CONFINDUSTRIA
CHIETI PESCARA

MANIFESTO
SEZIONE SANITA'

AREE DI CONFRONTO

1 - FORNITORI OSPEDALIERI

Il legislatore ha previsto, a partire dal 1 gennaio 2016, l'attuazione di una serie di misure volte al risparmio della spesa pubblica attraverso il rafforzamento dell'acquisizione centralizzata di beni e servizi da parte delle pubbliche amministrazioni.
Nello specifico, sono coinvolti i contratti di acquisti di beni e servizi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, le unità organizzative di valutazione delle tecnologie e la valutazione multidimensionale dei dispositivi medici.
In buona sostanza, per gli enti e per le aziende del Servizio Sanitario Nazionale, i contratti di acquisti di beni e servizi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, dovranno essere stipulati tramite la Consip S.p.A. o la centrale regionale di committenza, ovvero (qualora quest'ultima non sia disponibile o operativa) tramite un'altra centrale di committenza (individuata dalla medesima centrale regionale di riferimento).
La violazione di tali adempimenti, compresa la summenzionata ipotesi di ricorso ad un'altra centrale di committenza, costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità per danno erariale.
Allo stato attuale la Regione Abruzzo ha una sua centrale di committenza, ricompresa nell'ambito del Servizio Genio Civile de L'Aquila e, pertanto, non svolge alcuna funzione di acquisizione di beni e servizi per la sanità.
E' inutile sottolineare quanto sia importante per le aziende del settore sapere quali sviluppi ci si debba attendere, ovvero quando tale centrale di committenza diventerà operativa in ambito sanitario, come sarà strutturata ed organizzata, in definitiva, quanti e quali ambiti dell'acquisizione di beni e servizi sanitari andrà ad interessare.

Nello specifico andiamo ad analizzare un caso pratico come la richiesta di CIG:
Con il comunicato del Presidente dell'ANAC del 10.02.2016 dal titolo "Aggiornamento modalità operative per l'acquisizione del CIG" l'Autorità ha formalmente descritto quali sono le modalità operative ad oggi percorribili per una P.A. ai fini dell'acquisizione di un CIG e quindi dell'avvio di una procedura di gara.
Tale documento ha confermato l'obbligo di ricorrere alle nuove Entità - Soggetti Aggregatori - e relative convenzioni ogniqualvolta si proceda con richieste relative alle categorie merceologiche ed al di sopra delle soglie riportate nel DPCM 24/12/15.
Nessun CIG viene oggi rilasciato nel caso in cui ci si trovi nelle ipotesi anzidette.
Alla luce dell'inattività/non operatività nel settore specifico - Sanità - dell'attuale Soggetto Aggregatore individuato per l'Abruzzo, quali attività è possibile aspettarsi da tale Soggetto?
Nel caso di fabbisogno di beni e servizi afferenti a categorie merceologiche indicate nel DPCM e per importi che superano le soglie in esso regolate, l'Ente del Servizio Sanitario

Nazionale deve tramite il proprio Soggetto Aggregatore aderire ad eventuali altri convezioni attive. Se il Soggetto Aggregatore non è attivo né operativo -come accade in Abruzzo - come agiranno i singoli Enti abruzzesi? Si andrà avanti (come anticipato dalla circolare MEF) tramite c.d. contratti ponte?

Le Asl continuano nel frattempo a pubblicare nuove gare per rispondere al divieto di proroga di gare scadute. La linea che stanno seguendo tutte è quella di imporre basi d'asta molto basse, che corrispondono ad un taglio secco sulla spesa storica di almeno il 20-25%. Questo limita fortemente la partecipazione di molte aziende, soprattutto quelle che operano sul territorio e che sono chiamate anche a dare un servizio rapido ed efficace quando gli ospedali sono in emergenza.

2 - STRUTTURE RESIDENZIALI

Le Strutture Residenziali territoriali (RA, RSA per anziani non autosufficienti e disabili e Centri di Riabilitazione) si trovano ad avere tutt'oggi delle rette giornaliere stabilite nel 2002, mai aggiornate in considerazione delle innovazioni tecnologiche, dei costi delle prestazioni, dei costi contrattuali e della vita (indice Istat), peraltro in palese contrasto con la norma nazionale che, con DM Sanità del 15 aprile 1994, dispone la periodicità almeno triennale dell'aggiornamento delle tariffe.

Nell'ambito della compartecipazione, manca una chiara procedura di fatturazione che coinvolga Utente, Comune e Regione, ognuna in quota parte, e che ponga le RSA e le RA nelle condizioni di poter esigere le prestazioni erogate.

Nelle more del processo di rimodulazione delle strutture extra ospedaliere insistenti nella regione Abruzzo, la cui ratio risulta essere la ricollocazione delle strutture all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza, si sta correndo il rischio di non colmare alcune lacune riguardanti l'architettura del Sistema Sanitario Regionale ed in particolare la sua articolazione nel Macrolivello Territoriale. Le interlocuzioni che le aziende coinvolte hanno avuto con gli uffici regionali preposti, infatti, si sono unicamente concentrate sulla discussione dei livelli di prestazioni da riconoscere alle singole strutture sulla base del fabbisogno teorico definito con il decreto 52, quando, in realtà, parte integrante di una corretta ricollocazione nei Livelli Essenziali di Assistenza non potrebbe prescindere da aspetti quali le patologie da trattare all'interno dei diversi setting assistenziali, i requisiti necessari all'erogazione delle prestazioni con particolare attenzione ai requisiti di personale ed, infine un sistema tariffario basato sull'effettivo impiego dei fattori produttivi richiesti alle aziende. Al momento attuale, ad esempio, si richiedono i livelli di personale previsti per le strutture estensive, remunerandoli con tariffe commisurate alle strutture di mantenimento, con la conseguenza, inoltre, di richiedere al cittadino la compartecipazione alla spesa di una prestazione in realtà a totale carico del sistema sanitario regionale.

Quanto previsto dalle normative nazionali circa la pari dignità tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private non trova un corretto recepimento all'interno della Regione Abruzzo.

Le strutture extra ospedaliere fin qui gestite dal pubblico, non seguono in alcun modo il percorso previsto dalle normative in materia di autorizzazione e di accreditamento

istituzionale, né risulta che sussista alcun tipo di procedura similare agli accordi contrattuali che regolamentino puntualmente non solo il volume di prestazioni erogabili commisurato ai bisogni del territorio, ma pure le modalità necessaria ad un corretto svolgimento dell'attività. Foss'anche in nome della sola trasparenza dovrebbe essere possibile poter individuare quali e quante prestazioni possano essere erogate da queste strutture, con quale dotazione organica e con quale strumentazione tecnologica ed in ultimo, a fronte di quale impegno di spesa per la Regione Abruzzo. Particolare preoccupazione desta l'assenza di qualsivoglia atto contabile, né è, di conseguenza, possibile determinare quale remunerazione venga corrisposta per il servizio offerto. Di contro tutti questi aspetti vengono puntualmente adempiuti riguardo alle strutture private le quali hanno sostenuto a tale scopo notevoli investimenti strutturali, tecnologici ed organizzativi. Questa situazione é ancora più allarmante se si considera come a seguito della riorganizzazione della rete ospedaliera, diversi presidi ospedalieri verranno trasformati in strutture territoriali.

3 - ATTIVITA' SOCIO SANITARIE ED EDUCATIVE

Si è registrata una riduzione delle tariffe che, nell'ambito dell'autismo, sono passate da 115,85 euro del 2001 a 87,67 euro del 2013.
A tre anni da tale riduzione, nonostante la precisa disposizione contrattuale, non è stata ancora definita la questione tariffaria e le strutture si trovano a dover sostenere dei costi improponibili e che addirittura superano le prestazioni fatturate.
A tali problematiche si va a sommare l'ipotesi ormai concreta di ulteriori drastici tagli.
.

4 – POTENZIAMENTO DEL TERRITORIO - STRUTTURE AMBULATORIALI

Per una vera De-ospedalizzazione è necessario potenziare il territorio con strutture idonee alle esigenze richieste.
Tali strutture devono rispondere a requisiti minimi previsti da una stringente normativa che va a garantire la qualità del servizio e della prestazione per il cittadino.
Oggi assistiamo al fiorire di strutture aggregative (esempio "studi associati"), sono di fatto veri e propri Centri Ambulatoriali che utilizzano attrezzature complesse e non sono obbligate a sottostare a questi requisiti minimi strutturali ed organizzativi.
Il rischio è che si vada a non garantire standard di prestazione e sicurezza per il paziente.

AREE DI MIGLIORAMENTO

- Chiediamo di instaurare con le istituzioni, a cominciare dalla Regione, un tavolo di concertazione e di informazione preventiva su tutti gli argomenti che riguardano gli associati. Questo significa che provvedimenti legislativi o atti amministrativi che disciplinano il settore sanità siano frutto di costante confronto e condivisione preventiva con la Sezione, che vuole dare il proprio contributo fattivo, nell'interesse stesso della Regione e di tutti i suoi cittadini.

- Chiediamo certezze relative alle applicazioni normative e legislative, come ad esempio i processi di accreditamento, il controllo dei requisiti normativi per i livelli di personale, per l'appropriatezza delle prestazioni e per l'equità tra strutture pubbliche e strutture private.