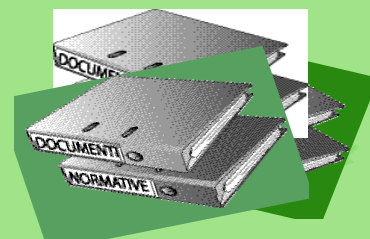
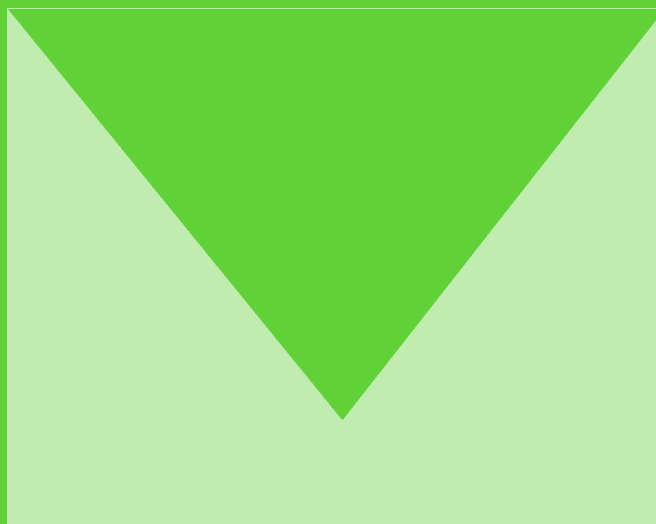


Documenti



**Cartella clinica (cartacea e computerizzata) e privacy
"L'esperienza italiana"**

**Vizi pubblici e private virtù : cui prodest ?
(le regole degli appalti pubblici)**



Codice individua (negli articoli da 77 a 82) modalità semplificate circa gli obblighi di informazione e consenso e qualche deroga parziale agli obblighi stessi. Possono utilizzare le modalità semplificate: gli organismi sanitari pubblici; gli altri organismi privati e gli esercenti le professioni sanitarie; gli altri soggetti pubblici di cui all'art. 80 (servizi o strutture di soggetti pubblici operanti in ambito sanitario o della prevenzione e sicurezza del lavoro). Gli artt. 78 e 79 consentono così l'effettuazione delle informative da parte di un unico soggetto per conto di più titolari di trattamento e di fornire un'informativa unica per una pluralità di trattamenti (tipiche le prestazioni in più reparti e servizi di uno stesso ospedale).

L'art. 81 del Codice prevede, poi, che il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute possa "essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente". In tal caso, come per l'informazione semplificata di cui all'art. 79, l'avvenuta informazione e l'acquisizione del consenso devono tuttavia essere documentati (mediante annotazione, o redazione di specifico tagliando, o apposizione di bollino, ecc.) ad opera dell'esercente la professione sanitaria, o dell'organismo sanitario pubblico, ed in modo omogeneo e coordinato.

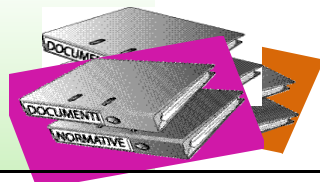
Si può prescindere dall'informazione preventiva al trattamento dei dati sanitari in un caso: di emergenza sanitaria, in forza di una specifica ordinanza della autorità sanitaria pubblica, incapace di intervenire, in caso dell'interessato, da chi è tenuto a fornire l'informazione.

L'unione tra soggetto dell'atto e soggetto del rapporto, anche se in questo caso è evidente la "ratio" che sta alla base della norma in esame, cioè evitare che la conoscenza della notizia possa creare nel paziente confusioni, fraintendimenti, allarmismi.

Assai rigoroso è il Codice in materia di accesso (presa visione o rilascio di copia) alla cartella clinica e all'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato. In tal caso il Codice (art. 92, 2° comma), specifica che la richiesta può essere accolta, in tutto o in parte, solo se è "giustificata dalla documentata necessità: a) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'art. 26, c. 4, lettera c) (n.d.r.: investigazioni difensive), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile". Nulla dice il Codice circa l'attualità o meno dell'interesse dell'istante, tuttavia è da ritenersi che l'assenza dell'attualità del pregiudizio imponga di escludere che una tale richiesta possa mai essere soddisfatta.

5. La questione del corretto trattamento dei dati sanitari si complica ancora, specie per il titolare del trattamento, quando venga adottata la cartella clinica elettronica o computerizzata comunque, quando vengano operati "Trattamenti con strumenti elettronici" (art. 34 del Codice).

Il Codice presuppone che il "titolare" è "la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro ente, organismo o individuo, pubblico o privato, che, in qualità di titolare, le decisioni in ordine alle finalità, alle modalità del trattamento di dati personali e agli strumenti utilizzati, al rischio o al profilo della sicurezza" e che egli può delegare tutto ad altro "responsabile" il trattamento di dati personali, purché entrambi (titolare e responsabile) possono autorizzare specifici "incaricati" a compiere operazioni di trattamento. In ogni caso, il trattamento di dati personali con strumenti elettronici è consentito se vengono adottate, nei modi previsti dall'art. 35 del Codice, le misure tecniche di cui all'allegato B) del Codice, le misure minime: "a) autenticazione informatica; b) adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione; c) utilizzazione di un sistema di autorizzazione; d) aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione e manutenzione degli strumenti elettronici; e) protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati trattamenti informatici; f) adozione di procedure per la custodia e la sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e la loro integrità; g) tenuta di un aggiornato documento programmatico di sicurezza; h) adozione di tecniche di cifratura o di altre misure preventive per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari". Le misure minime di sicurezza, meno severe, riguardano altresì i trattamenti con l'ausilio di strumenti elettronici (art. 35 del Codice) e cioè: "a) aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione; b) previsione di procedure per un'adeguata custodia e la protezione dei documenti affidati agli incaricati per lo svolgimento dei loro compiti; c) previsione di procedure per la conservazione e l'individuazione di determinati atti in archivi ad



accesso selezionato e disciplina delle modalità di accesso finalizzata all'identificazione degli incaricati".

Il disciplinare tecnico relativo alle misure minime di sicurezza deve essere aggiornato periodicamente dal Ministro della giustizia di concerto con il Ministro per le innovazioni e la tecnologia, in rapporto all'evoluzione tecnica e all'esperienza maturata nel settore, e le misure minime di sicurezza dovevano essere adottate (art. 180 del Codice) inizialmente entro il 30 giugno 2004, data poi differita al 31 dicembre 2004 e successivamente ancora al 30 giugno 2005 (differimento, quest'ultimo, operato dalla legge 306/2004, di conversione del d.l. 266/2004) e, quando il titolare disponga di strumenti elettronici che, per obiettive ragioni tecniche, non consentono l'immediata applicazione delle misure minime di sicurezza, di cui all'art. 34, il termine di adozione delle stesse, inizialmente previsto per il 31 dicembre 2004, è stato poi differito al 31 marzo 2005 e quindi (dalla legge 306/2004) al 30 settembre 2005.

6. Il Codice prevede infine sanzioni in caso di trattamento illecito di dati personali (art. 167) e di mancata adozione delle misure minime di sicurezza (art. 169). I reati di cui all'art. 167 sono puniti, sempre se dal fatto deriva documento, con la reclusione da 6 a 18 mesi (trattamento di dati personali in violazione degli artt. 18, 19, 23, 123, 126 e 130); o da 6 a 24 mesi (se si tratta di comunicazione o diffusione di dati personali); con la reclusione da 1 a 3 anni (se il trattamento dei dati è in violazione degli artt. 17, 20, 21, 22, commi 8 e 11, 25, 26, 27 e 45).

Se il reato (art. 169) è quello della mancata adozione delle misure minime di sicurezza, di cui all'art. 33, la pena consiste nell'arresto fino a due anni, o nell'ammenda da 10.000 a 50.000 euro, nonché nell'obbligo di ottemperare alle prescrizioni fissate dal Garante al fine di indurre il titolare ad adempiere alle previsioni di legge.

Esiste poi la pena accessoria (art. 172 del Codice) che comporta la pubblicazione della sentenza per uno dei delitti previsti dal Codice, norma questa di evidente incongruenza perché con la pubblicazione della sentenza sono resi noti i dati dell'interessato, il che rappresenta trattamento dei suoi dati giudiziari, nonostante il divieto previsto in proposito dal Codice per la protezione dei dati personali.

7. Grado di applicazione delle disposizioni del Codice e conclusioni

La varietà degli interessi che si raccolgono intorno a strumenti quali le cartelle cliniche (o strumenti assimilati, ad esempio scheda di dimissione ospedaliera, carta dei servizi, registro operatorio, certificato di assistenza al parto, o anche le ricette mediche), che possono essere utilizzati oltre che per finalità di tutela della salute, anche a scopi statistici e di economia sanitaria, di studio e didattica, di assistenza e previdenza, per lo svolgimento di indagini di polizia, ecc., evidenzia come il diritto alla riservatezza delle informazioni in essi contenute sia costantemente messo in discussione dalla pluralità delle funzioni coinvolte.

Visto, poi, che i dati sanitari hanno una loro naturale tendenza alla circolazione e che la norma deontologica, che impone al medico di "tutelare e garantire la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone, anche se affidata a codici o sistemi informatici", realizza una protezione piuttosto debole, il Legislatore ha previsto un sistema normativo che riconosce al titolare-proprietario delle informazioni relative alla salute un vero e proprio diritto alla appropriata utilizzazione delle stesse. Ciò si realizza con la

predisposizione di un sistema che limiti la raccolta dei dati a quanto strettamente necessario al conseguimento di determinati fini e che verifichi costantemente la corrispondenza tra dati raccolti e gli obiettivi da realizzare.

Il sistema delle cautele deve riguardare sia la fase che precede, che quella che accompagna e segue il trattamento, nonché l'esatta definizione dei compiti che spettano al titolare, al responsabile e all'incaricato del trattamento.

Criteri questi che, se riferiti ad una P.A., impongono una riorganizzazione interna alla stessa, l'adeguata preparazione del personale tecnico e amministrativo e la redazione di un documento interno (documento programmatico della sicurezza), da cui risultino le misure tecniche adottate, nonché la distribuzione dei compiti e delle responsabilità.

Dalla piccola indagine che ho compiuto, le aziende sanitarie ed ospedaliere sono molto distanti dall'aver oggi realizzato gli adempimenti previsti e adottato i criteri e le garanzie necessari per la tutela della privacy: siamo ancora alla fase delle Commissioni sulla privacy ed agli approcci sperimentali agli strumenti e modalità di garanzia richiesti dalla legge.

Ed allora il termine ultimativo del 30/06/2005 per gli adempimenti del D.Lgs. 196/2003 appare inadeguato e troppo stretto, anche perché il Codice stesso deve essere coordinato con la normativa sui documenti informatici e la firma elettronica o digitale (D.P.R. 445/2000; D.Lgs. 10/2002; D.P.R. 137/2003; DPCM 13/01/2004).

Infatti:

- prima di iniziare o proseguire il trattamento, i sistemi informativi e i programmi informatici devono essere riconfigurati riducendo al minimo l'utilizzazione dei dati personali e dei dati identificativi, pur dovendo essere in grado di identificare l'interessato in caso di necessità;
- bisogna limitare il numero degli addetti che possono accedere ai dati sensibili e/o modificarli;
- le aziende sanitarie dovrebbero consentire al proprio personale sanitario di accedere alle informazioni cliniche (e quindi permetterne il relativo tracciamento) solo per i dati di quei pazienti che loro stessi abbiano in cura e limitatamente al periodo del ricovero;
- per la tracciabilità e sicurezza delle consultazioni dei dati clinici in un regime di tutela della privacy, si potrebbero utilizzare strumenti informatici coordinati, e cioè la chiave pubblica del cittadino per cifrare il documento, la chiave privata dello stesso per la lettura dei documenti, assieme ad un sistema di marcatura temporale. Ciò garantirebbe da un lato la concretezza del consenso reso al professionista (attraverso la consegna, da parte del cittadino, della propria smart card, o inserendo il proprio PIN) e dall'altro di verificare quale operatore, quando e quali documenti contenenti dati clinici della persona sono stati consultati, anche al fine di poter esercitare i diritti previsti dal Codice (correzione, cancellazione di dati, ecc.);
- occorre attivare meccanismi che consentano di verificare che il documento originario non sia stato modificato (integrità);
- se è necessario firmare il documento, bisogna avere la certezza che il firmatario sia autorizzato, che disponga di un algoritmo di firma tale per cui sia identificabile univocamente e sia tracciata la non modificazione del documento originario. In realtà il meccanismo della firma digitale e di verifica della firma è tecnicamente finalizzato alla certezza dell'identificazione del mittente e alla certezza che il documento trasmesso dal mittente non abbia subito variazioni, non tanto al fatto che il documento venga trasmesso in chiaro o meno;
- se il documento è trasmesso in rete geografica (anziché locale), il contenuto del documento che contiene dati anagrafi-

ci e sensibili deve, naturalmente, essere sempre sottoposto a cifratura;

- bisogna in ogni caso premunirsi dal rischio che i documenti con dati sensibili possano andar perduti, ecc., ecc.

Insomma, occorre adottare quei requisiti tecnologici, peraltro disponibili anche se non a titolo gratuito e comunque non infallibili, che consentano di contemperare la tutela della privacy del cittadino con le esigenze operative del sistema sanitario, evitando che le esigenze della privacy vengano percepite come inutili limitazioni al ben operare professionale.

Rimangono tuttavia le difficoltà, in assenza di chiarimenti e preso atto dell'incertezza normativa e della complessità tecnologica, di operare scelte di investimento in infrastrutture, risorse, modifiche organizzative, interventi formativi al fine di una adeguata tutela dei cittadini e degli operatori del S.S.N. Nel presente clima politico ed economico, non è veramente cosa di poco momento.

Bibliografia

La nuova disciplina della privacy, Commentario diretto da Salvatore Sica e Pasquale Stanzone, Zanichelli editore S.p.A., 2004.

Contributo di esperienza ed elaborazione, a cura dei dott.ri Grace Rabacchi (Direzione sanitaria O.I.R.M.-S. Anna di Torino), Claudio Plazzotta (Direzione sanitaria dell'Ospedale Molinette di Torino) e Claudio Caccia (Responsabile Staff sistemi informatici e organizzazione Azienda ospedaliera di Legnano, che collabora in materia con l'Ospedale di Garbagnate).

Dott. Carlo Sizia

VIZI PUBBLICI E PRIVATE VIRTU': CUI PRODEST ? (le regole degli appalti pubblici)

Non è nostra intenzione fare i conti in tasca ad altri, ma, se si vuole essere imparziali, è necessario tenere presente che alcuni costi che devono essere sostenuti dal settore pubblico, e sconosciuti al privato, gravano significativamente sulla spesa del primo, con inevitabili gap di efficienza e di economicità, che vengono spesso acriticamente usati per mettere in cattiva luce "il pubblico" rispetto al "privato". E' quindi opportuno tenere presente che per il settore pubblico certi costi sono obbligati, quindi non eliminabili, nè catalogabili come sprechi.

Si sa, per esempio, che per il pubblico la forma è sostanza, che ogni attività è normativamente proceduralizzata a garanzia della certezza, della trasparenza, dell'imparzialità e di tanti altri principi legislativamente e costituzionalmente previsti. Ciò significa che ad ogni attività sono collegati procedimenti, scadenze, pareri, controlli e relative responsabilità amministrative, contabili, civili e penali, continuamente in aumento in proporzione all'aumento delle incombenze e delle competenze conseguenti all'aumento della produzione normativa e delle fonti di produzione della stessa.

In Italia sono in vigore circa 200.000 leggi, contro le 60.000 della Francia e le 10.000 della Germania. A fronte di questa esagerata mole normativa, anche la P.A. necessita di una dotazione idonea in professionalità e mezzi. E' facile generalizzare sull'eccessivo numero dei dipendenti pubblici, portando come esempio che i dipendenti dell'Ufficio del Capo di Governo ora sono oltre 4.000, mentre nel 1921 erano solo una decina. Forse dovrebbe fare più scandalo il numero dei consulenti "strutturati", al posto dei pubblici dipendenti.

QUANTIFICAZIONE SURPLUS DI COSTI

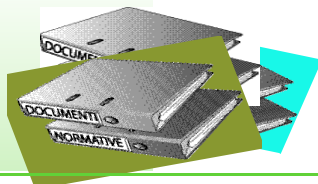
Pur senza voler in alcun modo contestare e/o contrastare le finalità delle varie disposizioni normative che hanno aumentato le incombenze e le competenze della P.A., vediamo di indi-

viduare quale surplus di costi gravi su un'azienda sanitaria o ospedaliera rispetto ad un analogo investimento fatto da una struttura sanitaria privata, per esempio, per l'acquisto di un'apparecchiatura sanitaria, seppure la legge riconosca alle aziende sanitarie la personalità giuridica e l'autonomia imprenditoriale ed al direttore generale (D.G.) i poteri gestionali dell'imprenditore privato.

Ai sensi dell'art. 3, comma 12, del D. Lgs 502/1992 e s.m.i., " ...per le attività tecnico/sanitarie e per gli investimenti ad esse attinenti...", il D.G. deve sentire il parere obbligatorio del Consiglio dei sanitari, Organismo elettivo presieduto dal direttore sanitario (D.S.), le cui modalità di elezione, di composizione e di funzionamento sono disciplinate dalla Regione. La Giunta della Regione Veneto, con deliberazione n. 6652 del 28.12.1994, ha previsto che il Consiglio dei sanitari, oltre al direttore sanitario che lo presiede, per un'azienda di medie dimensioni, sia composto dalla seguente pletera di dipendenti:

- n. 4 medici ospedalieri di primo livello;
- n. 4 medici ospedalieri di secondo livello;
- n. 1 medico del Dipartimento di Prevenzione;
- n. 1 veterinario;
- n. 1 medico di Distretto;
- n. 2 medici di medicina generale;
- n. 1 pediatra di libera scelta medico di Distretto;
- n. 1 medico di specialista convenzionato interno;
- n. 2 dirigenti non medici scelti fra chimici, fisici e biologi;
- n. 1 farmacista;
- n. 1 psicologo;
- n. 4 infermieri;
- n. 2 tecnici sanitari (quantificazione costi n. 1).

Stabilendo che il Consiglio dei sanitari fornisce un parere obbligatorio "per le attività tecnico-sanitarie e per gli investimenti



Documenti

ad esse attinenti”, la legge non fa alcuna discriminazione sul costo degli investimenti.

Con successiva deliberazione n. 1265 del 9.5.2003, la stessa Giunta Regionale del Veneto ha anche stabilito che, nell’ambito di ogni azienda ospedaliera/ULSS, il governo del processo d’introduzione di nuove tecnologie debba svilupparsi mediante la costituzione di un Nucleo di valutazione in cui trovano sintesi diverse competenze aziendali: Direzione Sanitaria, Clinico-medica, Farmacia, Provveditorato, Ufficio Tecnico, Economico-finanziario e altre competenze-professionalità di volta in volta opportunamente individuate (quantificazione costi n. 2). Tra le finalità di questo gruppo, c’è anche quella di individuare gli strumenti disponibili, di natura organizzativa, finanziaria e contrattuale, per ottimizzare le performance rispetto alle attese progettuali, dopo aver analizzato le criticità aziendali, e selezionate le iniziative maggiormente vantaggiose/convenienti per il benessere della collettività di riferimento. Il tempo impiegato per le suddette incombenze normativamente richieste, può variare per eventuali disposizioni regionali che potrebbero prevedere che l’investimento venga inserito in una logica di integrazione sovra-zonale per i servizi di più aziende ULSS.

Una volta deciso cosa acquistare, bisogna poi procedere alla predisposizione del Capitolato Speciale d’Appalto (C.S.A.) in cui, di norma, l’aggiudicazione è prevista a favore dell’offerta economicamente più vantaggiosa. Per la predisposizione del C.S.A. collaborano varie professionalità del Servizio Provveditorato, dell’Ufficio Tecnico e del Servizio a cui è destinata l’apparecchiatura. Non è rara la necessità di consulenze esterne (quantificazione costi n. 3).

Quindi, dopo aver acquisito i preventivi, seguono le pubblicazioni del bando di gara, che sono gratis per la Gazzetta Ufficiale della Comunità Europea, ma non altrettanto per la Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e per gli abituali tre quotidiani (quantificazione costi n. 4).

Pervenute le richieste di partecipazione comprovanti il possesso dei requisiti tecnici e finanziari previsti dal bando, si procede alla valutazione della suddetta documentazione ed all’ammissione dei concorrenti da parte della Commissione di gara, composta dal Presidente, dall’Ufficiale rogante e da due testimoni e quindi all’invio del C.S.A. con lettera A.R. alle ditte risultate ammesse.

Le ditte concorrenti, dopo aver letto il C.S.A. ed eventualmente effettuato il sopralluogo, formulano le richieste di chiarimenti, a cui seguono le risposte da parte del Presidente di gara. (quantificazione costi n. 5)

Scaduto il termine di presentazione delle offerte, la Commissione di gara, in seduta pubblica, procede all’apertura del plico contenente la documentazione amministrativa per verificare la sussistenza e la correttezza della documentazione richiesta dal C.S.A.. Trasmette quindi il plico contenente le caratteristiche tecnico/qualitative alla Commissione Tecnica (C.T.), costituita solitamente da n. 5 componenti specificatamente nominati all’uopo. La L.R. Veneto n. 18/1980 e s.m.i., e la conseguente Circolare n. 64 del 25.10.1985, precisano che la C.T. deve essere composta da “esperti”, risultanti tali per un dimostrabile curriculum tecnico-professionale. Anche nella C.T.

non è raro che siano presenti dei consulenti esterni.

L’attività di valutazione qualitativa delle offerte fatta dalla C.T. si svolge in varie sedute, a cui partecipa anche un Segretario verbalizzante.(quantificazione costi n. 6).

Terminati i lavori, i verbali della C. T. con i relativi punteggi qualitativi, vengono trasmessi al Presidente della gara il quale, sempre con lettera raccomandata A.R., convoca le Ditte per l’apertura delle offerte economiche, a cui provvede in seduta pubblica, affiancato dall’Ufficiale Rogante e da due testimoni. Così, dopo aver assegnato i punteggi economici ed averli sommati a quelli qualitativi attribuiti dalla C.T., il Presidente di gara individua l’offerta economicamente più vantaggiosa in quella che ha ottenuto il punteggio complessivamente più alto.

Segue la deliberazione di aggiudicazione, la comunicazione ai concorrenti dell’esito della gara, la relativa pubblicazione sui giornali, la predisposizione del contratto e la relativa registrazione (quantificazione costi n. 7).

Non sono insignificanti i vari costi indiretti relativi all’uso di mezzi, servizi e persone nelle varie fasi procedurali, così come dei sempre più frequenti ricorsi amministrativi (quantificazione costi n. 8).

Da ultimo, ma non per questo meno rilevanti, sono i costi sopportati dalle ditte concorrenti che, come si sa, vengono caricati sull’offerta, quali ad esempio: i costi amministrativi e di personale sostenuti per partecipare alla gara; le spese per la registrazione del contratto e quelle messe in conto conoscendo i tempi di pagamento collegati a quelli di trasferimento. (quantificazione costi n. 9).

Sulla base di quanto sopra esposto, si può rilevare che ogni acquisto di apparecchiature sanitarie di importo superiore ai 200.000 DSP (Diritti Speciali di Prelievo=1,18€x200.000, cioè 236.000€), costa oltre il 10% in più del suo costo specifico (vedi seguente box di quantificazione del surplus dei costi).

QUANTIFICAZIONE SURPLUS COSTI

1	n. 25 x € 5.000/mese = 130.000/mese n. 25 x 124ore mese = 3.270/ ore mese 130.000 : 3.270 = € 40/ora per riunioni e spostamenti 2 ore x 25 x 40 = € 2.000 Elezioni: forfetariamente € 2.000	€ 4.080
2	n. 7 dirigenti x 4.000 €/mese = 28.000 n. 7 x 125/ore mese = 875 28.000 : 875 = € 32/ora per riunioni e spostamenti 28 ore x 7 x 32 = € 4.000	€ 4.000
3	n. 1 provvedimento per almeno „g giornale per un mese, più dirigente dell’Ufficio Tecnico e quello responsabile della struttura a cui l’apparecchiatura è destinata, tot. ore 100 = € 3.200 Eventuale consulente € 3.000 - Costo medio € 3.000	€ 5.000
4	Gazzetta Ufficiale + i tre giornali meno costosi. Tot. € 4.000	€ 4.000
5	Ricerche tempi. Forfetariamente € 500	€ 500
6	n. 5 dirigenti + segretario. Mediamente 5 mezza giornate x € 32/ora = € 800. Più eventuale consulente € 500/dia. Mediamente € 2.000	€ 2.000
7	Forfetariamente € 1.500	€ 1.500
8	Forfetariamente € 1.000 - Eventuale legale € 5.000 Mediamente € 3.000	€ 3.000
9	Rapporti al valore/complessità dell’offerta Forfetariamente € 5.000	€ 5.000
	COMPLESSIVAMENTE	€ 29.000

Dopo questa disamina di costi aggiuntivi che scaturiscono dai principi della trasparenza e dell'imparzialità della P.A., siamo veramente certi di aver salvaguardato questi canoni? Se esiste un lecito dubbio, allora sicuramente una parte delle suddette spese dovrebbe essere considerata "inutile spreco".

Anche se con modalità diverse e meno dispendiose, qualcosa di analogo è riscontrabile anche nell'ambito delle assunzioni del personale mediante concorso pubblico, che potrà essere argomento di un successivo articolo.



CONCLUSIONI

Se le procedure sopra descritte corrispondono alla normalità ed al comune agire nell'ambito della Sanità pubblica quando si deve procedere all'acquisto di attrezzature sanitarie, ma anche degli altri acquisti in genere, in un periodo di vacche magre e di economia sanitaria dedita alla eliminazione degli sprechi, del miglior rapporto costi/benefici, dell'ottimizzazione dell'efficacia e dell'efficienza (termini ormai inflazionati), non sarebbe opportuno alleggerire alcune procedure al fine di risparmiare delle risorse da incanalare nell'alveo di una reale utilizzazione in ambito sanitario? Qualcuno potrebbe rilevare il pericolo di una riduzione della trasparenza, dell'imparzialità e della par condicio che, fino ad ora, sono state garantite dalle regole vigenti. In verità, l'unica certezza fin qui prodotta dalle regole vigenti è stata quella che troppe spese improprie hanno fatto lievitare i costi dell'azienda sanitaria pubblica e della P.A. in genere.

Basti pensare che per espressa volontà del legislatore che ha bloccato le assunzioni di personale e postulato l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle esternalizzazioni, spesso gli appalti di servizi pubblici sono stati funzionali solo alla creazione di posti di lavoro nel privato.

Oltre a ciò, molte altre sono le improprie funzioni politico/economico/sociali collegate e gravanti sull'espletamento degli appalti pubblici per l'acquisto di beni e servizi. Ricordiamo ad esempio quelle relative all'obbligo per la stazione appaltante di:

- verificare la regolarità contributiva dei concorrenti;
- controllare il rispetto dei contratti collettivi di lavoro;
- richiedere le certificazioni che escludono la presenza di infiltrazioni mafiose;
- far rispettare le norme sul collocamento al lavoro dei disabili;
- sostenere il finanziamento dell'editoria;
- contribuire alla lotta all'evasione fiscale mediante l'invio obbligatorio di informazioni all'amministrazione finanziaria, ecc.

Prossimamente ci sarà anche l'obbligo di garantire l'acquisto di beni prodotti con materiale riciclato e/o procedure rispettose dell'ambiente (i così detti acquisti verdi) per almeno il 30% del fabbisogno annuale.

Concludendo, il dato che interessa far emergere è che il confronto e la competizione tra i due sistemi (sanità pubblica e sanità privata) non è possibile se non sulle tipologie, sull'efficacia e sulla qualità delle prestazioni offerte, non certo sull'efficienza della gestione aziendale nel suo complesso che, per la parte pubblica, per la normativa in essere, non potrà mai essere efficiente.

Dott. Mario Favazza: Direttore Sanitario Azienda Ulss 21 Legnago (VR)

*Dott. Marco Molinari:
Servizio Provveditorato/Economato*

CIC Edizioni Internazionali

da oltre 30 anni leader nell'aggiornamento medico

E. Rosati, R. Galli,
A. E. Catucci

**LA SCHEDE DI DIMISSIONE
OSPEDALIERA**
qualità della compilazione
e controlli di congruità
come NON compilare la parte
sanitaria della scheda di
dimissione ospedaliera

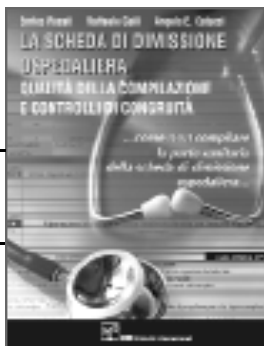
2004

Volume di 322 pagine
Brossurato
f.to cm. 17 x 24

ISBN 88-7141-655-8
€ 20,00



CIC Edizioni Internazionali



Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel 06 8412673 - Fax 06 8412688
www.gruppocic.it
e-mail: info@gruppocic.it

CIC Edizioni Internazionali

da oltre 30 anni leader nell'aggiornamento medico

Fabio Massimo Gallo
Carlo Parascani

**I PROCESSI DI AUTOMAZIONE
NELLA SANITÀ PUBBLICA,
TELELAVORO E TELEMEDICINA**
Attualità e prospettive

2005

Volume di 296 pagine
Brossurato
f.to cm. 14 x 21

ISBN 88-7141-651-1

€ 30,00



CIC Edizioni Internazionali



Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel 06 8412673 - Fax 06 8412688
www.gruppocic.it
e-mail: info@gruppocic.it

CIC Edizioni Internazionali

da oltre 30 anni leader nell'aggiornamento medico

Luigi Abate
Massimo E. Mantovani
Luigi Iavarone

IL RISCHIO INCENDIO
con CD-rom allegato

Nozioni e tecniche per il servizio
di prevenzione e protezione e per
gli addetti alla vigilanza aziendale

2005

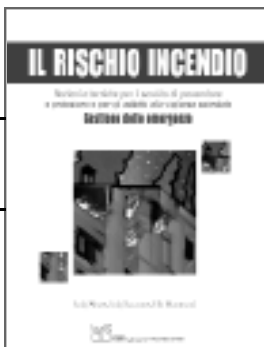
Volume di 312 pagine
Brossurato
f.to cm. 17 x 24

ISBN 88-7141-653-8

€ 40,00



CIC Edizioni Internazionali



Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel 06 8412673 - Fax 06 8412688
www.gruppocic.it
e-mail: info@gruppocic.it

CIC Edizioni Internazionali

da oltre 30 anni leader nell'aggiornamento medico

Pierluigi Camba

**LA FORMAZIONE
PROFESSIONALE
NELLE AZIENDE SANITARIE**

Manuale di management
della formazione e della comunicazione
per la qualità, il marketing
e la gestione del rischio
nelle aziende sanitarie

2005

Volume di 280 pagine
Brossurato
f.to cm. 15 x 23,5

ISBN 88-7141-679-1

€ 30,00



CIC Edizioni Internazionali



Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel 06 8412673 - Fax 06 8412688
www.gruppocic.it
e-mail: info@gruppocic.it