

AZIENDE & TERRITORIO

A PAG. **20** **CERISMAS.** Contabilità: è necessario investire sulle procedure di rilevazione
 A PAG. **21** **TOSCANA.** Delibera sulle procedure pubbliche d'acquisto dei farmaci biologici off-patent
 A PAG. **21** **APPALTI.** Con il Dlgs 53/2010 scatta la previsione dell'accesso immediato agli atti di gara

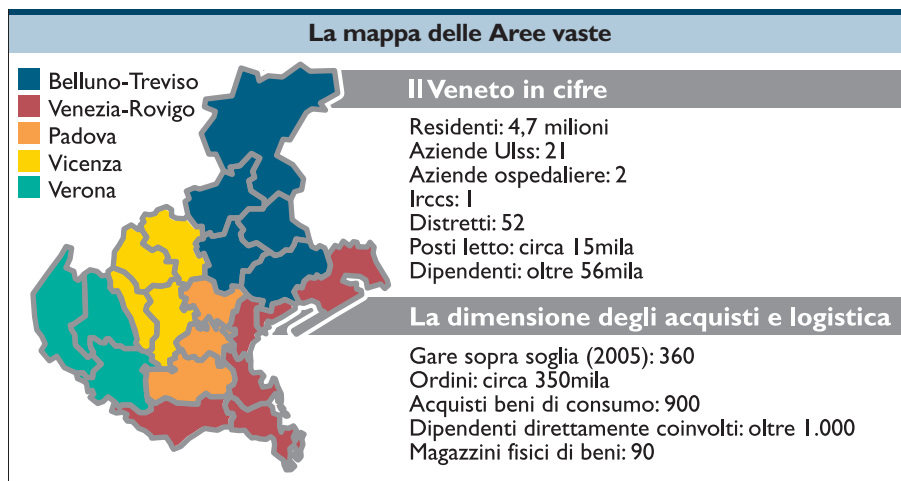
VENETO/ Entro il 2011 saranno a regime i nuovi organismi nati per gestire approvvigionamenti e logistica

Cinque Aree vaste per risparmiare

Gli acquisti regionali su tre livelli - L'obiettivo: recuperare 20-30 milioni all'anno

Dagli acquisti alla logistica il "mantra" è sempre quello: centralizzare e unire le forze per risparmiare. Proprio quello che sta tentando di fare il Veneto dove stanno ormai prendendo forma le cinque Aree vaste immaginate per la prima volta in una delibera del 2006 (la Dgrv 2846/2006). Entro il 2011 saranno operativi a tutto campo (stoccaggio e magazzini compresi) i cinque organismi nati per razionalizzare e integrare i processi tecnico-gestionali del Ssr veneto. Cinque Aree vaste - Verona, Vicenza, Padova, Rovigo-Venezia e Belluno-Treviso - che a pieno regime potranno assicurare, secondo i tecnici regionali, risparmi per 20-30 milioni all'anno. A fare il punto su questo processo in corso, con tanto di confronto con altre esperienze regionali (a cominciare dall'Emilia Romagna e dalla Toscana), è uno studio raccolto in una pubblicazione promossa dall'Agenzia regionale socio sanitaria del Veneto («Innovazione gestionale in Sanità: Riorganizzazione dei processi tecnico-amministrativi in materia di acquisti e logistica» edito dal Gruppo Maggioli). Studio, questo, che è stato presentato la scorsa settimana a Padova.

L'indagine fa il punto su questo restyling degli acquisti delineando per la Sanità veneta un sistema su tre livelli. Esiste un primo livello "regionale" per quegli acquisti omogenei per i quali è possibile conquistare un maggiore risparmio aggregando l'intero fabbisogno della Regione, come a esempio i farmaci o i vaccini, gestito dal Centro regionale acquisti per la Sanità, la centrale di committenza che aggiudica appalti pubblici destinati alle aziende



de sanitarie regionali. Poi c'è il livello di Area vasta che si sta completando e che prevede l'esternalizzazione della "funzione acquisti" in capo all'azienda capofila di Area vasta, con conseguente sgravio della stessa funzione da parte delle altre aziende aderenti. I risparmi sono garantiti anche dalla concentrazione delle scorte in un unico magazzino di Area vasta e dall'utilizzo delle risorse umane comuni.

Infine c'è un livello aziendale per tutti quegli acquisti residuali non compresi nei livelli di Area vasta e regionali. In sostanza per tutti quei prodotti non standardizzabili, ma riferiti alle specifiche esigenze delle singole aziende.

«La necessità di un controllo dei costi del

settore - ha spiegato **Antonio Compostella**, Direttore di Arss Veneto - è un'esigenza ormai indiscutibile, anche alla luce del momento di tensione e difficoltà finanziaria in cui versano i sistemi sanitari».

«La sfida è importante - ha aggiunto l'assessore regionale alle Politiche sanitarie del Veneto, **Luca Coletto** - dobbiamo dimostrare che è possibile produrre innovazione, anche organizzativa, nel sistema sanitario. Questa è la sola via per consentire livelli qualitativi sempre adeguati dei servizi sanitari e socio sanitari».

Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VENETO/ 2

Spesa 2010: sotto controllo 27 "voci"

La Sanità della Regione Veneto è in attivo di 11 milioni per il 2009: è il presidente Luca Zaia a sottolineare la buona salute del comparto, dopo le polemiche legate alla notizia del "buco" di 24 milioni. Per il governatore, è la conferma dei risultati della politica del rigore della Regione.

La giunta veneta ha varato anche una nuova delibera, definendo le linee guida che dovranno essere adottate dai direttori generali delle aziende ospedaliere per evitare eventuali sforamenti di bilancio. La delibera definisce i risultati attesi per il 2010 relativi a 27 voci di costo, considerate le più significative e sulle quali si ritiene esistano margini di recupero. «L'obiettivo - ha sottolineato l'assessore Luca Coletto - è quello di mantenere la spesa 2010 al livello di quella del 2009, lavorando in continua collaborazione e confronto con i direttori generali». «È chiaro - ha aggiunto - che sono tutte azioni che non intaccheranno la qualità e la quantità dei servizi erogati ai cittadini e che ci permetteranno di confermare il Veneto tra le poche Regioni virtuose».

PUGLIA

Vendola licenzia i Dg

I manager delle Asl pugliesi rimettano «il mandato fiduciario che a suo tempo la Giunta affidò», «in attesa di affrontare il percorso previsto per tutti i candidati». All'indomani dell'insediamento della commissione di valutazione ad hoc, il presidente della Regione, **Nichi Vendola**, ha inviato una lettera ai "suoi" direttori generali, invitandoli a dimettersi per avviare il nuovo sistema di selezione, «al di fuori di qualsiasi indicazione partitica». L'iter voluto dalla Giunta prevede che un comitato di tre tecnici (**Roberto Vaccani**, della Boccioni, **Fulvio Moirano**, direttore Agenas, e **Vittorio Dell'Atti**, unico pugliese, docente a Bari) definisca i criteri di selezione con cui saranno valutati i 387 manager inclusi nell'albo istituito dalla Regione: chi avrà i titoli affronterà un colloquio. L'elenco degli idonei finirà poi sul tavolo della Giunta per le nomine.

A scuola di cucina contro l'anoressia

Le «mani in pasta» per sentire il cibo, riassaporarne il gusto, riscoprire gli odori. La buona cucina mediterranea per riconciliarsi con pasta e pane. Non c'è niente di meglio che trafficare ai fornelli per combattere anoressia e bulimia. Ne sono convinti al Policlinico Umberto I di Roma dove l'8 giugno è partito il primo corso di cucina, organizzato dal Dipartimento di Scienze psichiatriche, diretto da **Camillo Loredano**, per chi soffre di disturbi del comportamento alimentare. A guidare le cucine è lo chef **Fabio Baldassarre**. A lui il compito di riaccendere la stella del gusto in chi l'ha persa. (M.Per.)

LOMBARDIA

Hpv, sconto a 26 anni

La Regione Lombardia ha deciso di mettere a disposizione delle donne che hanno da 13 a 26 anni scontato di oltre il 50% il vaccino contro il papilloma virus, già completamente gratuito per le dodicenni: le somministrazioni necessarie sono tre e ogni singola dose ha un costo di circa 170 euro. In base al provvedimento approvato dalla Giunta regionale le donne potranno ricevere il vaccino nei reparti di Ostetricia e ginecologia usufruendo anche di una visita specialistica: l'obiettivo è intercettare anche la fascia di popolazione che non ricorre ad alcun tipo di accertamento, causando in questo modo un aumento notevole delle patologie e delle loro complicanze.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Cooperazione sprint

Un programma da 860mila euro nel solo 2010 che definisce strategie, priorità e indirizzi operativi della Regione nella cooperazione sanitaria internazionale. Il piano operativo 2010-2013 sulle dimensioni internazionali della politica della salute regionale, predisposto dalla direzione Salute del Friuli-Venezia Giulia, è stato illustrato la scorsa settimana dall'assessore **Vladimir Kosic** ai colleghi della Giunta.

Cinque le aree di intervento individuate: disabilità, svantaggio sociale e psicosociale, materno-infantile, tecnologie biomediche avanzate, gestione dei sistemi sanitari. Un tavolo di coordinamento è incaricato di predisporre i piani operativi annuali, definire proposte di finanziamento, armonizzare le iniziative e i programmi di collaborazione.

IN BREVE

- ▼ **Asl Bat: emergenza pronto soccorso**
Emergenza pronto soccorso all'Asl Bat (Barletta-Andria-Trani): niente medici con avvisi pubblici e concorso e l'Asl chiede a chi ha specializzazione in Medicina d'accettazione e d'urgenza o in discipline equipollenti di presentare la candidatura. L'incarico sarà a tempo determinato per 12 mesi, potrà essere rinnovato e sarà retribuito.
- ▼ **Lazio: linee guida per la Ru486**
La Regione Lazio è pronta ad approvare le linee guida per la somministrazione della pillola abortiva. Ad annunciarlo è stato il presidente della Regione, **Renata Polverini**, che ha assicurato che le linee guida garantiscono l'applicazione della legge 194 e contemplano il ricovero obbligatorio di tre giorni in ospedale.
- ▼ **Baby cuore: centro mediterraneo**
Con un accordo tra Bambino Gesù di Roma e Regione Sicilia nasce il Centro cardiologico pediatrico del Mediterraneo che, oltre a soddisfare la domanda del bacino di utenza regionale, dovrà diventare punto di riferimento per il Meridione d'Italia e per i Paesi del Mediterraneo nel campo della Cardiologia e della Cardiocirurgia pediatrica.
- ▼ **Sicilia: Rm in arrivo al Gravina**
In arrivo al "Gravina" di Caltagirone una Risonanza magnetica da 1,4 milioni. Dopo l'apertura del servizio Moc, dell'hospice per malati terminali e l'acquisto di un nuovo angiografo e di un moderno mammografo, si integra e si potenzia, ancora, l'offerta sanitaria dell'ospedale che copre così la domanda del territorio riducendo la mobilità.
- ▼ **Milano: ambulatorio "solidale"**
Taglio del nastro a Milano per il nuovo poliambulatorio dell'Opera San Francesco, in via Antonello Da Messina 4, ospitato dal convento dei Frati cappuccini di piazzale Velazquez. «Un nuovo presidio di solidarietà - ha commentato il sindaco, **Letizia Moratti** - che contribuirà a rafforzare la collaborazione virtuosa tra Comune e Opera San Francesco».

IX Osservatorio Finlombarda sul Pf nel Ssn: Italia seconda nel mercato internazionale

Project orfano di concorrenti

In media meno di 3 offerte a gara - Nell'ultimo anno crescita stabile al 3%


Con 73 progetti del valore di 4,5 miliardi di euro, di cui 48 aggiudicati per un valore di 3,3 miliardi di euro (pari al 74% dell'ammontare complessivo degli investimenti nazionali), l'Italia è seconda solo al Regno Unito nello sfruttare le potenzialità della finanza di progetto in Sanità, ma continua a non disporre degli strumenti necessari a sostenere gli operatori del settore. Contratti standard accreditati, modelli di valutazione di convenienza come il public sector comparator, linee guida e organismi di controllo ex post degli investimenti come l'Audit Office inglese sono esperienze che non ci appartengono e la cui mancanza comincia a incidere anche sulla vitalità del settore, che anche quest'anno reca come prima criticità la carenza di un reale confronto competitivo: dall'analisi condotta su un campione di 51 progetti emerge che il 74,5% ha ricevuto meno di tre offerte in sede di gara.

A tracciare il profilo aggiornato del mercato del Project finance applicato alle collaborazioni pubblico-private in Sanità è stata Finlombarda, che giovedì scorso ha presentato al convegno "Finanza&Sanità", a Milano, i dati del IX osservatorio nazionale,

chiuso il 30 maggio, con una punta di preoccupazione per le prospettive del settore.

«L'Italia sembra aver perso l'originaria vivacità, registrando per il secondo anno consecutivo un incremento di un solo 3%, nonostante lo strumento aiuti a contenere l'impegno finanziario pubblico», ha commentato il direttore generale, **Marco Nicolai**, illustrando i dati salienti della rilevazione. «Questo mercato ha bisogno di strumenti e agevolazioni che lo promuovano, garantendo una gestione più efficiente e una maggior trasparenza: manca insomma quella regia che invece è presente in tutti i Paesi, come testimoniato da molti relatori internazionali». Nello specifico, nell'ultimo anno (maggio 2009-maggio 2010) in Italia si sono registrati un leggero incremento nel numero dei progetti (pari a 2) e una variazione positiva nell'ammontare degli investimenti di 148 milioni di euro (+3%), in linea rispetto al periodo precedente (2008-2009). La crescita in valore è imputabile al saldo positivo tra valore dei progetti abbandonati e valore dei progetti censiti (c.a. +55,6 milioni di euro) e alla variazione positiva del valore di alcuni progetti presenti già nello stock (c.a. +92,4 milioni di euro), al netto dei quali, la crescita dovuta all'ingresso di nuovi progetti è pari solo all'1,2 per cento.

Dei 73 progetti censiti, 16 (561 milioni di euro) sono in fase di programmazione (21,9% in numero e 12,4% degli investimenti); 9 (631 milioni di euro) si trovano in fase di gara (12,3% e 13,9%) e

48 (3.337 milioni di euro) sono stati aggiudicati (pari al 65,8% delle iniziative e al 73,7% degli investimenti): di questi, oltre il 70% ha superato la fase di progettazione.

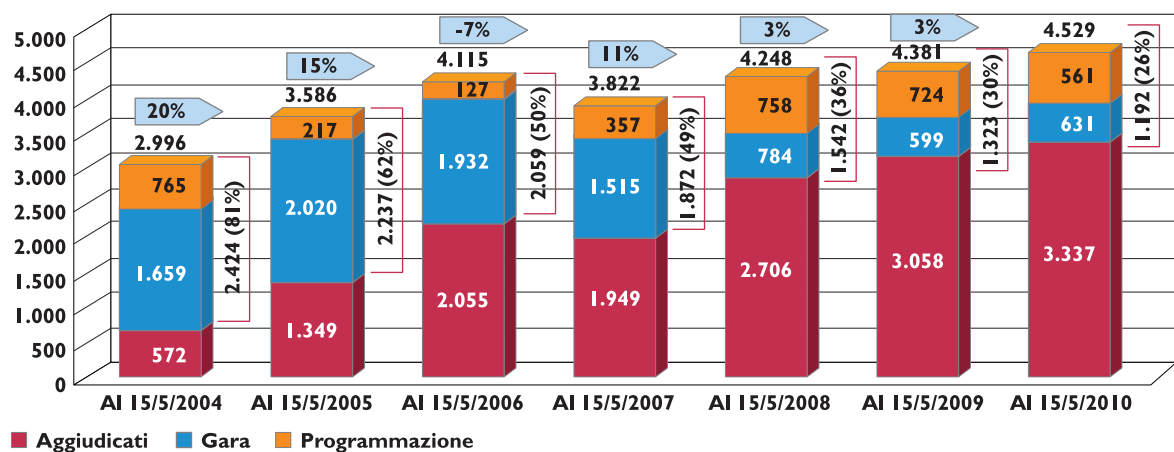
Il Nord Italia pesa sul totale degli investimenti nazionali di project finance in Sanità per il 67% (3 miliardi di euro, di cui 2,44 aggiudicati), seguito a pari merito dal Centro (752 milioni di euro, 474 aggiudicati) e dal Sud (756 milioni; aggiudicati 420), che pesano entrambi rispettivamente per il 17 per cento.

La leadership spetta come sempre alla Regione Lombardia, che mantiene il proprio primato nazionale: con 17 iniziative avviate per un valore complessivo di 1.295 milioni di euro, la Regione rappresenta il 29% in ammontare e il 23% in numero dell'intero mercato italiano. A livello nazionale, risulta invece diminuito il numero dei progetti abbandonati: sono stati 3 in tutto, 2 in fase di aggiudicazione e 1 in fase di gara, per un valore complessivo di 85,9 milioni di euro: tra le cause principali dell'abbandono figurano nel 29% dei casi nuove valutazioni interne o modifiche dei vertici aziendali; nel 17% dei casi l'irricevibilità delle proposte pervenute (non so-

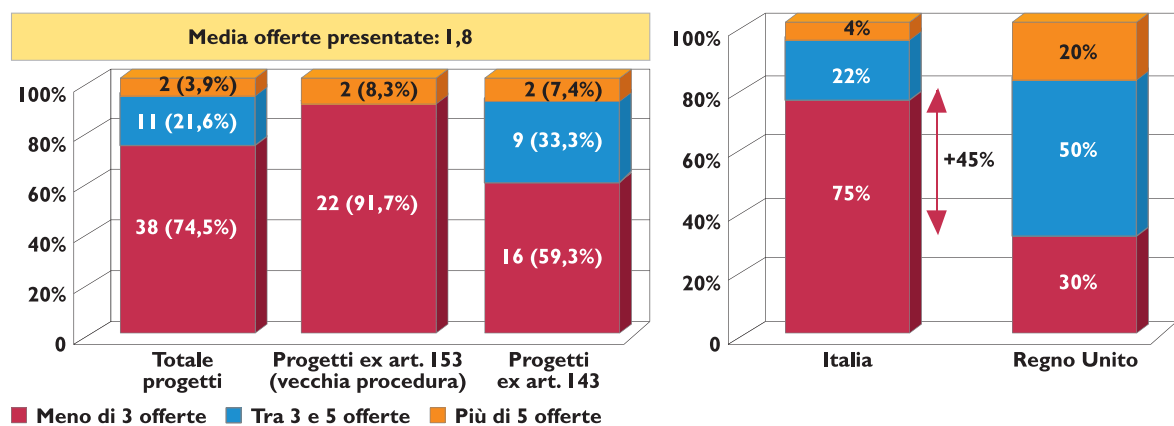
no state dichiarate di pubblico interesse); in un altro 17% lo stralcio dal piano triennale delle opere pubbliche.

Quando invece l'operazione arriva a buon fine - con

tempi che variano tra i 6,7 anni per la vecchia procedura con promotore e i 5,3 anni per la procedura senza promotore - da una analisi su un campione di 13 progetti di importo superiore a 100 milioni di euro emerge che l'affidamento dei servizi remunerativi al concessionario riguarda in genere nel 77% dei casi la gestione degli spazi commerciali e del bar/ristorazione (62%); la gestione e manutenzione dei fabbricati e degli impianti tecnologici (100% dei casi); la lavanderia e il servizio pulizie (92% in entrambi), mensa e ristorazione (85% dei casi). Tra i servizi funzionali all'attività sanitaria - più raramente concessi - figurano la manutenzione delle apparecchiature biomedicali (54% dei casi), la gestione dell'accettazione, ricovero, cassa e Cup e il servizio di fornitura gas medicali (38% dei casi). Tipica infine del contesto italiano l'erogazione di un contributo in conto prezzo al concessionario, per il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario dell'investimento. Il contributo in conto capitale incide maggiormente nel caso di progetti di maggiore entità: si va da 0,6 milioni per i progetti con investimento inferiore a 15 milioni di euro a 84 milioni per gli investimenti che superano i 50 milioni di euro.

Sara Todaro
© RIPRODUZIONE RISERVATA
Trend progetti dal 2004 al 2010: valore dei progetti (milioni di euro)

Distribuzione per Regione: valore degli investimenti (milioni di euro)

Regione	Aggiudicati				In programmazione				Totale			
	Mln €	%	N.	%	Mln €	%	N.	%	Mln €	%	N.	%
Lombardia	1.131	34%	15	31%	164	14%	2	8%	1.296	29%	17	23%
Veneto	681	20%	6	13%	279	23%	2	8%	959	21%	8	11%
Toscana	470	14%	3	6%	76	6%	3	12%	546	12%	6	8%
Campania	218	7%	2	4%	50	4%	1	4%	267	6%	3	4%
Friuli	115	3%	2	4%	134	11%	1	4%	249	5%	3	4%
Altre Regioni	722	22%	20	42%	489	41%	16	64%	1.211	27%	36	49%
Totale	3.337	100%	48	100%	1.192	100%	25	100%	4.529	100%	73	100%

Competizione nelle gare: Italia vs Regno Unito

Mercato internazionale delle Pfi/Ppp in Sanità (valore cumulato progetti a maggio 2010)

Paese	Numero progetti Pfi/Ppp Sanità	%	di cui aggiudicati	%	Valore progetti Pfi/Ppp Sanità (mln €)	%	di cui aggiudicati (mln €)	%
Regno Unito	163	36,9%	102	46,4%	20.560	41,9%	14.781	53,9%
Italia	73	16,5%	48	21,8%	4.529	9,2%	3.337	12,2%
Canada	59	13,3%	29	13,2%	6.516	13,3%	3.234	11,8%
Australia	27	6,1%	9	4,1%	5.460	11,1%	2.203	8,0%
Spagna	24	5,4%	8	3,6%	2.505	5,1%	1.162	4,2%
Francia	19	4,3%	8	3,6%	1.233	2,5%	1.091	4,0%
Portogallo	16	3,6%	5	2,3%	1.392	2,8%	516	1,9%
Germania	8	1,8%	3	1,4%	1.242	2,5%	471	1,7%
Giappone	4	0,9%	4	1,8%	406	0,8%	406	1,5%
Lesotho	1	0,2%	1	0,5%	80	0,2%	80	0,3%
Messico	2	0,5%	1	0,5%	130	0,3%	77	0,3%
Brasile	1	0,2%	1	0,5%	44	0,1%	44	0,2%
Austria	2	0,5%	1	0,5%	107	0,2%	22	0,1%
Svezia	1	0,2%	-	-	1.400	2,9%	-	-
Grecia	4	0,9%	-	-	1.040	2,1%	-	-
Turchia	3	0,7%	-	-	850	1,7%	-	-
Hong Kong	2	0,5%	-	-	441	0,9%	-	-
Sudafrica	9	2,0%	-	-	311	0,6%	-	-
Irlanda	4	0,9%	-	-	210	0,4%	-	-
Altri Paesi	20	4,5%	-	-	651	1,3%	-	-
Totale	442	100,0%	220	100,0%	49.106	100,0%	27.424	100,0%



Da uno studio Cerismas emerge la necessità di investire nei sistemi di rilevazione

Contabilità, controlli sui dati

C'è uniformità ma la scarsa attendibilità non consente la certificazione

DI EUGENIO ANESSI PESSINA *

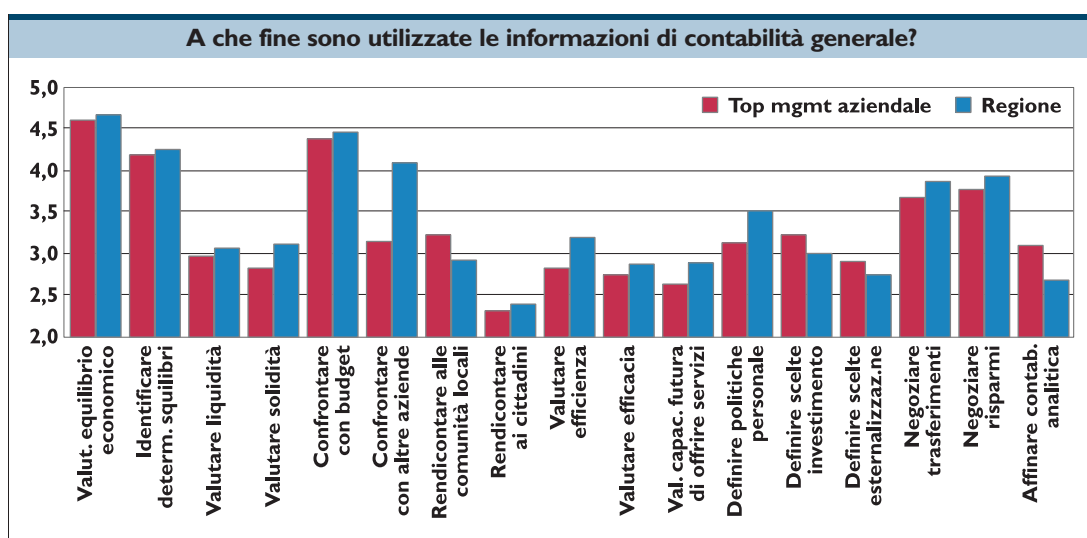
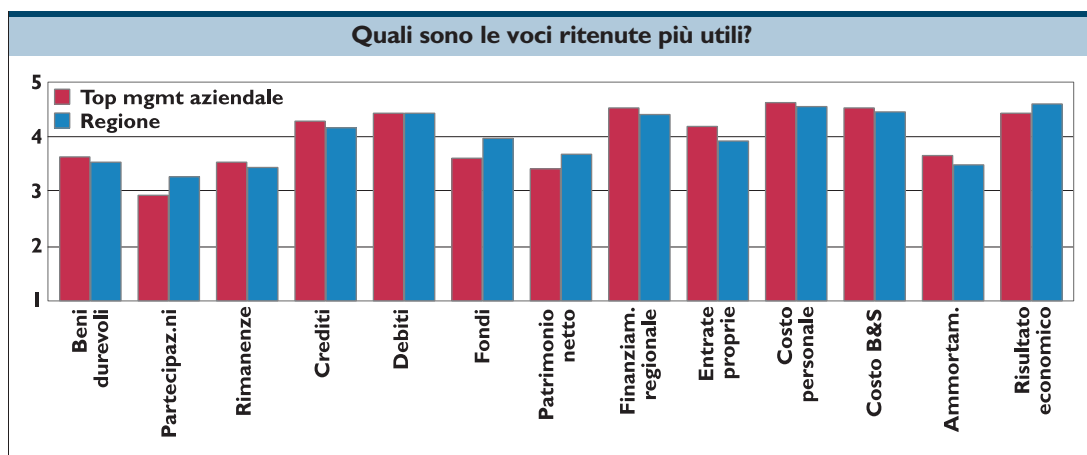
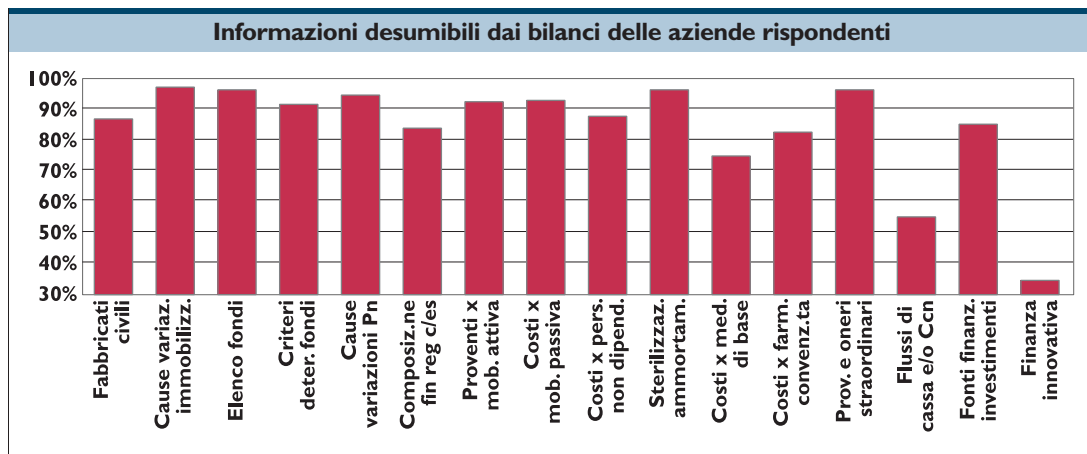
Sono ormai passati quasi vent'anni dall'emanazione della norma che, all'interno del Dlgs 502/1992, prevedeva il passaggio delle aziende sanitarie pubbliche dalla tradizionale contabilità finanziaria a quella "generale" o "economico-patrimoniale", come tassello importante della più complessiva aziendalizzazione del sistema sanitario. L'attuazione della norma ha poi richiesto parecchi anni, ma nel periodo 1997-2002 tutte le aziende si sono progressivamente dotate di un effettivo sistema di scritture contabili in partita doppia, o hanno comunque iniziato a redigere il bilancio d'esercizio. È quindi giunto il momento di fare qualche valutazione, anche in vista di una partecipazione all'intenso dibattito internazionale e di un'eventuale estensione della contabilità generale ad altri comparti del settore pubblico.

A tal fine, l'Università Cattolica del Sacro Cuore (specificamente il Cerismas, in collaborazione con il Centro studi, ricerche e formazione sulle politiche, l'economia e il management in Sanità) ha svolto un'indagine sull'universo delle circa 270 aziende sanitarie pubbliche, tramite un questionario indirizzato ai responsabili dei loro Servizi economico-finanziari. Al questionario hanno risposto 99 aziende (36%), prevalentemente del Centro-Nord, con tassi di risposta particolarmente elevati nel Nord-Ovest (Piemonte, Liguria, Lombardia), ma anche in Puglia. I risultati sono stati presentati e discussi in un convegno cui hanno partecipato rappresentanti sia dei preparatori (appunto i responsabili dei Servizi economico-finanziari), sia delle principali categorie di user, interni ed esterni alle aziende: direttori generali, Regioni, ministeri, Cortei dei conti (per le relazioni complete si veda il sito www.unicatt.it/cerismas).

Dal questionario emerge innanzi tutto come gli aspetti più strettamente tecnico-contabili siano ormai sufficientemente consolidati.

Dalla natura delle criticità segnalate emerge con chiarezza la necessità di investire ulteriormente su procedure di rilevazione e di controllo interno che assicurino l'attendibilità del dato contabile. Proprio la debolezza di alcune procedure, tra l'altro, contribuisce a spiegare la bassa percentuale di aziende che finora hanno conseguito la certificazione di bilancio (tra le aziende rispondenti, nel 2007 solo 11, di cui due con rilievi), malgrado quanto previsto già dalla legge finanziaria 2006.

Il progressivo miglioramento dei dati contabili è comunque percepito anche a livello ministeriale, dove per esempio si rileva una progressiva riduzione nell'incidenza dei proventi e dei costi straordinari (il valore delle sopravvenienze passive è passato da euro 2,1 miliardi nel 2004 a 800 milioni nel 2009). Nei bilanci, inoltre, è ormai agevole rintracciare l'entità delle voci più critiche, seppur con qualche significativa eccezione: non sempre si trova la dettagliata esposizione dei costi per medicina generale, farmaceutica convenzionata, personale con rapporto diverso dal lavoro dipendente; poco più di metà delle aziende (56%) predispongono una tavola dei flussi finanziari; ancora meno (34%) sono quelle che rendono conto di eventuali operazioni di finanza innovativa.



Nel dibattito nazionale e internazionale, una delle obiezioni più frequenti all'abbandono della tradizionale contabilità finanziaria è il timore che, senza la funzione autorizzativa di tale contabilità, gli enti pubblici possano perdere il controllo della spesa.

In verità, i recenti eventi internazionali stanno dimostrando ancora una volta come un sistema contabile non sia mai di per sé sufficiente a garantire il controllo della spesa. In ogni caso, le aziende sanitarie pubbliche sembrano aver trovato adeguati meccanismi per replicare o sostituire la funzione autorizzativa della contabilità finanziaria, in parte mantenendone alcuni elementi, in parte reinterpretandoli alla luce del nuovo sistema contabile, in parte ancora investendo sui sistemi di reporting e sulle correlate responsabilità organizzative. A esempio, il 55% delle aziende ha mantenuto la fase di liquidazione e un altro 40% continua a svolgerla, seppur con modalità più coerenti con la contabilità generale; inoltre molto spesso è centrale il ruolo dei budget "per fattore produttivo" o "trasversali".

All'implementazione di queste soluzioni hanno naturalmente contribuito le opportunità sempre più ampie offerte dai sistemi informatici, cui però è illusorio affidare in toto il buon funzionamento del sistema contabile. In questo quadro, le ombre maggiori riguardano l'effettiva utilità delle informazioni prodotte dalla contabilità generale.

In termini di tipologia di informazioni, sono ritenuti particolarmente utili i dati relativi ai costi del personale e per beni e servizi, nonché ai rapporti di credito e debito, mentre altre voci proprie della contabilità generale (es. i beni durevoli e i relativi ammortamenti, il patrimonio netto) ricevono minore attenzione. È comunque vero che sia i costi per beni e servizi, sia i debiti, sia in parte anche i costi del personale (soprattutto se le aziende stimano correttamente i costi di competenza economica e quindi gli accantonamenti da imputare all'esercizio) trovano una determinazione più attendibile nella contabilità generale rispetto a quella finanziaria. Quanto ai soggetti

interessati, la percezione dei responsabili economico-finanziari è che nella maggior parte dei casi i dati interessino più alla Regione che al top management aziendale. L'interpretazione ottimistica di questo risultato è che, per la direzione aziendale, la contabilità generale sia prevalentemente lo strumento di interfaccia verso la Regione, mentre per la gestione interna rilevi maggiormente la contabilità analitica.

Contabilità analitica che, peraltro, sta acquisendo sempre maggiore importanza anche a fini esterni, a esempio per conoscere quante risorse le aziende dedicano ai diversi livelli di assistenza nonché forse, in un prossimo futuro, per la determinazione dei costi standard.

Interpretazioni più problematiche sono invece quelle che segnalano una relativa lontananza dei Servizi economico-finanziari dalle leve di governo dell'azienda (in molte aziende il "bilancio" e il "controllo di gestione" restano mondi abbastanza separati e le direzioni strategiche tendono ad appoggiarsi più al secondo che al pri-

mo), nonché una forte compressione dell'autonomia aziendale a seguito dei processi di regionalizzazione o, più specificamente, di accentramento regionale.

D'altra parte, numerose Regioni hanno effettivamente sviluppato e consolidato dei sistemi di programmazione e controllo del "gruppo sanitario pubblico regionale" in cui la contabilità generale svolge un ruolo essenziale, anche per effetto della progressiva intensificazione degli obblighi di rendicontazione ministeriale e dei correlati meccanismi sanzionatori.

In conclusione, la ricerca evidenzia come le difficoltà tecniche poste dall'introduzione della contabilità generale siano superabili e come un'azienda pubblica possa funzionare bene anche senza le tradizionali garanzie di contenimento della spesa fornite dalla contabilità finanziaria.

Evidenzia inoltre come, una volta consolidato, il sistema di contabilità generale sappia fornire informazioni utili sia al management aziendale, sia alla Regione di riferimento che, in ultima analisi, è l'ente su cui ricade la copertura di eventuali disavanzi.

Evidenzia anche però come la contabilità generale non sia solo una questione tecnico-contabile o, peggio ancora, meramente informatica.

Le aziende, in particolare, sembrano dover lavorare almeno su tre fronti: (i) ricercare la combinazione di autorizzazione ex ante e reporting/responsabilizzazione ex post che meglio si adatta alle proprie specificità, spostando però gradualmente il baricentro della prima alla seconda; (ii) affinare il sistema delle procedure di rilevazione e dei controlli interni; (iii) ricercare maggiori sinergie tra contabilità generale, contabilità analitica e altri sottosistemi amministrativi aziendali, purché nel pieno rispetto delle specificità di ciascuno - per esempio, è inopportuno sacrificare le esigenze di tempestività della contabilità analitica alle esigenze di precisione della contabilità generale.

Quanto ai livelli istituzionali superiori, occorre un contributo forte in termini di chiarezza delle regole e degli incentivi, di razionalità del sistema dei controlli, di sostegno alle aziende. In particolare, molte Regioni devono ancora consolidare i propri sistemi di programmazione e controllo di gruppo; in molti casi è inoltre mancato un supporto allo sviluppo manageriale delle aziende, anche sotto il profilo dei sistemi contabili.

Al livello nazionale, infine, si può chiedere l'emanazione di principi contabili finalmente uniformi per tutte le aziende sanitarie pubbliche (il Dlgs 502/1992 affida tuttora questa responsabilità alle singole Regioni); un supporto nel percorso che dovrà portare alla certificabilità dei bilanci; probabilmente anche un ripensamento complessivo del sistema dei controlli in termini di soggetti (il Servizio economico-finanziario aziendale, il Collegio sindacale, la Regione, i ministeri, la Corte dei conti, in prospettiva le società di revisione e certificazione) e di relative responsabilità.

* Direttore Centro studi, ricerche e formazione sulle politiche, l'economia e il management in Sanità - Responsabile ricerca Cerismas - Università Cattolica del Sacro Cuore

TOSCANA/ Una delibera sulle procedure pubbliche d'acquisto dei farmaci biologici off-patent

Biosimili, la gara è anonima

Il medico deve motivare la sostituzione - Ai manager il recupero costi



Gare "anonime" per l'acquisto dei "biosimili" da dispensare a carico del Servizio sanitario regionale, sostituibilità "motivata" da parte del medico prescrittore e recupero degli eventuali costi extra affidato ai manager delle aziende sanitarie. Così, con una delibera appena approvata e che farà senz'altro discutere (Drg n. 592 del 7 luglio 2010), la Regione Toscana ha deciso di intervenire in materia di uso corretto ed efficace delle risorse destinate alla salute, traendo vantaggio dall'immissione in commercio di farmaci contenenti importanti principi attivi di origine biologica a brevetto scaduto.

La delibera - approvata all'unanimità - stabilisce infatti che nelle procedure pubbliche di acquisto dei biosimili dovranno essere indicate esclusivamente la composizione, la via di somministrazione, le indicazioni terapeutiche e gli eventuali dosaggi e detta direttive precise agli Estav e alle aziende sanitarie toscane, precisando che nelle strutture del Ssr non è ammessa in nessun caso la sostituzione con medicinali uguali in composizione forma farmaceutica e dosaggio prodotti da una azienda farmaceutica diversa da quella che si è aggiudicata la gara, salvo esplicita indicazione del medico prescrittore.

Quest'ultimo peraltro, ogni qual volta in cui decida di avviare o modificare una terapia già in corso adottando il medicinale prodotto da altra azienda dovrà motivare la propria decisione con una relazione indirizzata alla direzione sanitaria di appartenenza. Vincoli stringenti, dunque, cui difficilmente i medici toscani potranno non attenersi, soprattutto alla luce dei due punti conclusivi della delibera: il Servizio sanitario nazionale non si farà carico di eventuali oneri economici extra dovuti alla mancata applicazione della nuova disciplina e spetterà ai Dg delle aziende sanitarie attuare il "recupero costi".

La delibera affonda le radici nelle norme della Finanziaria 1998 (L. 449/97) e della legge 388 del 2000 in tema di monitoraggio delle prescrizioni

mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere: la prima in particolare prevedeva che Regioni, Asl e Ao fossero tenute ad adottare azioni correttive nei casi di ingiustificato scostamento dai valori standard nazionali o locali, anche attraverso "interventi di formazione indirizzato e coordinamento degli operatori e dei medici del Ssr". Ma fa riferimento anche al parere espresso dal Consiglio di Stato, su richiesta della Regione Molise, circa l'inopportunità di applicare il concetto di equivalenza terapeutica tra farmaci biologici proprio per l'unicità di ogni singola molecola e l'impossibilità di stabilire a priori una sovrapponibilità in termini di efficacia e tollerabilità.

I perché della scelta nella relazione sui farmaci biosimili approvata dalla Commissione terapeutica regionale nel maggio 2008 e aggiornata nel maggio di quest'anno: i due documenti, allegati alla delibera, danno conto di tutte le peculiarità dei farmaci biotecnologici e "biosimili", declinandone le differenze rispetto al farmaco tradizionale, analizzando le linee guida Emea per la registrazione dei biosimili e affrontando studi alla mano il profilo di tre farmaci biosimili già in commercio in Italia: somatotropina, eritropoietina-alfa (Epo) e fattore stimolante le colonie di granulociti (filgrastim).

Il primo è l'ormone della crescita, impiegato in clinica nei casi di carenza congenita o acquisita dell'ormone ipofisario, l'Epo è utilizzata nell'anemia secondaria a malattie renali o a trattamenti chemioterapici, il filgrastim è impiegato per stimolare la produzione di globuli bianchi in pazienti sottoposti a chemioterapia.

In tutti e tre i casi l'Emea ha riconosciuto caratteristiche di qualità, sicurezza, efficacia analoghe agli "originator" già detentori del brevetto. E la Toscana ha deciso di coglierne al volo tutte le opportunità.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PIEMONTE

Un "mentore" per chi debutta in corsia

Cosa provano medici e infermieri quando entrano in contatto con una nuova realtà lavorativa? E poi, chi è più capace di superare la sindrome del "nuovo arrivato" o a rapportarsi emotivamente con i colleghi? E infine, provano più soddisfazione nel lavoro le donne o gli uomini? Le domande non sono affatto retoriche, visto che un gruppo di ricerca dell'Università di Torino ha preso molto sul serio l'argomento e, con il sostegno della Regione Piemonte, ha approfondito questi aspetti della vita di qualsiasi lavoratore.

Che sia per cominciare un nuovo lavoro o per un trasferimento, medici e infermieri si trovano a dover elaborare più o meno consapevolmente una propria strategia di sopravvivenza. Il progetto «Entrare in azienda: forme di supporto e possibili risultati», realizzata con la supervisione del docente di Psicologia, Gian Piero Quaglino, ha visto il coinvolgimento di 190 sanitari. Il campione è prevalentemente composto da donne (64%), infermiere (solo il 20,5% sono i medici che hanno risposto al questionario), assunte a tempo indeterminato (83%). Nella gran parte dei casi, 45%, i sanitari avevano già avuto altre esperienze di lavoro, ma molti non avevano mai lavorato prima (35%).

Il resto del campione è invece composto da personale trasferito. In generale, sono proprio le donne ad aver ottenuto un più elevato punteggio sulla soddisfazione lavorativa, mentre gli uomini instaurano un miglior rapporto con i propri superiori. In gioco non c'è solo la capacità o la dedizione, ma anche tutto ciò che riguarda le emozioni.

Per un "ultimo arrivato" la possibilità di avere un "mentore", una guida è molto importante. E questo influenza la qualità percepita di ciò che si fa e di come lo si fa. Il lavoratore che ha qualcuno a cui sostenersi si dichiara "più soddisfatto" del lavoro svolto e dell'ambiente che lo circonda. Ha un miglior rapporto con le gerarchie e anche una migliore percezione emotiva di quello che lo riguarda.

Insomma, sentirsi soli in un ambiente nuovo è la cosa peggiore per qualsiasi "neoingresso", come lo definisce la ricerca. Un trasferito poi ha più possibilità di trovarsi male con le persone e quindi di valutare più negativamente il la-

voro svolto, rispetto a chi non ha un vissuto lavorativo precedente. Un grosso ruolo lo giocano poi le dimensioni: chi opera in una piccola unità di lavoro generalmente è in grado di instaurare un miglior rapporto con i colleghi e vivere meglio l'ingresso lavorativo. In questo senso, i dati convergono sull'importanza del mentoring più o meno codificato da parte di colleghi

senior: ben il 95% dei lavoratori ha dichiarato di avere nei più anziani le guide per imparare meglio. Dall'indagine si scopre che la gran parte dei mentori è donna, con almeno 17 anni di esperienza, con cui interagisce più volte al giorno. Ma non è tutta sorrisi e strette di mano la vita in corsia. In molti casi appare critico il rapporto con l'azienda e il disagio aumenta con l'età. A farne le spese sono equamente medici e infermieri, mentre sul conflitto di ruolo le voci negative provengono prevalentemente dagli infermieri.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le scelte della commissione terapeutica regionale

Indagine sui bisogni dei sanitari che cambiano posto di lavoro

APPALTI PUBBLICI E RICORSI

Atti di gara: scatta l'accesso immediato

Il 27 aprile 2010 è entrato in vigore il Dlgs n. 53 del 20 marzo 2010 che recepisce la «Direttiva ricorsi» 2007/66/Ce finalizzata al miglioramento dell'efficacia delle procedure di ricorso in materia di aggiudicazione degli appalti pubblici.

Tra le tante novità introdotte dal Dlgs 53/2010, si rileva a prima vista che alcune di esse non trovano riscontro nella direttiva comunitaria, come a esempio l'esecuzione anticipata delle prestazioni contrattuali per evitare la perdita di finanziamenti comunitari (articolo 1), che anzi sembra contrastare con la stessa direttiva, e le «disposizioni razionalizzatrici dell'arbitrato» (articolo 5) nella cui soppressione stabilita dall'articolo 3, commi 19, 20 e 21, della legge 244/2007 nessuno aveva mai creduto (si vedano precedenti articoli sui nn. 32/2009, 2/2009, 37/2008, 9/2008).

Altre invece non rientrano nella delega conferita dall'articolo 44 della legge comunitaria 88/2009, come a esempio l'eliminazione del ricorso straordinario al capo dello Stato (articolo 8) e la previsione dell'accesso immediato agli atti di

gara (articolo 2, comma 1, lettera d).

Vale la pena soffermarsi su quest'ultima novità che interessa gli addetti ai lavori che già si trovavano nella scomoda posizione tra l'incudine e il martello di fronte all'esercizio dei contrapposti diritti all'accesso e alla riservatezza dei concorrenti agli appalti, ex legge 241/1990 e s.m.i. D'ora in poi, infatti, dovranno soddisfare anche il diritto di accesso immediato ai documenti di gara e per tutto l'orario d'ufficio, visto che l'articolo 2, comma 1, lettera d) del Dlgs 53/2010, tra l'altro, aggiunge all'articolo 79, comma 5, del Dlgs 163/2006:

- il comma 5-bis, per cui l'amministrazione appaltante deve comunicare d'ufficio, entro 5 giorni, l'aggiudicazione definitiva, l'esclusione e la data di avvenuta stipulazione del contratto, accompagnate dal provvedimento con la relativa motivazione o dal verbale di gara;
- il comma 5-quater per cui, fatti salvi i divieti e i differimenti dell'accesso previsti dall'articolo 13,

l'accesso agli atti del procedimento in cui sono adottati i provvedimenti oggetto di comunicazione è consentito mediante visione ed estrazione di copia entro 10 giorni dall'invio della comunicazione che deve indicare l'ufficio presso cui l'accesso può essere esercitato, e i relativi orari, garantendo che l'accesso sia consentito durante tutto l'orario in cui l'ufficio è aperto al pubblico o il relativo personale presta servizio.

Avendo presente che l'articolo 13, comma 2, lettera c), del Dlgs 163/2006 differisce il diritto di accesso alle offerte delle ditte concorrenti fino all'approvazione dell'aggiudicazione, e che lo stesso articolo al comma 4) prevede l'applicazione dell'articolo 326 del Cp nei confronti dei pubblici ufficiali o degli incaricati di pubblici servizi che non vi ottemperano, si può comprendere che la novità introdotta dal comma 5-quater possa generare qualche problema di fronte alle immediate richieste di accesso da parte di concorrenti che non perdono tempo per accampare nuovi e più ampi diritti in conseguenza delle novità introdotte dal Dlgs 53/2010.

Purtroppo se fino a ora era chiaro che un concorrente a cui era

stata comunicata entro 5 giorni l'esclusione per carenza della documentazione amministrativa richiesta per l'ammissione, non poteva accedere alla documentazione amministrativa delle Ditte risultate ammesse, essendo differito il diritto di accesso alle offerte delle ditte concorrenti fino all'approvazione dell'aggiudicazione, e intendendosi per offerte non solo le offerte economiche contenute nelle buste C) e le offerte tecnico/qualitative contenute nelle buste B), ma anche la documentazione amministrativa contenuta nelle buste A), l'aver inserito l'istituto dell'accesso immediato nell'articolo 79 del Dlgs 163/2006 recante «Informazioni circa i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni», anziché nell'articolo 13 recante «Accesso agli atti e divieti di divulgazione» che disciplina in modo sistematico la materia dell'accesso ai documenti nelle procedure di gara, crea un po' di confusione. Siamo certi che il termine di 10 giorni per la visione/estrazione di copia, sia finalizzato esclusiva-

mente nell'interesse del richiedente e non anche della stazione appaltante?

In effetti questa collocazione potrebbe anche voler significare che, visto che la messa a disposizione dei documenti ne determina la loro conoscenza legale, l'interessato potrebbe perdere il diritto di accedervi ai fini della proposizione del ricorso contro gli atti di gara, una volta decorso il termine di 10 giorni previsto come accesso speciale, immediato e semplificato. Poiché

la decorrenza del termine di decadenza per l'impugnazione degli atti di gara decorre dal momento in cui si perfeziona la conoscenza degli atti, quando al termine di comunicazione (5 giorni) si accompagna il termine per l'accesso mediante visione ed estrazione di copia (10 giorni), questo non rappresenta forse la condizione necessaria e sufficiente per realizzare la conoscenza piena dell'eventuale fatto lesivo e pertanto idonea a far decorrere i termini di decadenza per la presentazione del ricorso?

Marco Molinari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il diritto va soddisfatto per tutto l'orario d'ufficio

Il termine per la visione/estrazione di copia è di dieci giorni