

La relazione 2004 degli "007" della Ragioneria dello Stato

Tutti i dolori del Servizio sanitario

Disavanzi sanitari diffusi e controlli scarsi sul privato accreditato

Scarsi effetti nelle singole aziende sanitarie delle misure regionali per il rispetto del Patto di stabilità. Disavanzi diffusi e pochi provvedimenti "correttivi", soprattutto nei confronti dei direttori generali. Controlli carenti sulle prestazioni erogate dalle strutture private in convenzione. Ritardi nella fissazione dei tetti di spesa annuali. Irregolarità nell'attività intramoenia e mancata riduzione delle liste d'attesa. Poche verifiche sull'attività prescrittiva dei medici di base.

Non sono più soltanto le consulenze "pazze" ad affliggere il Servizio sanitario nazionale. Il cahier de doléances è arrivato puntuale nella relazione annuale 2004 dell'Ispettorato generale di finanza, la task force anti-sprechi della Ragioneria generale dello Stato. Che l'anno scorso ha sviluppato il "Progetto salute", elaborato nel corso del 2003 conformemente alla direttiva 3431/2003 del ministro.

Gli accertamenti sono stati condotti in sei aree: assistenza ospedaliera svolta dalle strutture pubbliche e private; assistenza specialistica e diagnostica; organizzazione e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia; modalità e tempi di erogazione delle prestazioni istituzionali, con particolare riguardo alle misure adottate per tagliare le liste di attesa; osservanza delle norme relative all'esclusività del rapporto di lavoro del personale dipendente; rapporti con i medici di base e i pediatri di libera scelta, con particolare riguardo al controllo sulle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e ospedaliere. Obiettivo: stanare le attività in cui si annidano gli sprechi.

Le carenze sul fronte economico-patrimoniale. In primis, sono emersi «effetti di ridotta rilevanza, sulle realtà gestionali delle aziende sanitarie, delle misure adottate dalle Regioni per il rispetto del Patto di stabilità inter-

no», anche a causa di ritardi e omissioni nell'applicazione delle prescrizioni normative in materia. È stata rilevata una «diffusa situazione di disavanzo finanziario delle aziende», senza che ne siano conseguiti adeguati provvedimenti correttivi regionali e senza adottare le misure previste nei confronti dei direttori generali che non avessero realizzato il pareggio di bilancio. Molteplici, infine, le irregolarità nella gestione economico-finanziaria delle aziende e gli inadempimenti di natura contabile.

I "buchi neri" dell'assistenza. Persiste il "far west" sui ricoveri e le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture private: i controlli sono pochi, anche per verificare la correttezza delle compensazioni finanziarie. Gli "007" della Ragioneria hanno anche scovato casi di mancato recupero delle somme contestate dagli organi interni di controllo. È frequente l'«illegittima previsione regionale di una soglia di significatività per errori di codifica». La conseguenza è la mancata applicazione delle sanzioni per errori entro tale soglia, ma, soprattutto, la possibilità che le strutture erogatrici definiscano in modo inappropriato prestazioni Drg o ambulatoriali più remunerative senza l'applicazione di alcuna sanzione.

Non va meglio sul fronte della regolamentazione dei rapporti con i centri esterni e delle procedure di remunerazione: proliferano perciò situazioni di contenzioso, «spesso risolte in modo favorevole alle controparti private». Senza considerare i ritardi delle Regioni nell'emanazione dei provvedimenti annuali per la determinazione dei tetti di spesa e nell'accredimento delle strutture. E intanto la spesa vola. Per il «progressivo aumento generalizzato delle tariffe per le prestazioni ambulatoriali», per la stipula di accordi integrativi con le strutture private, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e per la «presenza di comportamenti opportunistici nell'attività delle case di cura accreditate». La lista è lunga: ricoveri inappropriati, complicati, brevi, ripetuti, eccedenti; degenza in riabilitazione frazionata.

I dolori dell'intramoenia e del-

le attese. Le prescrizioni normative e regolamentari sull'esercizio dell'attività intramuraria da parte dei medici in esclusiva restano spesso lettera morta. I controlli

Intramoenia

«far west»

e le liste d'attesa

crescono

latitano, «anche per difetti nel sistema di prenotazione delle prestazioni» (che non passano, come dovrebbero dai Cup aziendali). Di conseguenza, diventa spesso impossibile «assicurare, con riferimento al singolo dipendente autorizzato, il rispetto dell'equilibrio tra prestazioni istituzionali e prestazioni libero professionali, nonché la regolare remunerazione dell'attività a pagamento».

Né l'intramoenia appare connessa con le liste d'attesa. «Anche a causa - si legge nel rapporto dell'Ispettorato - del proliferare delle autorizzazioni esterne, soprattutto in studi privati, in conseguenza della mancata predisposizione di adeguati spazi interni e con l'evidente rischio di perpetuazione di situazioni ammesse solo in via transitoria dalla legge». Rilevata, inoltre, la mancata istituzione della prescritta contabilità separata nella gestione dell'attività libero-professionale e un «consistente e crescente ricorso» all'intramoenia «nella sostanziale assenza dei prescritti requisiti della eccezionalità e temporaneità».

I disagi non aiutano a ridurre i tempi d'attesa: troppe prestazioni continuano a sfiorare le attese massime stabilite; la gestione delle liste presenta spesso anomalie e carenze, legate anche all'inadeguatezza del sistema di prenotazione delle prestazioni; non tutte le aziende provvedono a fissare i tetti massimi "tollerabili" per offrire un buon servizio ai cittadini.

Esclusività senza controlli. Nella relazione, la squadra dell'Ispettorato denuncia di aver rilevato l'«omessa istituzione del servizio ispettivo espressamente previsto dalla normativa vigente». Ma anche la «mancanza di efficaci controlli sull'osservanza delle disposizioni sulle incompa-

tibilità».

Mmg e pediatri. La task force ha denunciato in alcuni casi la «mancanza di controlli adeguati e sistematici» sull'attività prescrittiva dei medici di assistenza primaria, dottori di famiglia e pediatri, particolarmente per le prescrizioni diagnostiche, specialistiche e ospedaliere.

Considerata la notevole incidenza del Progetto salute, portato avanti nell'ambito del Comitato di coordinamento finanziario (che coinvolge la Rgs, la Guardia di finanza e l'Agenzia delle Entrate), le verifiche "ordinarie" dell'Ispettorato sono state soltanto dodici. Sufficienti, però, a confermare le zone "a rischio" spreco.

Il risultato è stato rappresentato da sette segnalazioni alle competenti Procure regionali della Corte dei conti per l'accertamento del danno erariale. È stato infine avviato un ciclo di controlli presso i comitati regionali e provinciali della Croce rossa.

M.Per.