato le linee di indirizzo e di definizione dell'assetto riorganizzativo (Dgr 1391/12)
- La Regione ha approvato gli standard sulle unità operative, in linea con quelli elaborati dal Comitato Lea
- La regione ha inviato una proposta di Programma operativo "2013-2015"

**PUNTI DI ATTENZIONE**

- Permangono criticità in relazione al riordino della rete dell'emergenza-urgenza, in particolare riguardo alla rimodulazione della stessa, comprensiva della

componente ospedaliera, secondo la logica Hub e Spoke

- I Tavoli di verifica, nel corso dell'ultima riunione del 4/4/2013, hanno segnalato la necessità che la Regione ridefinisca il Protocollo d'intesa con l'Università degli Studi di Foggia, recependo tutte le osservazioni avanzate
- La Regione, pur registrando un miglioramento nel governo della mobilità sanitaria extraregionale, necessita ancora di azioni volte a migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa
- Riguardo alla rete territoriale, pur constatando il raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro, si evidenzia la carenza di iniziative volte a ricondurre ai parametri di riferimento nazionali gli indicatori relativi all'assistenza domiciliare e residenziale a pazienti non autosufficienti. Si attende una relazione riepilogativa delle azioni avviate per potenziare l'assistenza ai pazienti psichiatrici
- In ordine agli accordi con gli erogatori privati la Regione, a fronte delle reiterate richieste formulate nelle riunioni di verifica non ha ancora trasmesso una relazione riepilogativa dei contratti sottoscritti con gli erogatori privati per gli anni 2011 e 2012, e restano in attesa di ricevere la relazione sull'attuazione del DI 95/2012 in materia di tetti per l'assistenza ospedaliera e specialistica acquistata dai privati accreditati
- Rete laboratoristica: la Regione deve attuare la riorganizzazione dei laboratori, secondo quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni



**ASPETTI POSITIVI**

- Razionalizzazione della spesa farmaceutica
- Adozione del Piano sanitario regionale

2010-2012

- Predisposizione di strumenti per la valutazione multidimensionale delle persone non autosufficienti e disabili
- Definizione Linee guida atti aziendali: la struttura commissariale ha inviato un nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio, in recepimento degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del Ssn ex articolo 12, comma 7, lettera B, Patto delle Salute 2010-2012
- La Regione ha adottato un documento di definizione del fabbisogno di cure dei minori con disturbo psichico, per ciascuna tipologia di strutture previste dai livelli essenziali di assistenza (ospedaliera, ambulatoriale, centro diurno, residenziale), nonché il documento "Percorsi sanitari del minore nell'area penale per le misure alternative"

**PUNTI DI ATTENZIONE**

- Mancata condivisione da parte del Commissario ad acta dott. Zingaretti della proposta di Programma operativo 2013-2015, trasmessa dal precedente Commissario
- Ritardi e criticità nell'attuazione del processo di riordino della rete assistenziale (sia ospedaliera che territoriale): nel corso del 2010 la Regione ha approvato il Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera che risulta più volte modificato e ancora non concluso, anche perché le ricomposizioni di alcuni presidi sono state bloccate dall'insorgere di contenzioso. Si evidenzia che la Regione deve ricondurre il numero di posti letto ai parametri nazionali di cui al DI 95/2012. Anche l'attuazione delle reti assistenziali di specialità procede con ritardo
- Ritardi nella riorganizzazione della rete laboratoristica, con particolare riferimento a quella privata, che la Regione ha dichiarato di voler portare a
- Completamento del processo di accreditamento degli erogatori: la Regione non ha ancora completato le procedure di accreditamento definitivo delle strutture private provvisoriamente accreditate. È anche in ritardo il completamento della verifica dei requisiti autorizzativi per l'esercizio dell'attività sanitaria, in quanto la Regione ha posticipato ripetutamente il termine ultimo per il completamento delle relative procedure, restituendo i decreti commissariali emanati a riguardo
- Governance dei rapporti con le università pubbliche e private: è necessario che si proceda al rinnovo dei Protocolli di Intesa con tutte le università statali e non statali, essendo trascorsi anni dalla scadenza dei precedenti protocolli
- Carenza nella governance dei rapporti con gli erogatori privati: la Regione ha ridefinito con frequenza i contratti con gli erogatori in relazione alle annualità progressive, rendendo difficile la ricostruzione del quadro complessivo di riferimento. Tale modo procedurale ha reso difficile comprensione l'applicazione della spending review, prevista dal DI 95/2012. Inoltre è stata più volte evidenziata la carenza di governance nel settore del contenzioso con le strutture private
- Gestione programmatica delle assunzioni in deroga al blocco dei turni over: la Regione non ha aggiornato le dotazioni organiche in funzione del riordino della rete, non ha attuato processi di mobilità intra regionale e non ha predisposto linee guida per la concessione delle deroghe al blocco dei turni over
- Internalizzazione Asp: i Tavoli di verifica avevano chiesto di conoscere le iniziative assunte e di valutare, in analogia con quanto operato da altre Regioni italiane e con l'esigenza di semplificazione del numero degli enti, l'ipotesi di internalizzare l'Asp nella Regione. Il Commissario, in occasione dell'ultima riunione di verifica del 17 aprile 2013, ha precisato che nel disegno di legge collegato alla legge finanziaria regionale per il 2013 è prevista la soppressione dell'Asp e che le attività svolte da Asp saranno internalizzate a partire dal 1° ottobre 2013.



**REGIONE PIEMONTE**

**ASPETTI POSITIVI**

- Introduzione di un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari e approvazione delle linee di indirizzo di sperimentazione dei Centri di assistenza primaria (Cap).
- Adozione della Drr n. 6-5519 recante l'articolazione dell'attuale rete ospedaliera - distinta per Area sovrazonale - con l'indicazione dei posti letto per acuti/postacuti
- Adozione del "Piano socio sanitario 2012-2015" e i "Relativi progetti speciali di salute"
- Formalizzazione dell'accorpamento in 4 centrali operative 118 coincidenti con le Aree sovrazonali e istituzione del Dipartimento interaziendale 118
- Invio del Programma operativo "2013-2015" recante, tra l'altro, l'impegno della Regione a superare - per via legislativa - l'esperienza delle Federazioni sovrazonali
- Approvazione delle linee guida per l'adozione degli atti aziendali Rete laboratoristica: le azioni poste in essere dalla Regione sono in linea con le disposizioni nazionali

**PUNTI DI ATTENZIONE**

- La Regione risulta ancora inadempiente per quanto riguarda la riduzione di PI per le post acuzie
- Ritardo nella definizione di un programma organico dell'offerta residenziale territoriale, articolato per livelli di intensità, che consideri quelli destinati alle

cosiddette cure intermedie. Le strutture intermedie, inoltre, risultano sprovviste di una chiara definizione di ruoli e risposte ai fabbisogni assistenziali

- Necessità di chiarire le tematiche legate alle tossicodipendenze e alla salute mentale. Necessità di implementare l'attività domiciliare
- Necessità di adottare iniziative per la revisione/riorganizzazione dei servizi di tutela della salute mentale nei settori dell'assistenza psichiatrica ai minori e ai detenuti affetti da disturbi psichici. Si sottolinea il permanere - tra le inadempienze 2011 - di quella relativa al punto aab) "Acquisizione dati relativi alla assistenza per salute mentale Nsis-Sism"
- Necessità di potenziare la dotazione di posti letto presso strutture di tipo hospice
- Necessità di ricevere un report concernente lo stato dell'arte sulla sottoscrizione degli accordi e dei contratti per tutte le tipologie assistenziali, nonché informazioni sulla procedura utilizzata nel quantificare la riduzione dettata dalle previsioni di cui all'art. 15, comma 14, del DI 95/2012. Con riferimento a beni e servizi, necessità di ricevere un aggiornamento sull'attuazione di quanto specificatamente disposto dal DI 95/2012
- Necessità di attivare, come più volte segnalato nel corso del 2012, il progetto di ricetta elettronica
- Necessità di ricevere chiarimenti sullo status della costituenda Azienda "Città della Salute e della Scienza di Torino"
- Necessità di ricevere delucidazioni sul documento di approvazione dei principi e criteri per l'organizzazione delle Asr e applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici/complesse

CONSIGLIO DI STATO

## Dirigenti Asl, le liti al giudice ordinario

**S**petta al giudice ordinario e non al giudice amministrativo la giurisdizione sulle controversie che riguardano il conferimento dell'incarico di dirigente di secondo livello del ruolo sanitario, dal momento che la procedura non ha natura concorsuale. L'attribuzione del ruolo viene infatti effettuata dal direttore generale sulla base di una scelta di carattere fiduciario, nell'ambito di una rosa di candidati selezionati da una commissione sulla base di colloqui e dell'esame dei curricula, ma senza attribuire punteggi o formare graduatorie. Lo ha ribadito la terza sezione del Consiglio di Stato con la **decisione n. 2947/2013**, depositata il 30 maggio, sul ricorso in appello presentato contro una sentenza del Tar Toscana che aveva dichiarato l'inammissibilità del ricorso presentato da un uomo contro la Usl 12 di Viareggio per difetto di giurisdizione.

All'origine del ricorso al Tar, la partecipazione al bando indetto dall'azienda sanitaria per il conferimento di un incarico a tempo determinato di dirigente amministrativo, nell'ambito del controllo di gestione, sistema budgetario, contabilità analitica e sistema di reporting. Una volta reso pubblico il conferimento dell'incarico dirigenziale a un

altro soggetto, il dottore impugnava davanti al Tar tutti gli atti della procedura prospettando vizi di legittimità. Il Tar ha respinto il ricorso per difetto di giurisdizione e il professionista si è appellato a Palazzo Spada.

Secondo l'appellante, il Tar Toscana avrebbe trascurato del tutto la volontà legislativa della norma (art. 63 del Dlgs 165/2001) di devolvere tutte le controversie in materia di procedure concorsuali, finalizzate all'assunzione dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, alla cognizione del giudice amministrativo. Comprendendo, secondo la tesi dell'appellante, nelle «procedure concorsuali» ogni procedura selettiva caratterizzata dal confronto comparativo ispirato all'imparzialità, alla ragionevolezza e all'osservanza dei principi costituzionali del buon andamento, dell'efficienza e dell'agire pubblico.

La decisione del Consiglio di Stato si basa, oltre che sulla giurisprudenza consolidata, sulle conclusioni della commissione di studio istituita dai presidenti della Corte di cassazione e del Consiglio di Stato in presenza dei contrasti giurisprudenziali in tema di riparto di giurisdizione nella materia descritta.

«La verifica di idoneità - ha chiarito la commissione - dei soggetti da assumere mira solo alla verifica della capacità in termini assoluti del soggetto e non è caratterizzata dalla comparazione finalizzata alla compilazione di una graduatoria, che rappresenta la nota caratterizzante del concorso per l'accesso all'impiego, anche per soli titoli».

**Ro.M.**

## SANITÀ RISPONDE

### **E** COME MODIFICARE IL RISCATTO

Si richiede di conoscere quali siano le condizioni e le possibilità di revoca o modifica delle determinazioni di ricongiunzione o riscatto.

(M.P.)

La revoca o modifica del provvedimento è ammessa, sempre a decorrere dalla data di notifica agli interessati, al verificarsi delle seguenti condizioni:

1) entro il termine di tre anni;

a) quando vi sia stato errore di fatto o sia stato omesso di tener conto di elementi risultanti dalla documentazione acquisita;

b) vi sia stato errore materiale nel computo del servizio, ovvero nella determinazione del contributo dovuto o nell'importo del trattamento di quiescenza;

2) entro il termine di dieci anni;

c) quando siano acquisiti, a iniziativa delle parti o d'ufficio, documenti che non abbiano formato oggetto di esame in sede di adozione del provvedimento e abbiano rilevanza agli effetti della rideterminazione dell'atto già emesso;

d) il provvedimento sia stato emesso sopra documenti falsi.

a cura di Claudio Testuzza

### **D** MODALITÀ DI RISCOSSIONE DEI COMPENSI

Una struttura sanitaria privata in possesso di tutti i

requisiti per la riscossione accentrata dei compensi come si deve comportare se l'erogazione della prestazione sanitaria nell'ambito della struttura è effettuata

dal medico che svolge la propria attività nell'ambito di una associazione professionale?

(M.C.)

Come è noto, per effetto dell'articolo 1, comma 38 e seguenti, della legge 296/2006, la riscossione dei compensi per attività svolte dagli esercenti attività mediche e paramediche nell'ambito di strutture sanitarie private è effettuata obbligatoriamente da parte della struttura stessa, sulla quale gravano pertanto obblighi contabili e dichiarativi. Al fine di assicurare la tracciabilità e la trasparenza dei compensi, la struttura sanitaria deve trasmettere all'Agenzia delle Entrate, in via telematica, i dettagli degli incassi effettuati. Con risoluzione 27 settembre 2007, n. 270/E, è stato chiarito che la nozione di struttura sanitaria privata è essenzialmente individuata in relazione all'attività di concedere in uso, a qualunque titolo, i locali della struttura aziendale per l'esercizio di attività di lavoro autonomo mediche e paramediche. La struttura sanitaria, dunque, incassa il compenso che spetta all'associazione professionale, in suo nome e per suo conto, alla quale lo stesso viene riversato contestualmente o successivamente, procedendo ad annotare nelle proprie scritture obbligatorie, ovvero in apposito registro, l'ammontare percepito, distintamente per ogni singola prestazione. L'associazione, dal canto suo, emette la fattura al paziente e adempie tutti gli altri obblighi fiscali.

a cura di Alberto Santi

Per facilitare i lettori, i quesiti dovranno specificare l'area di interesse, identificandola nel modo seguente:

- A** Lavoro e professione
- B** Organizzazione e gestione
- C** Diritti, doveri, etica
- D** Fisco
- E** Previdenza
- F** Sanità privata

I quesiti possono essere inviati tramite fax al n. 0630226484 o all'indirizzo e-mail: redazione.sanita@ilsole24ore.com oppure possono essere spediti a:  
Il Sole-24 Ore Sanità, "Sanità Risponde"  
Piazza Indipendenza 23 b/c - 00185 Roma



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

# Notizie dalle Province



La polemica

La replica di Calabrò: «Solo riorganizzazione, il problema sono i fondi statali»

## Sanità, scontro Comune-Regione

*L'ira del sindaco: stop al ridimensionamento degli ospedali, serve più assistenza*

di Mimmo Sica

«Fermo no allo smantellamento della sanità pubblica a Napoli». È il monito lanciato dal sindaco Luigi de Magistris (nella foto) in occasione del convegno "Napoli Città Sana- Proposta per una sanità pubblica inclusiva e sostenibile" che si è svolto ieri nell'Antisala dei Baroni. Sono intervenuti l'assessore Giuseppina Tommasielli, il manager della Asl Na 1 centro Ernesto Esposito, il presidente Commissione politiche Sociali Vincenzo Gallotto, il presidente III Municipalità Giuliana Di Sarno.

«Come Comune - ha aggiunto il sindaco - presentiamo le nostre proposte sulla sanità, frutto del lavoro fatto dall'Osservatorio che sta lavorando molto sulla situazione della salute nella nostra città e, in particolare, sul tema della qualità della salute. Siamo preoccupati per il ridimensionamento di presidi storici come l'Ascalesi, il San Gennaro, l'Annunziata».

L'assessore Tommasielli ha sottolineato l'importanza di essere vigili sul percorso di questa sanità difficile e sull'appropriatezza dell'erogazione delle cure, e quindi dell'offerta sanitaria anche alla luce dei dati epidemiologici. «Si può anche tagliare - ha detto - però si deve costruire in contemporanea una grande rete sul territorio. Implementare, quindi, i distretti, i



scussione del Comune l'Atto aziendale che sta redigendo e che contiene la ristrutturazione dei servizi nell'Asl Napoli 1. Il documento andrà presentato alla Regione entro il prossimo 26 giugno».

Antonio Solano ha rimarcato che la crisi finanziaria deve essere l'occasione non per fare tagli lineari, ma per adottare scelte strategiche e ragionate. Marfella ha informato che da una riflessione critica fatta sui dati di Osservatorio emerge che molte cose non vengono dette sia sulla situazione reale di

Napoli sia su quello che si deve fare. C'è a Napoli un incremento nel consumo d'uso dei farmaci generici di oltre il 25%. A fronte di questa situazione l'oncologo Antonio Marfella si è fatto portavoce di una proposta, la "Moscato

card", che possa consentire ai poveri di Napoli di avere accesso a farmaci e a cibo educandoli opportunamente al loro uso corretto. «Il sindaco di Napoli stia tranquillo. La Regione non ha alcuna intenzione di ridimensionare gli ospedali cittadini ma piuttosto realizzare una programmazione che consenta di conciliare qualità dell'assistenza e riduzione della spesa». È la replica del consigliere del presidente Caldoro per la Sanità, Raffaele Calabrò. «È sotto gli occhi di tutti - dice Calabrò - il grande lavoro che stiamo realizzando per la sanità in Campania, dove abbiamo completato il rientro dal debito salvaguardando, e spesso elevando, la qualità delle prestazioni per i cittadini. La nostra preoccupazione è un'altra, e riguarda la iniqua distribuzione delle risorse

che avviene sul piano nazionale. Tutti assieme, istituzioni, forze sociali, associazioni, sosteniamo questa grande battaglia che il presidente Caldoro sta portando avanti per una ripartizione equa del Fondo sanitario nazionale che tenga conto delle condizioni socio-economiche della nostra popolazione ed in particolare dei centri urbani ad alta densità». «Sono certo che l'appello verrà accolto, e che tutti condivideranno la posizione della Regione nel confronto con il Governo per assegnare i finanziamenti in modo giusto» conclude Calabrò.

Più che di ridimensionamento, il direttore generale dell'Asl Napoli 1 Ernesto Esposito, spiega che occorre parlare di «riconversione». «Si può puntare di più sull'attività territoriale e meno di ricovero - sottolinea - ma comunque non riduzione delle attività». E nemmeno «necessariamente» questo significa ridurre i posti letto dell'ospedale: «Riconversione, per esempio, in ricovero di ciclo diurno». «Credo che troveremo il modello gestionale - conclude - Dobbiamo solo decidere di impegnarci veramente e garantire l'assistenza sul territorio». I campani, ha ricordato il presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro, rispetto alla media nazionale «hanno in meno 60 euro pro capite di trasferimenti statali» per il settore. Una situazione che, anche il presidente del-



**Pina Tommasielli**

*Si può anche tagliare, ma si deve costituire una grande rete sul territorio. Per questo è necessario implementare i distretti e i consultori*

consultori, e fare sì che queste strutture dialoghino tra loro e dialoghino meglio con i medici di famiglia. Il Comune c'è e ci deve essere. È molto positivo che da ieri il direttore generale della Asl Napoli 1 ha detto che offrirà alla di-



**Stefano Caldoro**

*Rispetto agli altri cittadini italiani quelli della Campania ricevono 60 euro in meno a testa di trasferimenti dal governo centrale*

l'Ordine dei medici di Napoli, Bruno Zuccarelli, ha definito una «anomalia che la Campania vive». Caldoro - ha evidenziato il numero uno dei medici della Campania - «sui tavoli giusti si fa rispettare».

La sanità, il caso Il presidio di Forcella

# «Annunziata nessun taglio all'ospedale»

Calabrò replica al sindaco  
che aveva lanciato l'allarme:  
i servizi saranno mantenuti

Luigi Roano

Botta e risposta tra il sindaco Luigi de Magistris e il consigliere del presidente della Regione Stefano Caldoro, Raffaele Calabrò sui presidi sanitari da salvare in città. Che sull'argomento ci fosse un po' di tensione lo si era capito già quando de Magistris in Consiglio comunale aveva lanciato l'allarme. Ieri è tornato sul tema a margine di un tavolo proprio sulla sanità. «Dico no al ridimensionamento dei presidi ospedalieri nel cuore di Napoli - attacca il sindaco in riferimento all'ospedale dell'Annunziata a Forcella - il Comune farà una battaglia politica molto dura per non farlo smantellare». In realtà non c'è bisogno di venti di guerra, Calabrò ha già tranquillizzato che non ci saranno smantellamenti. Piuttosto il Consigliere è preoccupato per la ripartizione dei fondi per la sanità a livello nazionale dove la Campania non è tenuta nella giusta considerazione malgrado i consistenti passi in avanti sul fronte della lotta agli sprechi e alla riduzione delle spese. «Vogliamo essere propositivi - continua il sindaco - perché sia con l'Asl sia con la Regione c'è dialogo. Ho chiesto al direttore dell'Asl Ernesto Esposito di poter ricomprendere l'Annunziata nella Asl. Se qual-

cuno ci spiega che conviene ridimensionare l'Annunziata accorpandolo con altre strutture e ci convince noi possiamo anche ragionare». In realtà la polemica è un'altra: «Mi dicono - conclude il sindaco - che si sta puntando sull'Ospedale del Mare: da quanti anni si parla di Ospedale del mare? Noi non abbiamo nulla contro il privato ben venga, ma il primo presidio soprattutto per il cittadino che non ha soldi è quello pubblico».

La palla passa a Calabrò che è molto deciso nella replica: «Il sindaco stia tranquillo. La Regione non ha alcuna intenzione di ridimensionare gli ospedali cittadini ma piuttosto realizzare una programmazione che consenta di conciliare qualità dell'assistenza e riduzione della spesa. È sotto gli occhi di tutti il grande lavoro che stiamo realizzando per la sanità in Campania, dove abbiamo completato il rientro dal debito salvaguardando, e spesso elevando, la qualità delle prestazioni per i cittadini». Calabrò insiste su un altro aspetto della vicenda: «La nostra preoccupazione è un'altra e riguarda la iniqua distribuzione delle risorse che avviene sul piano nazionale. Tutti assieme, istituzioni, forze sociali, associazioni, sosteniamo questa grande battaglia che il presidente Caldoro sta portando avanti per una ripartizione equa del "Fondo sanitario nazionale" che tenga conto delle condizioni socioeconomiche della nostra popolazione ed in particolare dei centri urbani ad alta densità».

**Il pressing  
De Magistris:  
contrario  
a un piano  
che punta  
solo  
sul presidio  
del Mare**



## Luigi Rispoli: "Fondamentale per il quartiere Forcella" Ospedale Annunziata, la Provincia spinge per mantenere il presidio

**NAPOLI (gp)** - Nella sede della Provincia di Napoli si torna a parlare dell'ospedale Annunziata. L'invito alla Regione per lasciarlo dov'è, ma anche l'analisi della situazione per fare fino in fondo la propria parte. *"L'ospedale di Forcella non deve essere smantellato e siamo soddisfatti del parere tecnico espresso oggi dal Direttore Generale dell'Asl Na1 che ha apertamente annunciato la disponibilità e l'interesse dell'azienda a salvaguardare l'assistenza sul territorio anche facendo rientrare l'Annunziata nella Asl Napoli 1"*, spiega il presidente del consiglio provinciale di Napoli e componente del coordinamento regionale di Fratelli d'Italia, **Luigi Rispoli**. La questione sarà nuovamente discussa a Palazzo Santa Lucia, ma la Provincia aumenterà il pressing per mantenere il nosocomio in un

quartiere che già paga le difficoltà causate dalla forza nell'area della criminalità organizzata. *"Viene così riconosciuto - prosegue Rispoli - l'importanza della presenza del nosocomio in questa parte di città che già vive serie situazioni di disagio civile e sociale. Un polo pediatrico di primo livello che rappresenta un vero e proprio punto di riferimento in ambito sanitario per tutto il territorio potendo creare anche opportune sinergie ed integrazioni di funzioni con l'attiguo Ascalesi"*. Anche l'opposizione, con Idv e Pd, hanno fatto sapere più volte di volerci vedere chiaro sulla situazione dell'Annunziata. Forcella spera di mantenere il proprio presidio ospedaliero. La Provincia riparte, dopo la 'pausa' per il ballottaggio, da un tema caldo del dibattito politico.

---

Una carovana di bus per occupare l'Asl  
*La mobilitazione di Agropoli*



**Ernesto Rocco**

**È** giunta al terzo giorno l'occupazione della direzione sanitaria dell'ospedale civile di Agropoli. Da lunedì un centinaio di persone si sta dando il cambio per mantenere occupato il cuore della struttura.