

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ANCONA

Editoriale

LA FINANZIARIA E I DIRITTI DEI MEDICI

di Carlo Lusenti

Finita l'estate è subito finanziaria, e che finanziaria quest'anno.

Più di 30 miliardi di euro, come non se ne vedevano da più di un decennio.

Giusta? Sbagliata? Equa? Iniqua? Medicina necessaria per la salute del Paese, o purga punitiva per selezionati ceti nemici?

Su queste opposte analisi si confronteranno, e scontreranno, per i prossimi tre mesi opposte, ma a volte anche contigue (competition is competition), parti politiche, dentro e fuori le aule parlamentari, ed anche opposte posizioni e interessi personali.

Con i soliti modi e stili, rissosi e superficiali, con molto volume e pochi dubbi, nell'eterna commedia di un paese in cui la situazione, come diceva Flaiano, è sempre drammatica e mai seria. Non è questo per fortuna il nostro compito: fare i laudatores di complemento per una parte o i nemici giurati dell'altra.

Il compito di un sindacato autonomo di medici pubblici è quello di fare analisi motivate, formulare giudizi documentati, proporre soluzioni utili e praticabili, restando fedeli alla propria storia ed ai propri valori costituenti.

Senza usare le categorie della politica e senza farsi usare dai suoi argomenti.

Lasciando a ciascuno compiere liberamente le scelte e gli atti che più ritiene utili e giusti.

Compito non facile a cui mi accingo, potendo contare a tutt'oggi su dati non completi e completamente chiari, che nel corso dell'iter parlamentare promettono di cambiare e confondersi ulteriormente. Iniziamo da un dato confortante: il finanziamento del servizio sanitario è sufficiente. Non mi spingo oltre nel giudizio, ma i 101,3 miliardi di euro stanziati sono sicuramente il segno della convinta difesa di un servizio sanitario pubblico e nazionale, non considerato come costo da tagliare, ma piuttosto come irrinunciabile presidio di civiltà e giustizia sociale.

Se vogliamo citare due fonti di conferma a questo giudizio ricordiamo la valutazione positiva di tutte le Regioni, che sottoscrivendo il patto con il ministero della salute si impegnano a fornire ai cittadini adeguati servizi a fronte di adeguato finanziamento e, in modo speculare, la critica di Confindustria che non ha perso l'occasione per lamentare il tradimento dell'impegno al rigore ed al recupero degli sprechi, che naturalmente va sempre fatto in conto terzi.

Purtroppo non possiamo fermarci qui. Seppur centrale nella valutazione e decisivo per le nostre condizioni di lavoro, il tema del finanzia-

segue a pagina 4

FINANZIARIA 2007

Pronti a contribuire, ma non a pagare per tre

"Diamo atto a questo Governo di essere intervenuto nella sanità mantenendo gli impegni assunti in campagna elettorale e destinando maggiori finanziamenti al Servizio pubblico". Così si apre la dichiarazione che Carlo Lusenti, segretario nazionale Anaa Assomed ha diffuso alla stampa subito dopo aver preso visione del testo per la manovra economica 2007 approvato lo scorso 29 settembre in Consiglio dei ministri.

"L'Anaa Assomed - prosegue il comunicato - ritiene le misure adottate nel patto per la salute e nel ddl Finanziaria 2007 soddisfacenti per avviare un percorso che nei fatti si rivelerà, però, molto più complesso e che non potrà prescindere dalla collaborazione e dal coinvolgimento di tutti gli attori in campo: non solo il Ministero e le Regioni, ma anche gli operatori ed in particolare i medici che sin da ora auspicano che su questi temi si apra un confronto con le istituzioni. Alla luce di quanto stabilito nei provvedimenti adottati, riteniamo sempre più urgente la definizione del disegno di legge sul Governo clinico, per ora solo una promessa del Ministro, che dovrà conferire ai medici un ruolo più incisivo nella programmazione aziendale. Quanto ai ticket riteniamo che possano avere il positivo effetto di governare una domanda troppo spesso inadeguata e inappropriata".

Preoccupazione però viene espressa per alcune notizie riportate dalla stampa riguardo a tasse e previdenza. "I medici - scrive Lusenti - sono sì disposti a dare il loro contributo, dando prova di un alto senso di responsabilità, ma non vogliono pagarlo moltiplicandolo per tre:

1. aumento dell'aliquota Irpef che colpisce in gran parte i medici dipendenti;
2. contributo di solidarietà per le pensioni, a fronte delle quali i medici pagano l'aliquota contributiva più alta tra le varie categorie;
3. rinnovo del contratto senza finanziamenti adeguati.

Questi sono gli spettri che si agitano sulla categoria e che l'Anaa Assomed è decisa a contrastare duramente. Confidiamo che gli aspetti negativi della Finanziaria possano essere corretti nel corso dell'iter parlamentare che ci vedrà impegnati nell'adottare tutte le iniziative sindacali che riterremo opportune per emendare le criticità".

Il vero nodo è il finanziamento del Ssn

di Domenico Iscaro*

Ammettiamolo, ci eravamo illusi. Pensavamo di trascorrere una estate tranquilla, in un rassicurante sottotono, fuori da polemiche fastidiose ed invece puntuali queste sono arrivate. Per una settimana i medici e la libera professione nel Ssn sono stati "al centro del dibattito". Ripeto, polemiche pretestuose ed il più delle volte fuori bersaglio, ma che hanno sicuramente contribuito ad alimentare nel cittadino sospetti nei con-

fronti dei medici visti come al solito ingordi ed egoisti, attenti solo ai loro interessi particolari. L'Anaa Assomed ha risposto in tempo reale, ha ribattuto con forza sia sul versante politico, dove i fu-mi ideologici hanno fatto la loro parte, sia sul versante puramente sindacale, battendosi per la proroga della libera professione intramoenia "allargata".

Segue a pagina 2

ATTUALITÀ

Ticket sanitari: la mappa delle Regioni. Uno studio che illustra dove sono state già introdotte forme di compartecipazione alla spesa sanitaria

A PAGINA 8

ATTUALITÀ

Cortei dei Conti: la sanità è a rischio collasso finanziario. La magistratura contabile ha posto sotto controllo il Governo e le Regioni e il dato più preoccupante è l'esposizione debitoria e l'incapacità di controllare e ridurre gli sprechi

A PAGINA 12

SPECIALE REGIONI

Focus sull'Umbria. Intervista all'assessore alla Sanità Maurizio Rosi e al segretario regionale Leonardo Bartolucci

A PAGINA 10

LE PROPOSTE DI UN SINDACATO CHE VUOLE RAGIONARE

L'equità e la solidarietà del Ssn non devono essere variabili dipendenti dell'economia

di Domenico Iscaro*

segue dalla prima

Ma ora mi interessa contrastare, e se possibile smentire, uno degli argomenti più odiosi che è stato ripetutamente sollevato. Il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato sostiene che con la libera professione dei medici si sono accentuate le differenze tra i cittadini abbienti e meno abbienti, tra coloro che possono pagare ed accedere subito alle prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno e coloro che invece devono sottostare a tempi di attesa che anziché accorciarsi, a causa della libera professione intramoenia si allungano. E la Cgil medici rafforza il ragionamento sostenendo che il diritto alla salute non può e non deve essere garantito dalla libera professione intramoenia (!).

LA CONFUSIONE DELLA CORTE

Contribuisce ad alimentare la confusione sull'argomento, non sempre chiaro ai nostri uomini politici, il nesso esistente tra il rapporto esclusivo dei medici, con la relativa indennità di esclusività, e la libera professione intramoenia. Nella sua relazione del 2005 la Corte dei Conti esplicita un ragionamento che nasce da un presupposto profondamente sbagliato e scrive che a fronte di una spesa per la esclusività di rapporto di 1,5 miliardi di euro l'anno i ricavi della Lpi sono al netto della compartecipazione del personale medico solo 114 milioni di euro. Non soddisfatta da questo accostamento assolutamente improprio, ma che

rafforza la convinzione diffusa di una eccessiva spesa della esclusività di rapporto, la Corte sostiene che l'esclusività di rapporto comporta una "spesa aggiuntiva di notevole importo che non ha prodotto ricadute positive sui tempi di attesa". In conclusione suggerisce "una eliminazione di tale costo la cui copertura deve essere assicurata prima di distribuire ai medici gli introiti derivanti dalla loro libera professione" ed aggiunge che i medici "dovrebbero assicurare l'esaurimento delle liste di attesa quale condizione per l'esercizio dell'intramoenia". È sorprendente come il ragionamento mescoli tra loro argomenti che in realtà non hanno un nesso comune con il risultato ultimo di produrre una odiosa combinazione (liste di attesa-diritto alla salute-libera professione intramoenia) di diritti elusi e bisogni abbandonati alle differenze sociali ed economiche, che nessun cittadino può approvare e nessun politico può continuare ad ignorare. In realtà non è scritto da nessuna parte che la esclusività di rapporto debba essere finanziata con l'attività libero professionale dei medici ed il problema dei lunghi tempi di attesa per accedere alle prestazioni erogate dal Ssn e la libera professione dei medici non incrociano mai i loro destini normativi legislativi ed organizzativi. Se questo si verifica, e ci piacerebbe che fosse dimostrato con dati oggettivi e non con i soliti slogan, avviene in presenza di distorsioni organizzative o speculative facilmente individuabili e risolvibili.

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Un secondo tema di grande preoccupazione è quello del finanziamento del Ssn. Il copione è sempre lo stesso e la commedia ormai è diventata noiosa. Stato e Regioni si confrontano in un estenuante braccio di ferro destinato come sempre a produrre una sottosima del finanziamento ed un inevitabile disavanzo nei bilanci a consuntivo. Le Regioni hanno chiesto 100 miliardi di euro per garantire i Lea e il governo ne ha offerti 95-96. Pur apprezzando lo sforzo compiuto dal Governo, riteniamo che lo stanziamento stabilito con il recente Patto per la Salute lasci sostanzialmente inalterato il quadro complessivo della compatibilità economica della sanità italiana. Agli italiani sarà chiesto di fare sacrifici, di comprendere che la congiuntura economica non permette di più. Tuttavia è sempre utile ricordare che la spesa sanitaria è ancora inferiore a quella dei restanti paesi europei con una spesa totale pari all'8,4% del Pil contro una media del 9,1% ed una spesa pubblica del 6,3% del Pil contro una media del 6,9% e che la copertura pubblica della spesa sanitaria in Italia è inferiore a quella di alcuni paesi caratterizzati da un sistema sanitario nazionale simile al nostro, quali Regno Unito e Paesi scandinavi (Rapporto Oasi 2005). L'obiettivo principale sarà come sempre quello del contenimento della spesa unitamente al recupero di efficienza ed efficacia del sistema. Nella prossima fi-

Il documento finale del Consiglio nazionale Anaa Assomed

Roma 16 settembre 2006

Il Consiglio nazionale dell'Anaa Assomed riunito a Roma il 16 settembre 2006, ascoltata la relazione del segretario nazionale, esprime profonda preoccupazione per la persistente assenza di una chiara definizione di risorse economiche certe ed idonee a garantire la sostenibilità ed il rilancio del Ssn. Siamo di fronte al ripetersi di un copione conosciuta: in presenza di conti pubblici ritenuti fuori controllo, la coazione a ripetere del Governo di turno giudica la spesa sanitaria eccessiva ed improduttiva, un indistinto agglomerato di costi da tagliare senza tenere conto delle specificità del suo mandato di rispondere ad un bisogno fondamentale dei cittadini tutelato dalla Costituzione.

Il Consiglio nazionale richiama i partiti di Governo ad operare in coerenza con il programma con il quale hanno vinto le elezioni politiche, programma che faceva propria la necessità di garantire i Lea, aumentare il finanziamento del Ssn portandolo in tendenziale allineamento alla media

UE, investire in Sanità anche per rilanciare lo sviluppo del Paese.

Occorre certo spendere meglio ma anche di più, come chiedono gli stessi assessori regionali e soprattutto "la spesa sanitaria non deve essere ridotta" come affermato in un ordine del giorno approvato dalla Camera dei Deputati. Il Consiglio nazionale ritiene essere questo il problema dei problemi, la vera urgenza di politica sanitaria insieme con la necessità di garantire livelli incrementali di qualità, di appropriatezza e sicurezza delle prestazioni erogate ai cittadini prendendo atto del fallimento del federalismo in sanità. In questo quadro, l'ampliamento delle prestazioni alle quali applicare forme di copayment, il cui impatto economico resta ancora da valutare, rischia di rappresentare un puro strumento per fare cassa, essendo incerto il risultato di contenere i consumi e possibile il rischio di aumentare l'inequità sociale.

Il Consiglio Nazionale non può non sottolineare

la sfasatura dell'agenda politica del Ministero della Salute che ha avviato un dibattito estivo di sapore diversivo e dilatorio.

L'Anaa Assomed, certo, non si sottrae a discutere un provvedimento legislativo che contempra la esclusività del rapporto per i direttori di struttura, complesse e semplici dipartimentali, legandola alla durata dell'incarico, ma non può accettare che questi principi siano svincolati dalla rivalutazione dell'indennità di rapporto e dalla garanzia della possibilità di esercizio della libera professione intramoenia. Una questione che riguarda poche centinaia di professionisti non deve, però, trasformarsi in scontro ideologico inutile ed incomprendibile.

A proposito di libera professione intramoenia, il Consiglio nazionale ritiene che la proroga di un anno della versione allargata della libera professione intramoenia sia espressione della "decisione di non decidere", alimentata da un circuito politico ideologico che mira a mettere in discussio-

nanziaria saranno ancora una volta approvate misure di contenimento della spesa che però negli anni passati si sono rilevate del tutto inefficaci. È la stessa Corte dei Conti, nella sua relazione annuale 2005, ad ammettere esplicitamente che ormai i controlli contabili, le modalità di certificazione dei bilanci per accertare la veridicità dei conti, il sistema dei monitoraggi trimestrali da parte del ministero dell'economia, sono inefficaci e che permangono tuttora irrisolte le questioni relative alla razionalizzazione dei costi, alla ristrutturazione della rete ospedaliera, alla inappropriata delle prestazioni, agli investimenti in nuove tecnologie, alle liste di attesa e al problema della ridefinizione del costo dei Lea come da molti anni le Regioni richiedono. E a tutto questo si somma l'incertezza sui principi e i modi del finanziamento del sistema dovuti alla sospensione del Dlgs 56/2000 del federalismo fiscale, per cui i sistemi di ripartizione del fondo sanitario alle Regioni è debole ed ancora condizionato dai rapporti di forza dipendenti dalla contrattazione periodica tra Stato e Regioni. Eppure sotto i nostri occhi scorre una realtà profondamente modificata negli ultimi anni nei quali abbiamo visto profondamente cambiare i nostri ospedali ed il nostro modo di lavorare. La riqualificazione della rete ospedaliera attraverso la dismissione degli ospedali minori è stata avviata in quasi tutte le Regioni anche se il numero delle strutture private accreditate è rimasto sostanzialmente inalterato se non cresciuto in alcune realtà come il Lazio. I posti letto per degenza ordinaria si sono progressivamente ridotti passando da circa 357.000 nel 1995 a poco meno di 250.000 nel 2003 e i posti letto privati, che erano inizialmente diminuiti, dal 2000 hanno nuovamente cominciato a crescere segnando un incremento al 2003 del 1%. È cresciuto il numero dei posti letto in DH (+7%) ed il numero delle prestazioni ambulatoriali. La spesa del personale, a seguito delle misure di blocco delle assunzioni si è notevolmente ridotta tanto che la sua incidenza sulla spesa complessiva è passata dal 43% del 1997 al 32,9% del 2004 e l'effetto sulle piante organiche dei nostri ospedali lo constatiamo ogni giorno. I modi della nostra professione sono profondamente cambiati e la categoria nel complesso ha saputo rispondere con la solita intelligenza ed abnegazione alle mu-

tate condizioni del contesto, dimostrando una grande capacità di adattamento alle mutate esigenze organizzative e conseguendo importanti risultati in termini professionali, come dimostrato da tutti gli indicatori di efficienza nelle prestazioni ospedaliere, calibrate alla complessità dei ricoveri. Ci siamo posti il problema del mantenimento e del miglioramento delle cure a fronte delle misure restrittive, affinando tecniche di gestione ai quali i nostri studi universitari non ci avevano preparati. Eppure la cronaca di ogni giorno e quindi anche di questi giorni estivi che dovrebbero essere dedicati al riposo, ci ricorda ossessivamente come il deficit della sanità italiana sia una pesante ipoteca sulla funzionalità e credibilità del Ssn minacciandone i principi di solidarietà, equità ed universalità. Ma qualcosa non mi convince e, a pensarci bene, scorrendo decine e decine di statistiche elaborate da professori, agenzie, nuclei di valutazione, commissioni, insomma una fitta schiera di osservatori, su ogni voce della nostra vita professionale, credo che i medici dipendenti abbiano la coscienza a posto e che abbiano fatto la loro parte nella partita per la salvezza e per il futuro del Ssn. I recenti scandali della sanità regionale del Lazio, dove sono emersi fenomeni di corruzione guidati da veri e propri gruppi occulti di potere cresciuti e radicati nel sottosuolo della politica e che nella politica hanno trovato protezione, ripropone la assoluta attualità della responsabilità della classe politica nella gestione della sanità. Una classe politica spesso prigioniera delle sue logiche di potere, incapace di assolvere ai suoi obblighi istituzionali, più attenta a rincorrere il consenso attraverso l'uso spregiudicato dei media che a ricercare il consenso dei medici attraverso forme di collaborazione che ne esaltino la loro autonomia e le loro competenze. Del resto basta scorrere il recente rapporto curato dalla Conferenza (luglio 2006), una sorta di libro bianco degli sprechi in sanità, per rabbrivire. È una lista degli orrori: ambulatori e ospedali fantasma mai utilizzati (su tutti l'Ospedale "Nuova Villa Malta" a Sarno è costato 17 miliardi, ha resistito alla alluvione e non è mai stato utilizzato) ospedali in costruzione che assorbono una enorme quantità di risorse e che non finiscono mai (sono 126, su tutti l'ospedale San Bartolomeo in Galdo a Benevento in costruzione dal

1956 il cui costo iniziale è lievitato del 2350%), una infinità di microstrutture senza unità specialistiche adeguate create per esigenze elettorali locali, una giungla di costi differenziati, dal costo al giorno dei posti letto variabile da ospedale ad ospedale e da regione a regione e che oscilla da 29,990 euro dell'ospedale Gerace (RC) a 462,500 euro dell'ospedale di Pentimalli (sempre RC) al costo per ricovero che va dai 1686 euro del Ospedale Vittorio Emanuele di Gela a 5603 euro dell'Ospedale S. Maria della Misericordia di Udine. La lista è sconcertante e per finire, e solo per la sua attualità, va anche ricordato che sono tuttora inutilizzati ben 150 milioni di euro che erano stati finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie urgenti.

UN SINDACATO VIGILE

Mi direte che queste riflessioni non sono proprio il massimo per riprendere il lavoro dopo la pausa estiva e ammetto che avete ragione. Mettiamola così: siamo un Sindacato che sa districarsi nelle mille insidie delle interpretazioni, delle responsabilità e delle cause. Un sindacato che sa riconoscere le false piste, i falsi alleati, i tranelli e le cortine fumogene. L'Italia ha una speranza di vita alla nascita tra le più elevate del mondo e si sta allungando ancora di più la speranza di vita libera da disabilità. Certamente parte delle sostanziali modifiche osservate nella salute degli italiani è legata alle migliorate condizioni economiche e socio-culturali, ma ci piace credere che un ruolo importante lo assolva il Ssn nel quale il lavoro di noi medici, non sempre svolto nelle migliori condizioni, è centrale.

Sappiamo che le difficoltà da affrontare sono enormi ma abbiamo la nostra bussola per navigare e le nostre convinzioni da riaffermare. I principi di equità e di solidarietà a cui si ispira il nostro Ssn non possono essere ridotti a una pura variabile dipendente dalle condizioni economiche rimodulabili con interventi sugli assetti organizzativi e crediamo che i processi di razionalizzazione e di innovazione del sistema non debbano produrre ingiustizie sociali che sarebbero inaccettabili dal nostro codice deontologico e ancor più dalle nostre coscienze.

*presidente Anaao Assomed

ne la stessa possibilità di esercizio della libera professione da parte dei medici ospedalieri.

Il Consiglio nazionale ribadisce quanto riconosciuto dallo stesso Ministro della Salute e cioè essere la libera professione un diritto dei medici del Ssn ed una opportunità del cittadino da esercitare nelle modalità determinate da leggi e contratti al riparo da pregiudizi e furori ideologici. Ciò vale anche nella forma allargata, che nasce per rispondere alla perdurante mancanza di quegli spazi separati e distinti previsti dalla legge ed ancora carenti nella gran parte delle aziende.

L'Anaao Assomed sollecita l'avvio di quel tavolo con Sindacati e Regioni promosso dal Ministro per trovare soluzioni condivise ai problemi esistenti, non essendo accettabile che a fronte di regole non applicate qualcuno pensi di cambiare, unilateralmente, le regole! Ma soprattutto contesta quel riflesso automatico che associa in una relazione inversamente proporzionale tempi di attesa e libera professione intramoenia, assurdo a simbolo del continuo tentativo di demonizzare la categoria sul banco di accusa dell'evasione fiscale e di comportamenti che violano la stessa deontologia professionale.

Il Consiglio nazionale ricorda al Governo anche il dovere di finanziare in maniera adeguata la con-

trattazione 2006-2009 rifiutando ogni ipotesi di "salto" contrattuale e di blocco indifferenziato del turn-over che si traduce in un intollerabile peggioramento delle condizioni di lavoro dei Medici ed in una riduzione quantitativa e qualitativa dei servizi erogati ai cittadini.

Senza dimenticare l'impegno ad incrementare il finanziamento per la ricerca anche al fine di valorizzare e rilanciare il ruolo degli Irccs inseriti a pieno titolo all'interno del Ssn.

Il Consiglio nazionale esprime la propria opposizione alla preannunciata fusione Inps-Inpdap che rappresenterebbe la perdita completa di autonomia di una cassa pensionistica che ha vantato e vanta attivi enormi, grazie al più alto livello di contribuzione all'interno del pubblico impiego. La Cps non può essere utilizzata come serbatoio per ripianare i debiti di altre categorie ed anzi occorre valutare la possibilità di renderla autonoma. Inoltre, il Consiglio nazionale rifiuta provvedimenti che mirano a penalizzare fasce di pensione tutt'altro che dorate ipotizzando addirittura importi maggiori di € 50.000, giudicando tale provvedimento iniquo per tutte le categorie contrattualizzate.

In ambito previdenziale, occorre, piuttosto, mettere fine alla attuale discrepanza con il personale

universitario per quanto riguarda l'età di quiescenza che nei fatti produce un progressivo depauperamento del personale e delle strutture del Ssn progressivamente appaltate ad una istituzione diversa.

Il Consiglio nazionale sollecita il Ministro della Salute all'emanazione di provvedimenti legislativi capaci di avviare una fase nuova del processo aziendale in cui i valori professionali trovino equilibrio ed unitarietà con le esigenze di bilancio. In questo quadro gli organismi rappresentativi dei professionisti devono trovare competenze e poteri in grado di consentire loro di governare i processi clinici assistenziali anche nell'ottica di individuare i processi diagnostico-terapeutici in grado di assicurare la continuità assistenziale.

L'Anaao Assomed intende continuare a difendere un'idea di medicina pubblica che garantisca i legittimi interessi dei medici, compresa la libera professione nelle forme previste dalle leggi e dai Ccnl, ed insieme il diritto alla salute dei cittadini, ancorché malati, richiamando la Politica a tenere fede alle promesse avanzate prima, durante e dopo la campagna elettorale.

In tal senso il Consiglio nazionale impegna la Segreteria nazionale.

UNA RISPOSTA ALLE POLEMICHE ESTIVE

A proposito di tempi di attesa e libera professione

Costantino Troise*, Carlo Palermo**

Il problema delle liste d'attesa e della loro presunta correlazione con la libera professione intramoenia (Lpi) dei medici e dirigenti sanitari pubblici torna periodicamente come un fiume carsico, sempre, però, in una accezione che identifica in questa attività il fattore principale determinante la durata delle attese. Di qui la richiesta di limitare, o vietare del tutto, tale attività ai medici dipendenti che proviene, per più o meno nobili motivi, da diversi pulpiti con lo scopo di captare la gratitudine (?) della gente (sic!) o di alcuni settori della categoria.

Le liste di attesa rappresentano una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici ove i pazienti non sono chiamati a pagare le prestazioni di tasca propria (out of pocket), ed il tempo di accesso ai servizi, e non la disponibilità a pagare, ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda ed offerta. Occorre, però, differenziare tra attesa clinicamente significativa ed attesa priva di ricadute cliniche, tra attesa di una prestazione efficace ed attesa di un esame inappropriato. È appena il caso di ricordare che non poche prestazioni di diagnostica strumentale, per le quali più lunghi sono i tempi di attesa, sono gravate da un tasso di inappropriata vicinanza al 50%.

I tempi d'attesa rappresentano il risultato di fenomeni complessi quali la disponibilità di tecnologia diagnostica e di terapie sempre più sofisticate, il cambiamento demografico ed epidemiologico in atto con l'aumento della prevalenza di malattie ad andamento cronico, sia di carattere degenerativo che neoplastico, la crescente domanda di salute legata alla maggiore informazione e consapevolezza dei cittadini ma anche l'influenza che su di essi esercita lo sviluppo di un (super)mercato della salute, esterno al Ssn, che marcia indisturbato a grandi passi verso il trionfo inflazionistico della medicina e della medicalizzazione pervasiva della società. Di fronte a questa irrefrenabile spinta, le Aziende tentano di aumentare l'offerta di prestazioni e servizi. Ciò avviene, innanzitutto, attraverso la contrattazione del budget con il quale vengono determinati i volumi prestazionali che le singole Unità Operative sono tenute ad erogare nel lavoro istituzionale in base alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie assegnate. I professionisti sono responsabilizzati su questi obiettivi e il loro mancato raggiungimento comporta conseguenze negative sia economiche che di carriera.

Sulla capacità di offerta delle Aziende sanitarie in questi anni ha pesantemente e negativamente influito il sistemico "definanziamento" (Cavicchi) del Ssn che ha comportato una crescita della spesa sostenuta privatamente dai cittadini, oramai pari al 25% della spesa globale (Ocse 2006). Si tratta di un mercato che nelle sue varie com-

ponenti ha un valore di almeno 25 miliardi di euro, di cui circa uno è dovuto alla Lpi. Chi vuol impedire ai medici del Ssn l'esercizio della libera professione vuole in realtà regalare questa attività alle strutture private, allocando consistenti risorse al di fuori del sistema sanitario pubblico, contribuendo così ad un suo ulteriore impoverimento.

La non corrispondenza tra bisogni e flussi finanziari centrali si è tradotta nelle singole Aziende sanitarie in fatti molto concreti come riduzione delle dotazioni organiche per il blocco del turnover sancito dalle ultime leggi finanziarie, limitazione degli acquisti di beni e servizi (farmaci, kit diagnostici, kit chirurgici, protesi), mancato rinnovo delle tecnologie mediche, ridotti investimenti in formazione del personale ancora affidata alla "magnanimità" delle Aziende farmaceutiche. Quanto ha pesato tutto ciò sui tempi di attesa? Meno della possibilità di effettuare libera professione intramoenia? E perché mai nessun Catione ne parla? Quanto pesa sulla mobilità passiva la fatica strutturale di molti ospedali di fronte al comfort delle strutture private accreditate?

In tale contesto la Lpi, che è un diritto dei medici e dirigenti sanitari pubblici i cui cardini normativi sono previsti da leggi e contratti, rappresenta per le Aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali ed anche uno strumento per intervenire su alcuni meccanismi della spesa sanitaria privata, assicurando a tutti i cittadini l'accesso a prestazioni le cui caratteristiche di qualità e sicurezza sono garantite dal Ssn. Essa viene svolta al di fuori dell'orario di servizio istituzionale; quest'ultimo nella maggior parte degli ospedali è largamente superato per decine di migliaia di ore di straordinario non retribuite e non recuperabili ed è stato implementato con il Ccnl 2002/2005 di ben 2.600.000 ore annue di lavoro medico su base nazionale finalizzate proprio alla riduzione dei tempi d'attesa.

Nella maggior parte delle Aziende sanitarie, però, le condizioni per l'esercizio della Lpi non esistono e la cosiddetta "intramoenia allargata" è nata come modalità organizzativa transitoria, messa in campo per garantire il diritto dei medici all'esercizio della libera professione e quello dei pazienti di scegliersi uno specialista di fiducia, a fronte della inesistenza di quegli spazi separati e distinti previsti dalla legge per i quali consistenti risorse sono state stanziare e sostanzialmente rimaste inutilizzate. In questo modo molti medici esercitano mettendo a disposizione spazi e tecnologie con oneri economici a proprio carico, e riconoscendo alle Aziende sanitarie parte degli introiti percepiti.

Tale attività, ed in particolare quella esercitata presso gli studi privati, è comunque disciplinata da rigorose norme, legislative e regolamentari, che correttamente applicate costituiscono una matrice organizzativa nella quale le distorsioni e le speculazioni non sono possibili. Infatti il medico pubblico dipendente effettua la libera professione in strutture individuate con l'Azienda sanitaria, in tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, con regole rigide definite contrattualmente che presuppongono uno stretto rapporto tra volumi prestazionali libero professionali e quelli istituzionali, perfino per la singola prestazione. La relazione negativa tra Lpi e tempi d'attesa esiste solo in una visione truffaldina della attività professionale medica, e se queste due linee, per così dire, si incrociano è per colpa del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie o di carenze del sistema di controllo.

Su un aspetto concordiamo con Garattini: la domanda di prestazioni sanitarie va governata secondo criteri di priorità ed appropriatezza clinica. Un sistema basato solo sull'offerta presenta una elevata visibilità politica e di impatto sulla pubblica opinione ma risultati di breve periodo comportano conseguenze negative quali:

1. aumenti dei carichi di lavoro per il personale medico, tecnico e infermieristico non compatibili con le dotazioni organiche, con i piani di lavoro, con le normative contrattuali e con le leggi di tutela del lavoro;
2. utilizzo delle apparecchiature diagnostiche in modo inappropriato per il raggiungimento degli obiettivi di puro incremento quantitativo delle prestazioni, non curando le vere priorità cliniche e quindi disperdendo risorse sia professionali che tecnologiche;
3. aumento della spesa sanitaria indotto da un consumismo non controllato ed inappropriato, al solo scopo di accontentare il "cliente".

Infine, la proposta di retribuire con proventi derivati da ticket gli operatori sanitari che attraverso un'attività aggiuntiva contribuiscano all'abbattimento dei tempi d'attesa, è già contemplata negli ordinamenti contrattuali della dirigenza medica e veterinaria: essa però non può sostituire di fatto per i medici ospedalieri il diritto di esercitare la libera professione nei confronti dei pazienti che decidono liberamente di scegliere il professionista di riferimento.

Come si vede la materia è complessa e per il suo coinvolgere diritti di vari soggetti merita una riflessione serena e costruttiva, scevra da slogan e falsa coscienza.

*vicesegretario nazionale Anaa Assomed
**coordinatore Conferenza permanente dei segretari regionali Anaa Assomed

segue dalla prima

LA FINANZIARIA E I DIRITTI DEI MEDICI

mento non è l'unico che riguarda la categoria e non conclude l'analisi sul primo testo della prossima legge di bilancio.

Tre sono i capitoli principali su cui è necessario soffermarsi per esprimere una valutazione complessiva e, lo dico in premessa, negativa.

La rimodulazione delle aliquote Irpef, seppur finalizzata ad un incontestabile principio di equità, colpisce in pieno una categoria di dipendenti pubblici che da sempre, se non altro per il prelievo alla fonte, ha fatto sino in fondo il proprio dovere.

Inoltre, senza voler alimentare inutili dibat-

titi sul ceto medio, il provvedimento lascia inalterati i contributi per redditi oltre i 100.000 euro, e premia i contribuenti fraudolenti con risibili dichiarazioni annue sotto i 40.000.

Oltre che un regalo agli evasori, questa scelta rischia di essere un formidabile disincentivo per chi immagina la crescita professionale anche come un elemento di sostegno del reddito.

Il contributo di solidarietà, ipotizzato, ma non ancora definito, per le pensioni cosiddette "d'oro" (55.000 euro lordi/anno), che altro non sono che il risultato di una contribuzione previdenziale senza eguali tra i dipendenti pub-

blici e privati, è un onere che va a colpire diritti acquisiti garantiti da un fondo previdenziale da sempre in attivo.

Infine l'insufficiente finanziamento del 2007 per il rinnovo contrattuale, che si aggiunge all'inesistente finanziamento del 2006 stanziato dal precedente Governo, dà luogo ad una moratoria biennale di fatto del rinnovo di un contratto già scaduto.

È del tutto evidente che i suddetti tre elementi negativi si concentrano e si sommano in capo alla categoria dei medici ospedalieri, e solo ad essa, creando una inaccettabile e ingiusta sperequazione riguardo al contributo che il mondo del lavoro è chiamato a dare agli obiettivi di bilancio.

Il rischio maggiore, oltre al certo danno economico, è che in questo modo si alimenti un clima di demotivazione e frustrazione, un senso di abbandono e rifiuto rispetto agli obiettivi professionali e di sistema di chi si sente ingiustamente penalizzato ed escluso da scelte più giuste e condivise.

Per queste ragioni il giudizio è negativo e per le stesse ragioni ci batteremo nelle sedi istituzionali, con intransigenza e senso di responsabilità, per scelte più eque e corrette.

Per dare come sempre il nostro contributo al progresso sociale e civile di un paese a cui diamo, e da cui pretendiamo, fiducia e rispetto.

Carlo Lusenti

CCNL 2002-2005 - II BIENNIO ECONOMICO 2004-2005

A chi spetta l'incremento della retribuzione di posizione minima unificata?

a cura di Giuseppe Montante

Il Ccnl dell'area della dirigenza medica e veterinaria del 5 luglio 2006 (biennio economico 2004-2005) introduce ai commi 1, 2 e 3 dell'art. 5 (il testo è pubblicato a pag. 6) un incremento del valore economico della posizione minima unificata, esplicitata alla tab. A del comma 1 dell'articolo 42 del Ccnl 3 novembre 2005. Tale incremento, per scelta di tutte le parti firmatarie del suddetto Ccnl, è stato previsto solamente per alcune posizioni funzionali in possesso di particolari requisiti.

MOTIVAZIONI DI TALI LIMITAZIONI

Le cause di tali limitazioni sono essenzialmente le seguenti:

- la limitatezza delle risorse economiche;
- la necessità di riequilibrare percentualmente gli incrementi contrattuali delle varie posizioni funzionali (maggiori nel I biennio per le posizioni senza responsabilità dirigenziali o con anzianità di servizio inferiore a 15 anni o a rapporto di lavoro non esclusivo);
- la precisa volontà di introdurre un premio economico per la professionalità conseguente all'anzianità di servizio.

Originariamente tale premio avrebbe dovuto interessare:

- in prima applicazione, tutti i dirigenti medici e veterinari a rapporto di lavoro esclusivo con anzianità di servizio al 1 gennaio 2004 di almeno 15 anni;
- in successiva applicazione, tutti i dirigenti medici e veterinari a rapporto di lavoro esclusivo dopo aver superato la verifica professionale presente a 15 anni di servizio.

Successivamente, l'atteggiamento fortemente ostativo delle Confederazioni sindacali (Cgil, Cisl e Uil) del Pubblico Impiego e del Comparto sanità nonché le loro eccessive ingerenze, ha indotto la Parte Pubblica a ridurre il numero degli interessati in prima applicazione e la dinamicità del premio nel tempo.

A CHI SPETTA IN PRIMA APPLICAZIONE?

Per facilitarne la comprensione e la corretta attuazione delle norme presenti nel sopra citato articolo 5 del Ccnl 5 luglio 2006 si esplicitano di seguito le diverse posizioni funzionali a cui spetta in prima applicazione l'incremento della retribuzione di posizione minima unificata.

Tale incremento spetta ai dirigenti medici e veterinari in servizio il 1 gennaio 2004, con rapporto di lavoro esclusivo, in possesso di una delle seguenti posizioni

funzionali o situazioni retributive:

- dirigenti con incarico di direttore di struttura complessa (vedere nota 3) o di responsabile di struttura semplice (vedere nota 4) da una data antecedente o almeno coincidente con il 1° gennaio 2004;
- dirigenti non in possesso al 1° gennaio 2004 dell'incarico di direttore di struttura complessa o di responsabile di struttura semplice ma una retribuzione di posizione minima al 31 dicembre 2001 di ex modulista (vedere nota 1), caratterizzata da una retribuzione fissa di euro 5.721,30 e variabile di euro 3.634,30 (come esplicitato al comma 1 dell'articolo 37 del Ccnl 3 novembre 2005);
- dirigenti con incarico di natura professionale (articolo 27, comma 1, lettera C del Ccnl 8 giugno 2000) da una data antecedente o almeno coincidente con il 1° gennaio 2004 e con una retribuzione di posizione minima al 31 dicembre 2001 di ex 10° livello (vedere nota 2), caratterizzata da una retribuzione annuale fissa al netto della tredicesima di euro 4.100,66 e variabile di euro 2.520,30 (articolo 5, comma 5 del Ccnl 5 luglio 2006).

A CHI PUÒ ESSERE ATTRIBUITA IN SUCCESSIVA APPLICAZIONE?

Il dettato dell'articolo 5 del Ccnl 5 luglio 2006 stabilisce nei fatti che l'incremento contrattuale complessivo dei responsabili di struttura complessa o semplice, esplicitato dai commi 1, 2 e 3, venga attribuito anche ai dirigenti medici a rapporto di lavoro esclusivo a cui sono stati affidati tali incarichi, dal momento del loro affidamento.

Il dettato del comma 7, del sopra citato articolo, sancisce che il nuovo livello di retribuzione minima unificata contrattuale possa essere attribuito:

- ai dirigenti medici e veterinari, a cui è stato conferito un incarico fra quelli previsti dalla lett. c) del comma 1 dell'articolo 27 del Ccnl 8 giugno 2000, se superano la verifica per l'esclusività posta a 15 anni di servizio;
- ai dirigenti medici e veterinari, già in possesso dei requisiti minimi professionali necessari (incarico professionale), e portatori al 31 dicembre 2001 di una retribuzione minima di posizione da ex 9° livello (quelli della precedente nota n. 6), in caso di valutazione positiva per il rinnovo dell'incarico.

Il contratto demanda la decisione su tale attribuzione al livello aziendale di contrattazione ed attribuisce il costo al fondo aziendale di posizione (articolo 5, comma 7, Ccnl 5 luglio 2006).

Suggerisce inoltre un'attuazione prioritaria per i dirigenti medici e veterinari, precedentemente citati al punto b), pur essendo presumibilmente non numerosi.

Note esplicative

1) Si ricorda che la funzione di responsabile di modulo è stata introdotta dal DPR 384 del 1990 ed il Ccnl 5 dicembre 1996 ne ha poi sospeso gli effetti funzionali ma non quelli economici e sul curriculum.

2) Si ricorda anche che i dirigenti medici e veterinari con livello retributivo al 31 dicembre 2001 da ex 10° livello sono quelli già in possesso della qualifica di aiuto corresponsabile prima dell'entrata in vigore del Ccnl 5 dicembre 1996.

3) Si ricorda altresì che la nuova retribuzione di posizione minima contrattuale dei dirigenti medici con un incarico di natura professionale, fra quelli previsti dalla lett. c del comma 1 dell'articolo 27 del Ccnl 8 giugno 2000, e con una retribuzione di posizione minima al 31 dicembre 2001 di ex 10° livello costituisce un nuovo livello di retribuzione minima unificata contrattuale (comma 6, articolo 5, Ccnl 5 luglio 2006).

4) Si fa presente che, al momento del conferimento dell'incarico di direttore di struttura complessa o responsabile di struttura semplice, i dirigenti interessati di norma sono in possesso di una anzianità di servizio superiore a 15 anni.

5) Si fa presente altresì che i dirigenti medici e veterinari con retribuzione minima di posizione al 31 gennaio 2001 di ex responsabile di modulo o di ex aiuto erano in possesso al 1° gennaio 2004 di una anzianità di servizio superiore a 15 anni, dal momento che gli era stata conferita la funzione di modulista o la qualifica di aiuto prima del 1996.

6) Si precisa infine che, per le motivazioni sopra ricordate, sono stati esclusi dall'attribuzione in prima applicazione di tale incremento i dirigenti medici e veterinari, pur essendo già in possesso al 1° gennaio 2004 dei requisiti minimi necessari, perché portatori al 31 dicembre 2001 di una retribuzione minima di posizione da ex 9° livello, caratterizzata (articolo 37, comma 1, Ccnl 53 novembre 2005) da una retribuzione annuale fissa al netto della tredicesima di euro 1.032,91 e variabile di euro 5.588,05.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it - www.anaao.it

direttore

Carlo Lusenti

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli,

Antonio Delvino, Mario Lavecchia

coordinamento editoriale

Eva Antoniotti

hanno collaborato:

Arianna Alberti, Paola Carnevale,
Lucia Conti, Stefano Simoni, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato

A.N.E.S.
LABORATORIO NAZIONALE PER
L'INFORMAZIONE PERIODICA E L'OPINIONE PUBBLICA

editore

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano n. 182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di ottobre 2006

Il testo dell'Art. 5 del Ccnl 2002-2005

Secondo biennio economico 2004-2005

Articolo 5

La retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo

1. A decorrere dal 1° gennaio 2004, la retribuzione di posizione unificata dei dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo di cui all'art 42, comma 1, tavola A) del Ccnl del 3 novembre 2005 è così rideterminata:

	Retribuzione di posizione minima contrattuale unificata al 31 dicembre 2003	Incremento annuo	Nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata dal 1° gennaio 2004
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	8.196,51	999,60	9.196,11
Dirigente incarico struttura complessa: area medicina	7.116,08	867,84	7.983,92
Dirigente incarico struttura complessa: area territorio	6.583,09	802,80	7.385,89
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	5.735,36	435,60	6.170,96
Dirigente incarico lett. c) art. 27 Ccnl 8 giugno 2000	2.374,32	435,60	2.809,92
Dirigente equiparato	2.374,32	-	2.374,32
Dirigente < 5 anni	0	-	0,00

2. A decorrere dal 1° febbraio 2005 la retribuzione di posizione del comma 1 è ulteriormente rideterminata nel modo seguente:

	Retribuzione di posizione minima contrattuale unificata al 31 dicembre 2005	Incremento annuo	Nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata dal 1° febbraio 2005
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	9.196,11	1.236,72	10.432,83
Dirigente incarico struttura complessa: area medicina	7.983,92	1.073,64	9.057,56
Dirigente incarico struttura complessa: area territorio	7.385,89	993,24	8.379,13
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	6.170,96	539,04	6.710,00
Dirigente incarico lett. c) art. 27 Ccnl 8 giugno 2000	2.809,92	539,04	3.348,96
Dirigente equiparato	2.374,32	-	2.374,32
Dirigente < 5 anni	0	-	0,00

3. A decorrere dal 31 dicembre 2005 la retribuzione di posizione del comma 2 è ulteriormente rideterminata nel modo seguente:

	Retribuzione di posizione minima contrattuale unificata al 30 dicembre 2005	Incremento annuo	Nuova retribuzione di posizione minima contrattuale unificata dal 31 dicembre 2005
Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica	10.432,83	222,60	10.655,43
Dirigente incarico struttura complessa: area medicina	9.057,56	193,32	9.250,88
Dirigente incarico struttura complessa: area territorio	8.379,13	178,80	8.557,93
Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990	6.710,00	97,08	6.807,08
Dirigente incarico lett. c) art. 27 Ccnl 8 giugno 2000	3.348,96	97,08	3.446,04
Dirigente equiparato	2.374,32	-	2.374,32
Dirigente < 5 anni	0	-	0,00

4. Gli incrementi di cui ai commi 1, 2 e 3 non sono riassorbiti dalla retribuzione di posizione variabile aziendale eventualmente assegnata sulla base della graduazione delle funzioni e si aggiungono, pertanto, alla retribuzione di posizione complessivamente attribuita al dirigente indipendentemente dalla sua composizione storica. Per gli esempi si rinvia all'allegato n. 7 del Ccnl del 3 novembre 2005.

5. I destinatari della retribuzione minima contrattuale prevista dai commi 1, 2 e 3 per i dirigenti cui è conferito un incarico lett. c) dell'art. 27 del Ccnl 8 giugno 2000 sono coloro per i quali la medesima voce alla data del 31 dicembre 2001 era così composta: parte fissa € 4.100,66, parte variabile € 2.520,30, (divenuta di € 2.374,32 alla data del 31 dicembre 2003, ai sensi dell'art. 42 del Ccnl 3 novembre 2005).

6. Per effetto del comma 5 il valore di € 3.446,04 costituisce un nuovo livello stabile di retribuzione di posizione minima contrattuale nell'ambito degli incarichi conferibili ai sensi della lett. c) dell'art. 27 del Ccnl 8 giugno 2000.

7. Dopo l'entrata in vigore del presente contratto, la valutazione positiva prevista dall'art. 26, comma 2, lett. c) del Ccnl 3 novembre 2005 per il riconoscimento al quindicesimo anno della fascia di indennità di esclusività, è utile, in via prioritaria, anche ai fini dell'attribuzione al dirigente di un incarico – ove disponibile – tra quelli indicati nella lett. c) dell'art. 27 del Ccnl 8 giugno 2000 per il quale, con il comma 6, si è stabilito il nuovo livello di retribuzione di posizione minima contrattuale. Tale clausola si applica anche in caso di valutazione positiva per il rinnovo dell'incarico ai dirigenti che possiedono la medesima esperienza professionale. Ai dirigenti cui è conferito l'incarico previsto dal presente comma, è attribuita la nuova retribuzione di posizione minima contrattuale del comma 6.

È fatto salvo da parte dell'azienda il conferimento di altri incarichi tra quelli indicati nelle tavole del presente articolo, secondo le vigenti disposizioni.

8. Il fondo dell'art. 54 del Ccnl del novembre 2005, alle date indicate nei commi 1, 2 e 3 è automaticamente rideterminato aggiungendovi la somma corrispondente agli incrementi spettanti a ciascuno dei dirigenti interessati moltiplicati per il numero degli stessi al netto degli oneri riflessi.

9. Sono confermati i commi da 2 a 6 dell'art. 42 del Ccnl 3 novembre 2005.

LA MANOVRA ECONOMICA

La sanità nella Finanziaria 2007

Sintesi degli articoli contenuti nel disegno di legge Finanziaria 2007 che riguardano il settore sanitario

Finanziamento del Servizio sanitario nazionale

(art.88, comma 1, lettera a)

Il finanziamento del Ssn è fissato in 96.000 milioni di euro per l'anno 2007, in 99.042 milioni di euro per l'anno 2008 e in 102.245 milioni di euro per l'anno 2009.

L'importo assegnato a ciascuna Regione viene erogato per una quota pari al 97%. Il 3% residuo viene erogato solo dopo che la Regione abbia dimostrato di avere rispettato gli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dai precedenti patti Stato-Regioni.

Viene confermato, in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario, l'innalzamento dell'addizionale Irpef e della maggiorazione Irap che, dopo la data del 31 maggio, scatta automaticamente in caso di mancata copertura dei disavanzi registrati nell'anno precedente.

Finanziamento Ssn 2006 - (art.88, comma 2)

Per l'anno 2006 il Fondo sanitario è incrementato di 2 miliardi.

Fondo transitorio - (art.88, comma 1, lettera b)

È previsto per il triennio 2007-2009 un Fondo transitorio di 1.000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009. L'accesso al Fondo è riservato alle Regioni che abbiano registrato un disavanzo pari o superiore al 7% e che abbiano sottoscritto uno specifico accordo con il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Economia e delle Finanze che contenga:

- un Piano di rientro finalizzato al raggiungimento, entro il 2010, sia dell'equilibrio economico-finanziario, che di un equilibrato assetto assistenziale in grado di garantire i LEA
- il mantenimento per tutta la durata del Piano di rientro della massimizzazione dell'addizionale Irpef e della maggiorazione Irap
- la definizione delle modalità con cui i due Ministeri ed il Coordinamento interregionale affiancano la Regione nella realizzazione del Piano di rientro.

Piano Sanitario Nazionale - (art.88, comma 4)

Viene previsto un allineamento della programmazione sanitaria nazionale, della programmazione triennale delle risorse per il Ssn e dei contenuti e tempi del Patto per la Salute, disponendo la modifica del Piano sanitario nazionale 2006-2008 per armonizzarne i contenuti e la tempistica al finanziamento complessivo del Ssn per il triennio 2007-2009.

Accreditamenti - (art.88, comma 1, lettere n, o, p)

Si prevede la definizione di disposizioni certe in materia di accreditamento delle strutture private con il Servizio Sanitario nazionale al fine di assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati garantisca prioritariamente la qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, favorendo strategie di coinvolgimento delle strutture private negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa.

Mancato ritiro degli accertamenti - (art.88, comma 1, lettere n, o, p)

Dal 1° gennaio 2007, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici verranno recuperati a carico del cittadino i costi sostenuti dalle aziende sanitarie.

Linee guida e protocolli diagnostici - (art.88, comma 1, lettera g)

Sono sviluppate nuove ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura.

Ticket - (art.88, comma 1, lettera k)

Per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, limitatamente ai cittadini non esenti, è previsto che la quota fissa sia omogeneamente fissata a livello nazionale ad un importo di 10 euro a ricetta per le prestazioni presso le strutture poliambulatoriali e presso gli ambulatori ospedalieri.

Per le prestazioni in regime di pronto soccorso non urgenti o diffeibili la compartecipazione dei cittadini andrà da 23 a 41 euro.

Spesa farmaceutica - (art.88, comma 1, lettere e-bis, f)

Viene previsto che, nel corso del 2007, si aprirà un confronto per la fissazione di nuove regole per il governo della spesa farmaceutica. Restano in vigore le norme precedenti relative ai due tetti di spesa farmaceutica del 13% per la farmaceutica convenzionata e del 16% per il totale della spesa farmaceutica com-

pressiva della farmaceutica ospedaliera e della distribuzione diretta dei farmaci da parte delle aziende sanitarie.

Tenuto conto dello sfondamento della spesa farmaceutica che si sta registrando anche nell'anno 2006, viene stabilito che vengano confermati, nell'anno 2007, le misure già assunte dall'Agenzia Italiana del Farmaco, che comportano, in particolare, una riduzione del prezzo dei farmaci a carico del Ssn pari al 10%. Tali misure potranno essere riviste dalla stessa Agenzia in relazione all'andamento effettivo della spesa.

Viene inoltre previsto, per le Regioni nelle quali vengano registrati negli anni 2005 e 2006, sfondamenti dei tetti di spesa farmaceutica, che, in alternativa alle forme di penalizzazione sull'accesso ai finanziamenti previsti per le regioni in campo sanitario, vengano applicate le seguenti misure:

- applicazione di una quota fissa per confezione di importo tale da garantire la mancata copertura dello sfondamento;
- adozione di un Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, con interventi tesi al controllo dei farmaci innovativi, al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi e degli appalti per acquisto di farmaci.

Tariffe per la diagnostica di laboratorio - (art.88, comma 1, lettera j)

Viene previsto che le tariffe per le analisi di laboratorio automatizzate vengano abbattute del 50% entro febbraio 2007.

Dispositivi medici - (art.88, comma 1, lettera q)

Viene prevista la fissazione dei prezzi di riferimento nazionali dei dispositivi medici da porre come base d'asta per le forniture del Ssn, a parità di standard di qualità e sicurezza per i pazienti.

Lea - (art.89)

È prevista una revisione straordinaria delle prestazioni dei Livelli Essenziali di Assistenza, da attuarsi entro il 31 dicembre 2006

Obiettivi del Piano Sanitario nazionale 2006-2008 - (art.89, comma 1-2-3)

È prevista l'istituzione di un Fondo per il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Psn. L'importo del Fondo è fissato in 65,5 milioni di euro, dei quali 5 milioni andranno al ministero della Salute per iniziative di carattere nazionale e 60,5 alle Regioni.

I progetti saranno rivolti a:

- sperimentazione del modello assistenziale case della salute (10 milioni di euro);
- iniziative per la salute della donna ed iniziative a favore delle gestanti, della partoriente e del neonato (10 milioni di euro);
- malattie rare (30 milioni di euro);
- implementazione della rete delle unità spinali unipolari (10,5 milioni di euro).

Screening oncologici - (art.89, comma 4.)

Finanziamento per 20 milioni di euro nel 2007 e di 18 milioni per il 2008 e 2009 degli interventi per gli screening oncologici con l'obiettivo di arrivare allo stesso grado di sviluppo in tutto il paese.

Contrasto al consumo dell'alcol negli adolescenti - (art.90)

Per contrastare gli effetti sullo stato di salute provocati dal consumo di alcol in età adolescenziale e giovanile viene elevato a diciotto anni il divieto del consumo di alcol nei pubblici esercizi. Viene anche stabilito il divieto di vendita e somministrazione di alcolici negli autogrill autostradali.

Lotta alle truffe al Ssn - (art.91)

In caso di condanna per truffa ai danni del Ssn, con sentenza passata in giudicato, il titolare di farmacia o al direttore di una farmacia gestita da una società può essere revocata l'autorizzazione all'esercizio della farmacia. Nel caso che la condanna investa personale del Ssn o in rapporto di convenzione con il Ssn si può avviare la procedura di risoluzione del rapporto. Alla risoluzione si arriva automaticamente quando il danno sia superiore a 50mila euro.

Lotta all'abusivismo medico - (art.92)

Per contrastare l'esercizio abusivo delle professioni sanitarie, particolarmente diffuso soprattutto in campo odontoiatrico, viene previsto che, in caso di condanna, il giudice disponga sempre la confisca delle attrezzature utilizzate ai fini della commissione del

reato, se appartenenti a chi ha commesso il reato o a una società alla quale lo stesso partecipa.

Ricerca sanitaria - (art.93)

Sono 349,5 i milioni stanziati complessivamente per la ricerca scientifica. Per la ricerca in sanità sono stanziati:

- 10 milioni per progetti proposti dagli istituti zooprofilattici in materia di sicurezza degli alimenti;
- 3 milioni per il miglioramento degli interventi di diagnosi e cura delle malattie rare;
- 3 milioni per progetti per l'utilizzazione di cellule staminali;
- 3 milioni per il potenziamento delle attività di tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- 8 milioni per Istituto superiore di sanità.

Educazione al corretto uso dei farmaci e farmacovigilanza - (art.94)

Realizzazione di un programma di farmacovigilanza attiva e di educazione al corretto uso dei farmaci, sulla base di convenzioni fra l'Aifa e le Regioni per un ammontare annuo di 25 milioni di euro.

Riunificazione delle sedi ministeriali - (art.95)

È prevista la riunificazione in un'unica sede degli uffici centrali del ministero della Salute. Allo stesso modo è previsto che vengano riuniti in una sede unica gli uffici periferici, compresi i Nas, che insistono su uno stesso territorio.

Alleanza degli ospedali italiani nel mondo - (art.96)

All'associazione, che contribuisce a portare nelle strutture all'estero apparecchiature in donazione dall'Italia, viene assegnato un milione di euro per il 2007, mentre saranno due milioni per il 2008 e per il 2009.

Farmacie rurali - (art.97)

Sono previste misure di aiuto economico per favorire il mantenimento di un'efficiente rete di assistenza farmaceutica territoriale anche nelle zone disagiate.

Ccm - (art.98)

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) potrà stipulare venti contratti triennali per consulenze di studi e ricerche, in deroga a quanto previsto dalla Finanziaria dello scorso anno.

Salute delle popolazioni migranti - (art.99)

Con un accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e le Regioni Lazio, Puglia e Sicilia, si dà avvio ad un progetto per la realizzazione di un Istituto di alta specializzazione a carattere nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà, che avrà sede nella città di Roma, finanziato con 5 milioni di euro nel 2007 e 10 milioni per il 2008 e il 2009.

Salute nello sport e lotta al doping - (art.100)

È previsto un potenziamento delle attività del Ministero della Salute nell'ambito della tutela della salute nelle attività sportive e di lotta contro il doping.

Regione Sicilia - (art.101)

Per arrivare al completo trasferimento della spesa sanitaria a carico del bilancio della Regione Sicilia si fissa che il concorso regionale atale spesa è del 45% per il 2007; del 47,5% per il 2008 e del 50% per il 2009.

Regione Sardegna - (art.102)

È stata concordata una revisione dello Statuto che attribuisce direttamente alla Regione Sardegna una parte del gettito derivante da tasse e imposte. Dal 2007, quindi, la Regione "provvede al finanziamento del servizio sanitario nazionale sul proprio territorio" senza accedere a fondi del bilancio dello Stato.

Personale del Ssn - (art. 60)

La spesa per il personale negli anni 2007, 2008 e 2009 non deve superare quella avuta nell'anno 2004, diminuita però dell'1,4%. Tuttavia, come indicato anche nel Patto per la salute, si sottolinea come le Regioni possano, in fase di attuazione delle linee di indirizzo, valutare "la possibilità di trasformare le posizioni di lavoro già ricoperte da personale precario in posizioni di lavoro dipendente a tempo indeterminato".

DOVE SONO STATE INTRODOTTE GIÀ FORME DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA

Ticket sanitari: una mappa delle Regioni

In vista della Finanziaria si è molto parlato della possibilità di introdurre ticket su alcune prestazioni sanitarie, così da contribuire in parte ad un contenimento dei costi. Sulla questione si è anche aperta qualche polemica veemente, senza tenere conto però che le forme di compartecipazione alla spesa sanitaria sono già una realtà per molti cittadini

di Lucia Conti

Nelle normative i ticket si chiamano in verità "misure di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini", formula certamente più lunga ma che spaventa meno l'opinione pubblica. Comunque li si chiami, resta il fatto che i ticket sono una realtà in 8 Regioni italiane, per quanto riguarda la farmaceutica, mentre i ticket sui codici bianchi di Pronto Soccorso sono in vigore in 12 Regioni e i ticket per le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali in tutta Italia, mai aboliti nonostante le previsioni.

Il mantenimento, o la reintroduzione attraverso normative regionali, dei ticket ha due motivazioni essenziali: la prima è, ovviamente, un certo afflusso di denaro verso i disastri bilanci regionali (in verità di entità molto modesta); la seconda è il potere dissuasivo di questa richiesta, che dovrebbe spingere i cittadini ad utilizzare i servizi con più attenzione. La seconda motivazione è particolarmente evidente nel caso dei ticket sui codici bianchi al Pronto Soccorso, perennemente gravati da un grande afflusso "improprio": il ticket infatti viene richiesto solo nei casi che avrebbero potuto trovare una più appropriata soluzione attraverso altre strutture, dal medico di famiglia, alla guardia medica, alla visita specialistica. Sempre che queste alternative siano davvero esistenti ed accessibili.

Nelle ultime settimane, nelle discussioni in vista della nuova Finanziaria, si è ventilata la possibilità di introdurre nuove forme di compartecipazione alla spesa per alcune prestazioni sanitarie, suscitando forti polemiche soprattutto da parte dell'opposizione. Eppure, come mostrano i dati forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, già in molte Regioni sono in vigore misure di questo tipo. Dopo l'abolizione stabilita dalla legge finanziaria 2001 (che prevedeva la soppressione dal 2001 dei ticket sulle ricette e entro il 2003 quelli sulla diagnostica), infatti, i ticket hanno piano piano cominciato a riaffacciarsi nel nostro Paese per far fronte all'insostenibile spesa sanitaria a carico degli Enti locali. D'altra parte, l'aumento di competenza delle Regioni in sanità, avvenuto nel 2001 con le modifiche al Titolo V della Costituzione, fa sì che quello della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino sia un provvedimento su cui a decidere sono in primo luogo le Regioni, al di là di quanto contenuto nelle leggi finanziarie nazionali. In ogni caso, il ministro della Salute Livia Turco ha precisato che nella Finanziaria per il 2007 non ci saranno nuovi ticket sulla sanità e che, comunque, le proposte da lei avanzate erano rivolte soprattutto a ridurre le inefficienze e responsabilizzare il cittadino, sulla linea tracciata ad esempio dalla Regione Toscana, dove una delibera di luglio ha stabilito che il cittadino che non ritiri i risultati delle analisi effettuate o che non si presenti ad una visita ambulatoriale prenotata dovrà pagare una sorta di "multa".

Tabella 1. ASSISTENZA FARMACEUTICA
Compartecipazione alla spesa da parte del cittadino

REGIONE	TICKET
Abruzzo	No Ticket
Basilicata	No Ticket
Calabria	No Ticket
Campania	No Ticket
Emilia Romagna	No Ticket
Friuli V.G.	No Ticket
Lazio	No Ticket
Liguria	• 2 euro per confezione fino a una massimo di 4 euro per ricetta
Lombardia	• 2 euro per confezione fino a una massimo di 4 euro per ricetta • 1 euro a confezione con un massimo di 3 euro per ricetta per invalidi civili e del lavoro con invalidità superiore ai 2/3 • 1 euro per ricetta, con un massimo di 3 euro per ricetta, per gli invalidi civili e del lavoro con invalidità superiore ai 2/3
Marche	No Ticket
Molise	• 1 euro a confezione con un massimo di 3 euro per ricetta, escluse le confezioni con costo inferiore a 5 euro • 0,50 euro per i farmaci generici esclusi quelli con costo inferiore a 5 euro
Piemonte	• 2 euro per confezione fino a una massimo di 4 euro per ricetta • 1 euro fino a un massimo di 4 euro per 6 confezioni a ricetta per antibiotici monodose, medicina isomn. Per fleboclisi, interferone per soggetti con epatite cronica; • 1 euro a confezione fino a un massimo di 3 per ricetta per patologie croniche esenti nessun ticket per i farmaci generici e a brevetto scaduto
P.A. Trento	No Ticket
P.A. Bolzano	• 2 euro per confezione fino a una massimo di 4 euro per ricetta • 1 euro per confezione fino a un massimo di 2 euro per ricetta per i figli fiscalmente a carico dei genitori • 1 euro per ricetta: - soggetti affetti da malattie croniche ed invalidanti di cui al D.M. Sanità n. 329 28 maggio 1999 - soggetti affetti da malattie rare di cui al D.M. Sanità n. 279 del 18 maggio 2001 - invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2ª alla 8ª - invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3 - sordomuti di cui all'art. 7 della legge 2/4/1968 n. 482 - invalidi per lavoro - vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali - titolari di pensione sociale e loro familiari a carico - soggetti di età superiore a 65 anni appartenenti ad un nucleo familiare che nell'anno precedente ha conseguito un reddito complessivo a € 36.151,98 (70 milioni) - disoccupati iscritti nelle liste di collocamento - titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni • 1 o 2 euro, oltre alla differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso, per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriba un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta più costoso la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale con quello di prezzo più basso a totale carico del SSN (con esclusione degli invalidi di guerra)
Puglia	• 2 euro per confezione fino a un massimo di 5,5 euro per ricetta • 0,50 euro per confezione per: - medicinali pluriprescrivibili (antibiotici monodose, medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica, medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi); - farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore severo; - deferoxamina nel trattamento della talassemia; - farmaci compresi nei protocolli di terapia immunosoppressiva per i trapiantati; - preparazioni galeniche magistrali e officinali nella terapia del dolore di natura neoplastica, secondo le necessità del singolo paziente e in linea con i protocolli dell'Oms. • i farmaci generici, il cui prezzo non è allineato al prezzo di riferimento, sono soggetti al pagamento della differenza a carico dell'assistito ma non al pagamento del ticket; • le specialità medicinali il cui prezzo non è allineato al prezzo di riferimento sono soggette sia al pagamento del ticket sia a quello della differenza a carico dell'assistito; • le specialità medicinali il cui prezzo è allineato al prezzo di riferimento non sono soggette né al pagamento del ticket né a quello della differenza a carico dell'assistito • 1 euro a confezione per i nuclei familiari con reddito annuo fino a 12.500 euro, incrementato di 750 euro per ogni figlio a carico (fino a un massimo di 2.250 euro) e per i soggetti di età superiore a 65 anni con reddito annuo del nucleo familiare fino a 24.000 euro
Sardegna	No Ticket
Sicilia	• 2 euro a confezione per i membri di un nucleo familiare con Isee (Indicatore Situazione Economica Equivalente) superiore a 9 mila euro, oltre l'eventuale differenza tra il prezzo del farmaco prescritto e il prezzo di riferimento regionale; • 0,50 euro a confezione fino a un massimo di 1,50 euro (e 3 confezioni) per i pazienti esenti per patologia, oltre l'eventuale differenza tra il prezzo del farmaco prescritto e il prezzo di riferimento regionale • 2 euro a confezione per le pluriprescrizioni (oltre l'eventuale differenza tra il prezzo del farmaco prescritto e il prezzo di riferimento regionale) per gli antibiotici iniezioni in confezione monodose e per l'interferone per i malati di epatite cronica • 1 euro a confezione per i farmaci somministrabili per fleboclisi • Nessun ticket per i farmaci a brevetto scaduto e per quelli aventi il prezzo di riferimento individuato dagli elenchi dell'assessorato sanità
Toscana	No Ticket
Umbria	No Ticket
Valle D'Aosta	No Ticket
Veneto	• 2 euro per confezione fino a una massimo di 4 euro per ricetta

Tabella 2. PRONTO SOCCORSO
Compartecipazione alla spesa per le prestazioni in Pronto Soccorso

REGIONE	TICKET	IN QUALI CASI	ESENZIONI
Abruzzo	Ticket forfettario di 21 euro se le prestazioni si effettuano solo all'interno del Pronto Soccorso e 36 euro se le prestazioni vengono effettuate anche al di fuori	Codici bianchi e verdi	Esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Basilicata	No ticket		
Calabria	No ticket		
Campania	No ticket		
Emilia Romagna	23 euro per sola visita specialistica e ticket per ulteriori prestazioni con le stesse modalità previste per la specialistica	Codici bianchi	Esenzioni prevista dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Friuli V. G.	7,74 euro per visite al Pronto Soccorso; 10,32 euro per consulenze specialistiche; 18,7 euro per esami di laboratorio; 12,91 euro per radiografia al torace; 23,24 euro per altre indagini radiologiche; 30,98 per ecografia; 12,91 euro per elettrocardiogramma; 23,24 per elettroencefalogramma; 12,91 euro per altri esami strumentali	Codici bianchi	Esenzioni prevista dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Lazio	No ticket		
Liguria	Stesso ticket previsto per le prestazioni specialistiche	Codici bianchi	Esenzioni prevista dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Lombardia	35 euro per la sola visita specialistica e 50 euro se vengono effettuate altre prestazioni diagnostiche	Codici bianchi	Bambini con età inferiore ai 6 anni e anziani con età superiore a 65 anni
Marche	Stesso ticket previsto per le prestazioni specialistiche	Codici bianchi	Esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni
Molise	No ticket		
Piemonte	No ticket		
P.A. Bolzano	15 euro la sola visita specialistica e 50 euro + ticket se vengono effettuate altre prestazioni diagnostiche, fino a un massimo di 100 euro	Codici bianchi e per accessi al Pronto Soccorso non seguiti da ricovero ospedaliero	Esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche. Inoltre esenzione totale per i figli a carico con reddito familiare annuo inferiore a 36.152 euro e diminuzione del 50% a per i figli a carico con il tetto massimo annuale ridotto di euro 50
Puglia	No ticket		
Sardegna	15 euro	Codici bianchi	Esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Sicilia	No ticket (introdotto con delibera, ma non applicato)		
Toscana	Stesso ticket previsto per le prestazioni specialistiche	Quando l'evento si è verificato prima delle 6 ore dall'accesso e quando è assistibile dal medico di medicina generale	Esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Umbria	Stesso ticket previsto per le prestazioni specialistiche	Codici bianchi	Esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche
Valle D'Aosta	Stesso ticket previsto per le prestazioni specialistiche	Codici bianchi	Bambini con meno di 3 anni, anziani con oltre 75 anni e coloro che hanno un'impegnativa del medico di medicina generale se si presentano al Pronto Soccorso entro le 6 ore
Veneto	Stesso ticket previsto per le prestazioni specialistiche	Codici bianchi	Esenzioni previste dalla normativa nazionale per le prestazioni specialistiche

Assistenza specialistica

Compartecipazione alla spesa per le prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali

Normativa nazionale: per gli assistiti che non hanno nessuna forma di esenzione, la compartecipazione massima alla spesa è di 36,15 euro sulla base delle tariffe delle prestazioni richieste nella singola impegnativa. Ogni ricetta può contenere fino a 8 prestazioni della stessa branca specialistica.

Sono esonerati dal pagamento del ticket alcuni soggetti che rientrano in particolari categorie di età e di reddito (bambini con meno di 6 anni e over sessantacinquenni con basso reddito) e di patologia e invalidità. La normativa prevede inoltre esoneri per prestazioni con interesse sociale (come la gravidanza, la donazione di sangue, organi e tessuti) o nell'ambito di programmi di prevenzione collettiva.

Regioni che hanno apportato modifiche alla normativa nazionale

Lombardia: il tetto massimo di compartecipazione alla spesa per ricetta è stato elevato a 46 euro

Sicilia: è stato cambiato il sistema di esenzione per reddito. I soggetti con reddito non superiore a 9 mila euro sono esenti da ogni forma di partecipazione. Per i soggetti appartenenti a nuclei familiari con ISEE superiore ai 9 mila euro, per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio viene corrisposto un ticket per ricetta da 2 euro, nonché una quota fino a 36,15 euro. Per le prestazioni che costano più di 36,15 euro, il ticket viene aumentato del 10% ricavato dalla differenza tra la somma totale delle tariffe riferite alle prestazioni inserite in ricetta e la prestabilita cifra di 36,15 euro.

Esenzioni

Le esenzioni comuni a tutte le Regioni che hanno introdotto il ticket sono quelle per gli invalidi civili, per lavoro e di guerra; per i ciechi e sordomuti; per i soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati; per le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata; per i soggetti con malattie croniche, invalidanti o rare, per gli assistiti con età superiore ai 65 anni con pensione al minimo o assegno sociale e per i nuclei familiari a basso reddito. Alcune Regioni, però, hanno inserito nelle esenzioni altre categorie di cittadini: in **Piemonte**, oltre a quelli citati, sono esenti da ticket i detenuti e internati ex legge 230/99 sul "Riordino della medicina penitenziaria". In **Lombardia** sono esentati anche i cittadini extracomunitari iscritti al Ssn e con permessi di soggiorno per

richiesta di asilo politico o umanitario. Esentati anche i trapiantati d'organo con reddito del nucleo familiare basso, nonché i disoccupati iscritti agli elenchi dei Centri d'impiego, i lavoratori in mobilità, i lavoratori in cassa integrazione straordinaria e i familiari a loro carico. Nella **P.A. di Bolzano** non pagano il ticket i detenuti e i ragazzi con età inferiore ai 14 anni appartenenti a un nucleo familiare a basso reddito. In **Liguria** e in **Molise** niente ticket i tossicodipendenti in terapia metadonica. In Liguria inoltre, sono esentati i disoccupati e i lavoratori in cassa integrazione, ma anche le donne in gravidanza e i trapiantati di organo. In **Puglia**, infine, non pagano il ticket i portatori di patologie neoplastiche né i donatori di organo da vivente.

LA SANITÀ NELL'

Umbria

Una sanità che funziona ma deve rinnovarsi

LA POPOLAZIONE ANZIANA È IN CONTINUA CRESCITA AL PUNTO CHE, SECONDO LE STIME, GLI ANZIANI SOPRA I 65 ANNI SARANNO NEL 2020 OLTRE IL 26% DELLA POPOLAZIONE E LA PERCENTUALE DI ANZIANI CON PIÙ DI 75 ANNI SARÀ CIRCA IL 14%. UNA CONDIZIONE PER LA QUALE APPARE SEMPRE PIÙ NECESSARIO MODULARE L'OFFERTA DEI SERVIZI SANITARI SULLA BASE DELLA VARIAZIONE DEL BISOGNO

di Lucia Conti

La sanità umbra piace ai suoi cittadini, che si dicono soddisfatti dei livelli assistenziali che sono loro garantiti. Ma l'Umbria non è solo brava nella pratica medica: essa rappresenta una delle poche eccezioni per la capacità di sopportare anche economicamente la domanda di salute dei suoi cittadini. Un risultato che il presidente della Regione, Maria Rita Lorenzetti, attribuisce a una politica sanitaria guidata dal principio di "mettere al centro delle politiche sanitarie il cittadino ed il suo diritto alla salute. L'appropriatezza delle prestazioni, servizi qualificati ed efficienti, contenimento dei costi e della spesa sono in sanità elementi decisivi per garantire l'universalità del servizio sanitario pubblico e la sua sostenibilità finanziaria. Questo - secondo Lorenzetti - è ciò che abbiamo cercato di garantire agli umbri. E posso ragionevolmente affermare che questo obiettivo lo abbiamo raggiunto".

La presidente della Regione non si fa, però, illusioni: "Certo, non sarà facile poterlo fare ancora in futuro", ha affermato, puntando il dito contro "le ultime leggi finanziarie dello Stato", che "hanno accentuato la tendenza a sottostimare il fondo sanitario nazionale e ogni Regione ha dovuto fare i conti con difficoltà pesanti e crescenti". A fronte di queste difficoltà, l'Umbria può comunque vantare un bilancio sotto controllo, con un disavanzo di spesa sanitaria per il 2004 pari a 30.094 euro, cioè 35,21 euro pro capite. Di gran lunga migliore di numerose Regioni italiane.

PROTOCOLLO D'INTESA REGIONE-UNIVERSITÀ

Integrazione delle funzioni assistenziali con quelle didattiche, formative e di ricerca, responsabilizzazione e partecipazione delle parti, riaffermazione della volontà di procedere alla realizzazione del Polo Unico universitario-ospedaliero di Perugia, in un quadro economico-finanziario che tiene conto delle risorse attualmente disponibili.

Questi i punti centrali del protocollo d'intesa siglato lo scorso febbraio tra la Regione Umbria e l'Università di Perugia che regolerà i rapporti tra il Servizio sanitario regionale e la Facoltà di Medicina e chirurgia dall'assessore regionale alla sanità, Maurizio Rosi e dal rettore Francesco Bistoni.

Nel protocollo, tra le altre cose, vengono indicate le "iniziative comuni" che i due enti si impegnano a realizzare: l'Irccs (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) in Biotecnologie trapiantologiche, secondo quanto già stabilito dagli accordi già sottoscritti; strutture specialistiche di eccellenza di rilievo regionale, nazionale e internazionale (come il Centro internazionale di Ortopedia); l'istituzione di Dipartimenti interaziendali (in particolare tra le Aziende ospedaliere di Terni e Perugia) per le alte specialità; completamento del Corso di laurea

della Facoltà di Medicina e chirurgia a Terni. Nel protocollo viene inoltre sottolineata l'"inscindibilità" delle attività assistenziali da quelle didattiche e di ricerca e stabiliti i parametri dei livelli di integrazione che dovranno essere modulati in maniera "dinamica" sia rispetto ai fabbisogni formativi che assistenziali, e in questo senso lo sviluppo della Facoltà di medicina e chirurgia dovrà tener conto della programmazione sanitaria nazionale e regionale. Al sostegno economico e finanziario delle attività svolte dalle Aziende in attuazione del protocollo, spiega il documento, concorreranno le risorse messe a disposizione sia dalla Regione che dall'Università.

UN NUOVO PIANO PER LE LISTE D'ATTESA

"Le prestazioni sanitarie per essere appropriate devono essere erogate in tempi utili a migliorare il decorso della malattia e per essere eque debbono essere garantite a coloro che ne hanno più urgenza". Con queste parole l'assessore Rosi ha presentato il nuovo Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, sulla base anche di quanto previsto dalla legge finanziaria 2006.

"Le indagini sulla qualità percepita - ha spiegato l'assessore - hanno evidenziato che il principale problema denunciato dai cittadini umbri è l'accessibilità all'assistenza specialistica". "Oggi - ha aggiunto Rosi - le prestazioni urgenti hanno una corsia preferenziale e vengono erogate di norma entro le 24 ore, ma occorre fare di più". Nel Piano regionale sono indicati i tempi massimi che le Aziende dovranno rispettare per un primo gruppo di trentatré prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche ed esami diagnostici strumentali) a cui si aggiungeranno, con successivo atto, anche quelle ospedaliere (ricoveri). Le aziende sanitarie dovranno inoltre tenere conto di altri aspetti, garantendo ad esempio un ricorso appropriato anche attraverso criteri di priorità nell'accesso. Il livello di rischio potenziale per la salute sarà il criterio cardine per stabilire il tempo di erogazione della prestazione.

Andranno inoltre riorganizzate le prenotazioni con messa in rete dei Centri di Prenotazione di tutte le Asl così da garantire la prenotazione entro i tempi massimi stabiliti dal presente Piano. Nel caso che la prestazione richiesta, di media-bassa specialità, non sia prenotabile entro i tempi stabiliti sarà possibile accedere alle prestazioni erogate dalle altre Asl o da strutture private convenzionate, avendo poi diritto al rimborso da parte della propria Asl di residenza della quota pari al ticket prevista per la prestazione richiesta. Le prestazioni di alta specialità invece potranno essere erogate, come avviene oggi, solo in determinati centri di riferimento regionale.

"Nel Piano - ha proseguito Rosi - si riafferma il principio che alla propria Asl di residenza spetta la presa in ca-

rico del paziente fino al termine del percorso diagnostico-terapeutico". A partire dal 2007 non sarà possibile per la Asl rifiutare una prenotazione per specifiche prestazioni sanitarie. Infine, le

Aziende sanitarie dovranno promuovere la massima informazione e comunicazione al cittadino su procedure e dati per la gestione delle liste di attesa ed il contenimento dei relativi tempi di accesso, "in quanto - ha concluso l'assessore - diritto fondamentale del cittadino e risorsa strategica

per l'azienda sanitaria rivolta al miglioramento della qualità del servizio".

LA SANITÀ UMBRA SECONDO I CITTADINI

I cittadini umbri sono in linea di massima soddisfatti della loro sanità regionale, che considerano adeguata ai loro bisogni, anche se il 49% della popolazione ritiene che negli ultimi anni lo stato del Servizio sanitario regionale sia rimasto sostanzialmente immutato. Tuttavia, vi è anche un 26,8% che ritiene essere peggiorato. Questa la della sanità umbra vista dai cittadini intervistati dal Censi e dal Forum Biomedico per la realizzazione del Rapporto Monitor Biomedico 2006. In particolare, il Pronto Soccorso è considerato adeguato dal 63,6% degli umbri di contro al 53,2% degli italiani, il ricovero ordinario dal 59,2% rispetto al 52,3%, il day hospital dal 61,9% di contro a 52,5%, la medicina di base dal 75,2% contro il 71,4%, i servizi territoriali dal 44,1% contro 42,5%.

Giudizi, invece, meno positivi rispetto ai dati relativi al totale delle regioni riguardano la medicina specialistica (il 43,8% degli umbri li giudica adeguati di contro al 49,5% degli italiani che esprime tale valutazione), l'assistenza domiciliare integrata (35,1%, 35,8%) e gli istituti e centri per il recupero e la riabilitazione (30,4% di contro al 40,6%).

In generale, pertanto, la sanità umbra dispone di una dotazione strutturale di Presidi e servizi che per i cittadini è adeguata al volume di domanda, anche se spiccano le valutazioni meno positive per l'Adi e gli Istituti di riabilitazione che, ovviamente, costituiscono due segmenti di offerta cruciali rispetto alle esigenze di una popolazione che invecchia e che deve fronteggiare gli impatti di malattie cronico-degenerative.

Per gli umbri, comunque, la quota di risorse dedicate agli ospedali non è eccessiva, perché per il 43,4% degli intervistati essa sostiene un volume di ricoveri necessari. Prevedibile, quindi, che il 70% della popolazione umbra ritenga inaccettabile la chiusura dei piccoli ospedali, anche se il 23,6% ritiene accettabile il ridimensionamento della rete ospedaliera a patto che siano attivati presidi e strutture territoriali al loro posto.

INTERVISTA A LEONARDO BARTOLUCCI,
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED UMBRIA

Buoni livelli assistenziali, ma anche grandi problemi da affrontare subito

Dottor Bartolucci, quali sono le condizioni della sanità nella vostra Regione?

L'Umbria è sempre stata considerata una Regione virtuosa, sia dal punto di vista economico-finanziario, che sul versante dei servizi offerti alla popolazione. E questo è un dato oggettivo. Sebbene i pareggi derivino anche da operazioni di natura finanziaria, credo che si possa affermare che questo sia un risultato in buona parte dovuto a un modello organizzativo funzionale. Tuttavia sul versante delle risorse economiche c'è molta preoccupazione, perché da un lato la Regione Umbria ha risentito della sostanziale riduzione del finanziamento nazionale, dall'altro è una Regione che di fatto non ha un'autonomia fiscale e che incassa dallo Stato più di quanto incassi dalla fiscalità. Questo mette a repentaglio una autonomia che invece sarebbe indispensabile per mantenere un alto livello dei servizi.

Quali soluzioni sta mettendo in campo la Giunta?

La risposta è essenzialmente una basata su interventi di razionalizzazione, che significa eliminazione delle duplicazioni, contenimento della spesa farmaceutica, riordino di una rete ospedaliera che ha troppi punti di assistenza non sempre ben coordinati. Sono previste nuove sedi ospedaliere che serviranno ad accorpate e sostit-

uire due o più sedi attualmente esistenti e antiquate. Questo progetto è iniziato con la costruzione di un nuovo ospedale, ma ne sono previsti altri tre per i quali, tuttavia, siamo ancora nella fase di elaborazione dei progetti.

Altri interventi di razionalizzazione sono stati tentati sul versante della spesa farmaceutica, facendo tra l'altro la scelta, alcuni anni fa, di mettere nelle mani dei medici di base tutta la facoltà prescrittiva del nome commerciale del farmaco. Di fatto, il medico pubblico in Umbria può prescrivere solo per nome chimico. L'intento era di mettere la spesa su una unica fonte, in modo da poterla meglio controllare, ma i dati dei primi mesi del 2006 dimostrano che la spesa farmaceutica è cresciuta nonostante questo ed altri sistemi di controllo.

Questo dimostra che non è il medico pubblico a determinare l'incremento della spesa farmaceutica, senza considerare che questo sistema mina la nostra autonomia e dignità, non dandoci la possibilità di scegliere quali farmaci prescrivere al paziente.

Peraltro, per ragioni di bilancio, la Regione e non ci neanche riconosciuto una percentuale di incremento del salario che era previsto nel fondo regionale come premio di risultato.

Come sono i rapporti tra il sindacato e i rappresentanti istituzionali?

Al momento non buoni. Io ho ricevuto la carica di segretario regionale dell'Anaa a maggio e fino a oggi non siamo ancora mai stati convocati dall'assessorato. Ci sarebbe invece molto su cui lavorare, come la trattativa sull'articolo 9 del contratto, su cui si era lavorato ma che è allo stallo da mesi.

Un'altra questione che andrebbe urgentemente affrontata è quella del personale, legata ancora una volta alla razionalizzazione da parte delle Aziende, come previsto anche dalla scorsa Finanziaria. Nei fatti questo ha comportato una riduzione del personale del Ssn nella Regione Umbria: i professionisti che vanno in pensione non vengono sostituiti, mentre si fa sempre più ricorso ai contratti atipici.

Qual è la situazione delle Aziende per quanto riguarda l'intraoemia?

La maggior parte dei medici umbri sono in rapporto di esclusiva e coloro che svolgono la libera professione la esercitano quasi nella totalità in intraoemia allargata. Purtroppo ho fortissimi dubbi che nell'arco di un anno le Aziende umbre possano essere in grado di dotarsi di locali per la libera professione intraoemia. Temo, quindi, che tra un anno saremo di fronte a un grosso problema.

Credo, insomma, che un incontro con i rappresentanti regionali non sia più procrastinabile, altrimenti l'Umbria non potrà mantenere ancora a lungo livelli così buoni di assistenza, caratterizzati fino ad oggi da una grande capillarità e dalla garanzia di trovare ottimi livelli di assistenza anche nel più piccolo ospedale.

INTERVISTA A MAURIZIO ROSI
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE UMBRIA

Assessore Rosi, qual è, nel complesso, il livello di assistenza di cui godono i cittadini umbri?

I cittadini umbri godono di un buon livello di assistenza sanitaria, come risulta sia dalle indagini epidemiologiche sullo stato di salute e sugli esiti dei servizi sanitari, sia dalle indagini sulla qualità percepita, dove abbiamo in generale buone valutazioni, con qualche problema nel settore dell'assistenza specialistica.

È in atto un riordino della rete ospedaliera che prevede l'accorpamento di più ospedali in nuove strutture?

Stiamo diversificando la rete ospedaliera specializzandola nelle funzioni di ospedale di territorio, di emergenza e di alta specialità, ognuna delle quali può essere a sua volta attraversata dalla funzione didattica formativa dell'università.

È una scelta che nasce dalla necessità di garantire diverse dimensioni assistenziali in base ai diversi problemi di salute cui deve rispondere l'assistenza ospedaliera. Su questa base sono stati programmati gli accorpamenti in tre nuovi ospedali di territorio (Marciano Todì, Narni Amelia, Città della Pieve Castiglione del Lago), e di un ospedale dell'emergenza (Gubbio Gualdo) quest'ultimo in fase di consegna. A ciò si aggiunge il completamento presso il Polo Unico del Silvestrini del trasferimento di tutte le attività del Policlinico di Monteluce, ed alla recente attivazione del nuovo ospedale di Foligno, oltre ad importanti interventi di ammodernamento a Terni e Spoleto.

Riguardo la razionalizzazione della spesa farmaceutica, se l'incremento sarà confermato, è vostra intenzione rivedere il meccanismo prescrittivo o pensate di conservarlo?

Piuttosto che di limitazione dell'attività prescrittiva, parlerei di corretta definizione del ruolo appropriato di consulenza da parte degli specialisti ambulatoriali o

"Siamo disponibili al confronto"

ospedalieri. Peraltro vi sono indicazioni molto consistenti a proposito della opportunità di mantenere ai medici di medicina generale la funzione di responsabile complessivo dell'assistenza al paziente. Quanto agli andamenti di spesa, abbiamo subito dalla seconda metà 2005 fino a giugno 2006 gli effetti distortivi di una parziale restituzione della distribuzione diretta alle farmacie, un errore che la programmazione sanitaria ha prontamente rilevato e corretto con un nuovo accordo in cui le farmacie effettuano la distribuzione di quei farmaci "in nome e per conto del Ssr, praticamente a costo zero, valorizzando il ruolo di presidio del servizio sanitario regionale.

In tutte le Regioni italiane si assiste a una progressiva riduzione del personale sanitario e a un incremento dei contratti atipici per i medici. Qual è la situazione in Umbria?

In Umbria abbiamo iniziato a porre riparo a questa situazione, peraltro in una cornice di disposizioni nazionali che fino alla finanziaria 2005 è stata piuttosto negativa, data la palese invasione di campo nei confronti delle competenze regionali.

L'impatto derivante da una applicazione pedissequa delle ultime Finanziarie avrebbe potuto produrre un effetto devastante sul Ssr determinando un arretramento della qualità e quantità delle prestazioni erogate difficilmente quantificabile laddove non si fosse intervenuti surrogando le carenze di personale mediante assunzioni di personale sanitario con le varie modalità contrattuali a disposizione, ivi comprese, ma non solo, quelle definite atipiche.

In Umbria le Aziende sanitarie sono state autorizzate all'assunzione a tempo indeterminato di 29 dirigenti

medici, in linea con un indice di turn-over pari a circa l'80% delle cessazioni.

Qual è la situazione delle Aziende sanitarie e ospedaliere umbre riguardo ai luoghi destinati alla libera professione intraoemia?

Abbiamo avviato una ricognizione nelle aziende sanitarie e parallelamente abbiamo emanato una norma regionale che enfatizza l'appartenenza al Ssr del personale con responsabilità di dipartimento (struttura complessa). Nella modernizzazione delle strutture sanitarie regionali particolare attenzione è stata riservata agli spazi da destinare all'attività libero professionale intraoemia. Ciò non significa che non esistano difficoltà sotto questo profilo, stante anche il fatto che la quasi totalità dei medici del servizio sanitario regionale hanno optato per il rapporto esclusivo. In relazione a ciò l'obiettivo è quello di garantire spazi adeguati all'espletamento dell'attività libero professionale intraoemia.

L'Anaa auspica al più presto l'apertura di un tavolo di confronto su queste tematiche. Ritene che potranno esserci gli spazi per trovare delle soluzioni condivise?

Siamo sicuramente disponibili al confronto e tra i temi inserirei senz'altro quello della clinical governance, una politica che ci sta molto a cuore e dove abbiamo lavorato molto insieme ad aziende e professionisti, soprattutto nel campo delle modalità di valutazione degli esiti dell'assistenza. Sa, i bisogni dei professionisti sono importanti, ma in ogni discussione la bussola è rappresentata dai bisogni dei cittadini. Nei prossimi giorni è già stato programmato un incontro con la Dirigenza medica del Ssr e nel corso di tale riunione tale argomento sarà esaminato e discusso.

CORTE DEI CONTI

Sanità a rischio collasso finanziario

Il documento che la magistratura contabile ha presentato alle Camere lo scorso mese di luglio non lascia scampo: la gestione sanitaria deve cambiare rapidamente registro altrimenti il crollo economico del sistema sarà inevitabile.

Amministrazione centrale e amministrazioni decentrate sono state messe sotto osservazione.

Particolare preoccupazione presenta la pesante esposizione debitoria che le Regioni hanno verso i fornitori e l'incapacità di controllare e ridurre gli sprechi

di **Stefano Simoni**

La corte dei Conti nel mese di luglio ha lanciato un allarme pesante sulla situazione finanziaria del Servizio sanitario nazionale affermando che il rischio collasso è concreto. Secondo l'analisi della magistratura contabile per il 2006 il deficit, tra sottostima del fabbisogno e sprechi potrebbe arrivare fino a dieci miliardi di euro.

Drammatica poi la situazione delle Aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere che, verso i fornitori di servizi, hanno accumulato debiti superiori ai 22 miliardi. In alcune Regioni, leggi Abruzzo e Campania, il pagamento delle fatture supera addirittura i 530 giorni.

RESPONSABILITÀ CENTRALI E REGIONALI

La Relazione sulla gestione Finanziaria delle Regioni relativamente agli anni 2004-2005, inviata dalla Corte dei Conti al Parlamento riserva alla spesa sanitaria il terzo ed ultimo capitolo del documento, quasi cento pagine ricche di analisi e tabelle per denunciare le responsabilità sia del Governo centrale che delle assise Regionali sulla gestione della sanità. Nello scorrere le pagine trova conferma la necessità, che a questo punto si fa obiettivo prioritario, del ministro dell'Economia, Tommaso Padoa Schioppa, di mettere urgentemente sotto controllo la spesa tendenziale del Servizio sanitario nazionale che, viceversa, è destinata a impennarsi in modo pericoloso. L'ultima finanziaria, quella 2006 targata centro-destra, è il punto di partenza dello Studio della Corte. Il documento conferma come i risultati finali dell'esercizio in corso per assicurare i Livelli essenziali di assi-

stenza sono destinati a sfondare quota cento miliardi di euro e questo, a fronte di un finanziamento di 90,9 miliardi, determina il preoccupante sfioramento.

"Ancora una volta - è il commento della magistratura contabile - si assiste ad un evidente sottostima del fabbisogno reale con il rischio del riprodursi di disavanzi a consuntivo e nella nuova creazione di operazioni sotto la linea" già censurate dall'Unione europea e dall'Ecofin.

A tale proposito è utile ricordare come la Corte già abbia avuto modo di denunciare come "manchino tutt'ora chiarimenti obiettivi di riorganizzazione sanitaria ai quali legare realisticamente risparmi di spesa". A compensazione dei quali, resta debole la previsione in finanziaria di nuovi controlli contabili, nonché la definizione da parte dei ministeri della Salute e dell'Economia di criteri e modalità di certificazione dei bilanci degli enti operanti nel settore sanitario per l'osservazione di veridicità dei conti. Strumenti, questi, inidonei a supplire all'esigenza di serie misure strutturali come pure inidonee si sono dimostrate le pur stringenti misure correttive legate al sistema dei monitoraggi trimestrali da parte dell'Economia e dei tavoli tecnico e politico, previsti con l'intesa siglata nel marzo 2005. A restare aperte sono piuttosto le questioni relative alla razionalizzazione dei costi, alle prestazioni non appropriate, alla ristrutturazione della rete ospedaliera, agli investimenti in nuove tecnologie allo sviluppo delle competenze professionali. A fronte delle quali, la finanziaria 2006 ha in realtà previsto una serie di interventi che, seppur intesi a governare inefficienti processi di spesa, difettano di una coerenza di disegno e rischiano altresì di tradursi in provvedimenti lesivi dell'autonomia regionale.

ESPLOSIONE DEI CONTI

Dal 2002 al 2005 i conti del Servizio sanitario nazionale sono realmente esplosi passando da 81 a 96 miliardi in appena quattro anni. Con uno squilibrio complessivo del 17,1 miliardi. In più, nel 2004, c'è stata una vera e propria mina del tutto imprevedibile: un rosso di 7,1 miliardi, che a consuntivo si è impennato ben oltre di quanto si potesse immaginare.

La situazione è dunque degna della massima attenzione e da via XX settembre non si nasconde una certa apprensione condivisa peraltro dalla Corte dei Conti che afferma: "dati che destano seria preoccupazione in specie davanti a un finanziamento che cresce soltanto del 2%". Nell'analisi della magistratura contabile viene naturalmente sottolineata la condizione finanziaria relativamente al 2005 delle Regioni, sia quelle virtuose (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana e Umbria) sia quelle a maggior rischio (Campania, Lazio e Sicilia).

CRESCITA ESPONENZIALE DEI DEBITI

Altra nota dolente è rappresentata dalla crescita esponenziale dei debiti che, anno dopo anno, le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere stanno accumulando nei confronti dei fornitori di servizi. Siamo dunque in presenza di un vero e proprio campanello d'allarme che questa volta non può non essere ascoltato.

L'esposizione è impressionante, per il 2004 sono stati toccati i 22,3 miliardi divisi in questo modo: 15,9 miliardi a carico delle Aziende sanitarie, il resto, 6,3 miliardi, sulle spalle delle aziende ospedaliere. L'impennata da un anno all'altro è stata del 14,64%, testimonianza di una fa-

Tabella 1. Costo del personale Ssn / costo totale - anni 2003-2005

Regioni	2003			2004			2005		
	Personale	Costo totale	Incidenza%	Personale	Costo totale	Incidenza %	Personale	Costo totale	Incidenza %
Piemonte	2.273,720	6.342,991	35,85	2.389,043	7.358	32,47	2.557,403	7.526,077	33,98
Valle d'Aosta	87,787	200,888	43,70	92,229	211,991	43,51	97,457	230,934	42,20
Lombardia	3.788,793	13.030,457	29,08	3.866,082	13.624,902	28,38	4.342,308	15.073,522	28,81
P.A. Bolzano	363,571	912,639	39,84	381,492	949,761	40,17	414,624	1.000,106	41,46
P.A. Trento	311,218	812,858	38,29	311,285	844,385	36,87	311,615	865,695	36,00
Veneto	2.274,599	6.684,505	34,03	2.334,839	7.149,219	32,66	2.421,848	7.752,867	31,24
Friuli V.G.	634,202	1.758,667	36,06	711,122	1.939,216	36,67	770,543	2.029,536	37,97
Liguria	876,135	2.520,823	34,76	970,449	2.909,757	33,35	1.094,775	2.958,958	37,00
E. Romagna	2.262,462	6.307,700	35,87	2.424,629	6.879,202	35,25	2.506,522	7.165,395	34,98
Toscana	2.007,600	5.292,189	37,94	2.150,269	5.826,625	36,90	2.223,692	6.038,424	36,83
Umbria	488,891	1.300,633	37,59	506,945	1.364,051	37,16	515,661	1.423,622	36,22
Marche	777,408	2.119,269	36,68	860,024	2.344,581	36,68	882,518	2.387,947	36,96
Lazio	2.269,401	8.248,848	27,51	2.349,718	9.823,977	23,92	2.475,794	9.682,870	25,57
Abruzzo	672,888	2.011,188	33,46	677,337	1.984,347	34,13	710,411	2.240,614	31,71
Molise	175,332	530,154	33,07	188,637	530,706	35,54	195,267	601,002	32,49
Campania	2.542,587	7.915,842	32,12	2.778,187	8.926,985	31,12	2.825,203	9.366,543	30,16
Puglia	1.653,895	5.282,495	31,31	1.737,776	5.589,618	31,09	1.792,576	5.930,721	30,23
Basilicata	276,296	782,649	35,30	300,307	835,737	35,93	324,590	887,461	36,58
Calabria	1.037,263	2.542,589	40,80	1.067,653	2.803,922	38,08	1.106,309	2.832,573	39,06
Sicilia	2.255,314	6.772,987	33,30	2.345,710	7.619,449	30,79	2.568,602	7.876,418	32,61
Sardegna	904,546	2.298,529	39,35	940,940	2.469,897	38,10	963,140	2.663,942	36,15
Totale	27.933,908	83.668,901	33,39	29.384,673	91.986,609	31,94	31.100,858	96.535,229	32,22

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

Tabella 2. Costo dell'assistenza sanitaria – anni 2002-2005

CLASSIFICAZIONE ECONOMICA	A 2002	y %	A 2003	x %	y %	A 2004	x %	y %	A 2005	x %	y %
Personale	27.618,171	34,15	27.933,908	1,14	33,45	29.384,673	5,19	32,08	31.100,858	5,84	32,33
Beni e servizi	18.682,408	23,10	20.622,058	10,38	24,69	23.210,877	12,55	25,34	26.012,805	12,07	27,04
Costi straordinari, stimati e variazione delle rimanenze	753,805	0,93	845,414	12,15	1,01	2.188,154	158,83	2,39	1.589,602	-27,35	1,65
Medicina generale convenzionata	4.602,921	5,69	4.794,986	4,17	5,74	5.010,195	4,49	5,47	5.587,976	11,53	5,81
Farmaceutica convenzionata	11.829,204	14,63	11.191,534	-5,39	13,40	12.100,275	8,12	13,21	11.989,789	-0,91	12,46
Specialistica convenzionata e accreditata	2.694,003	3,33	2.857,046	6,05	3,42	3.090,672	8,18	3,37	3.316,136	7,29	3,45
Riabilitativa accreditata	1.869,195	2,31	1.991,907	6,56	2,39	2.119,448	6,40	2,31	2.244,424	5,90	2,33
Integrativa e protesica convenzionata e accreditata	1.123,492	1,39	1.186,799	5,63	1,42	1.294,052	9,04	1,41	1.374,470	6,21	1,43
Altra assistenza convenzionata e accreditata	3.551,366	4,39	3.720,871	4,77	4,46	3.983,539	7,06	4,35	4.312,703	8,26	4,48
Ospedaliera accreditata	8.150,854	10,08	8.366,024	2,64	10,02	9.229,709	10,32	10,07	8.674,081	-6,02	9,02
Totale	80.875,419	100,0	83.510,547	3,3	100,00	91.611,594	9,7	100,00	96.202,844	5,0	100,00

Legenda:

A - valore assoluto

x - percentuale di scostamento rispetto all'esercizio precedente

y - percentuale rispetto al totale dell'esercizio

Fonte: Ministero della salute – Direzione generale della programmazione

Tabella 3. Costi del servizio sanitario nazionale per Regioni e funzioni di spesa – anno 2005

Regioni	personale	beni e servizi	costi straord., stimati e variazione delle rimanenze	medicina generale convenz.	farmaceut. convenz.	specialistica convenz. e accredit.	riabilitat. accredit.	integrativa e protesica convenz. e accredit.	altra assistenza convenz. e accredit.	ospedaliera accredit.	totale costi
Piemonte	2.557,403	2.198,902	231,349	406,914	758,511	178,935	102,089	169,068	377,928	494,844	7.475,943
Val.d'aosta	97,457	70,639	0,445	12,411	22,365	6,816	1,031	3,153	8,563	7,745	230,625
Lombardia	4.342,308	3.858,050	226,050	875,060	1.686,442	553,707	249,273	175,464	1.128,677	1.947,129	15.042,160
P.A.Bolzano	414,624	293,449	9,149	42,111	68,939	4,667	5,547	26,418	115,850	19,335	1.000,089
P.A.Trento	311,615	243,974	0,456	49,055	78,877	11,000	1,690	13,100	106,878	49,000	865,645
Veneto	2.421,848	2.345,418	172,348	438,609	778,561	276,960	110,009	96,702	583,984	528,243	7.752,682
Friuli V.G.	770,543	660,369	7,521	108,307	225,417	47,456	12,067	45,403	70,983	81,310	2.029,376
Liguria	1.094,775	852,614	26,314	138,289	378,710	55,191	158,901	37,498	34,842	181,432	2.958,566
E. Romagna	2.506,522	2.329,984	50,347	352,261	779,723	121,195	8,571	88,083	501,520	426,806	7.165,012
Toscana	2.223,692	2.085,464	-5,367	372,153	664,950	112,726	77,314	52,791	226,411	235,233	6.045,367
Umbria	515,661	473,277	35,888	78,363	166,459	11,931	21,953	29,798	47,236	38,415	1.418,981
Marche	882,518	758,832	12,998	152,668	301,396	36,289	54,704	19,320	81,249	86,680	2.386,654
Lazio	2.475,794	2.084,890	85,594	440,003	1.397,747	534,087	262,098	164,851	322,751	1.771,887	9.539,702
Abruzzo	710,411	620,347	66,957	127,446	274,611	40,110	137,308	21,606	49,837	172,911	2.221,544
Molise	195,267	133,272	50,148	39,058	66,918	19,775	24,012	5,813	5,173	59,128	598,564
Campania	2.825,203	2.186,968	297,719	631,516	1.210,533	524,060	370,128	120,846	213,199	968,834	9.349,006
Puglia	1.792,576	1.465,027	107,188	370,870	906,958	209,128	247,240	58,777	145,668	612,230	5.915,662
Basilicata	324,590	238,006	24,940	71,286	124,608	14,449	40,975	18,086	23,006	4,605	884,551
Calabria	1.106,309	547,241	20,948	219,240	482,258	76,692	76,977	42,251	59,948	193,864	2.825,728
Sicilia	2.568,602	1.860,591	78,299	497,701	1.240,725	402,187	208,359	148,901	174,993	691,548	7.871,906
Sardegna	963,140	705,491	90,311	164,655	375,081	78,775	74,178	36,541	34,007	102,902	2.625,081
Totale	31.100,858	26.012,805	1.589,602	5.587,976	11.989,789	3.316,136	2.244,424	1.374,470	4.312,703	8.674,081	96.202,844

Fonte: Ministero della salute – Direzione generale della programmazione

tosca caccia alla liquidità che irrigidisce qualsiasi gestione. Basti pensare che tre Regioni, da sole assorbono il 58% del totale nazionale. Il Lazio con 4,5 miliardi (20%), la Campania con 5,3 miliardi (23,7%) e la Lombardia con 3,1 miliardi (14%). Ritardi nei pagamenti, sottolinea la Corte dei Conti, che poi inevitabilmente si traducono in spese in più per il Servizio sanitario nazionale: dopo trenta giorni scatta, infatti, la mora automatica del 7% con l'aggiunta di un tasso corrente di interesse (che oggi corrisponde al 2,75%). Insomma un deficit nel deficit che non fa altro che aumentare il buco.

FINANZA CREATIVA

Alcune Regioni hanno cercato di far fronte alla situazione con una finanza ad hoc, innovativa, ad esempio dando luogo a vere e proprie cartolarizzazioni sanitarie che però il ministero dell'Economia ha dimostrato di

non apprezzare e anzi ha espresso preoccupazioni. Sulla stessa linea la Corte dei Conti che ha dichiarato: "queste operazioni presentano profili di criticità che non possono non essere sottolineati in quanto trasformano i debiti degli enti sanitari verso i propri fornitori, che avrebbero dovuto essere estinti nell'ambito delle ordinarie risorse di bilancio, in debiti a lungo termine". E per questo richiedono massima vigilanza. C'è infatti il rischio fondato "che si tratti di operazioni che, almeno in alcuni casi, aggirano nella sostanza il divieto posto dall'articolo 119 della Costituzione di finanziare con il debito la spesa corrente".

LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

Nell'analisi della Corte emerge il dato secondo cui a fronte di una spesa per l'esclusività di 1,5 miliardi l'anno i ricavi della libera professione intramoenia (Lpi) sono, al

netto della compartecipazione del personale medico, appena 114 milioni. Dunque secondo la Magistratura contabile l'esclusività comporta una spesa aggiuntiva notevole "che non ha prodotto ricadute positive sui tempi di attesa", per questo la Corte suggerisce una: "eliminazione di tale costo la cui copertura deve essere assicurata prima di distribuire ai medici gli introiti derivanti dalla loro libera professione" ed aggiunge che i medici: "dovrebbero assicurare l'esaurimento delle liste d'attesa quale condizione per l'esercizio dell'intramoenia". Questa tesi è contestata da Domenico Iscaro il quale, nell'articolo in prima pagina di questo numero di Dirigenza, spiega come il ragionamento della Corte sulla Lpi nasca da un presupposto profondamente sbagliato poiché vengono accostati argomenti che non hanno un nesso comune (liste d'attesa, diritto alla salute e Lpi) con il risultato di alimentare la confusione.

PREVIDENZA

Le problematiche previdenziali dei medici dirigenti del Ssn

I medici dirigenti, oltre ad appartenere ad una categoria che si colloca tra i principali contribuenti dell'erario, essendo titolari di redditi da lavoro dipendente interamente tassati, investono il 32,7% dei propri emolumenti lordi nella contribuzione pensionistica.

Le notizie di stampa che si sono avvicinate in queste settimane stanno determinando disappunto e preoccupazione nella categoria. L'incertezza del futuro rischia di favorire un esodo massiccio e disordinato con conseguenze negative non solo dal punto di vista pensionistico, ma anche sulla continuità assistenziale di molti servizi. Occorre al più presto acquisire certezze sulle effettive intenzioni del Governo per consentire pensionamenti ponderati su regole certe e per una corretta pianificazione previdenziale di tutti i medici in servizio.

Sinteticamente elenchiamo le principali istanze della categoria.

1) No alla riforma delle pensioni in Finanziaria. Le problematiche previdenziali andranno concertate con le parti sociali. Le pensioni non possono essere merce di scambio per problemi contingenti di cassa correlati alla finanziaria per il 2007. Le ripercussioni sulle generazioni future di una riforma delle pensioni richiedono un provvedimento specifico ed un preliminare accordo con le Organizzazioni sindacali della Dirigenza medica.

2) Età del pensionamento. Nessuna modifica esasperata dell'età pensionabile e in particolare andrà superato il concetto di età pensionabile per chi opta per il sistema contributivo, trattandosi in questo caso di poco più di una mera restituzione dei contributi versati. In ogni caso andrà evitata la brusca cancellazione di diritti acquisiti e certificati, che renderebbe precaria ogni prospettiva previdenziale durevole.

3) Mantenimento di un trattamento privilegiato per le donne. Occorre considerare le obiettive e documentate difficoltà delle donne nella progressione di carriera correlata ai maggiori oneri familiari.

4) Contrarietà alla fusione Inpdap-Inps. Per la diversa tipologia sia di contribuzione che di prestazioni, l'operazione andrebbe a penalizzare quelle categorie che hanno sempre contribuito all'attivo delle casse di pensione (in particolare i medici dipendenti hanno contribuito allo storico attivo di bilancio della Cassa Pensione Sanitari, già interamente assorbita nel bilancio dell'Inpdap).

5) Superamento del cosiddetto "gradone". La normativa esistente penalizza pesantemente coloro che non raggiungono i requisiti per l'anzianità (57 anni + 35 di contribuzione) entro il 31 dicembre 2007 ritardando anche di anni il pensionamento di chi è in difetto di pochi mesi.

6) No a contributi di solidarietà per categorie contrattualizzate. Andranno escluse da contributi di solidarietà le categorie contrattualizzate il cui trattamento economico è determinato da contratti collettivi di lavoro.

7) Abolizione del "divieto di cumulo". Già abrogato in passato (Finanziaria 2003) con pagamento di una tassa specifica. Le penalizzazioni ai pensionati che svolgono un'altra attività non favoriscono certamente l'emersione del lavoro nero e risultano dannose e diseconomiche per l'intero sistema.

8) Previdenza integrativa. Estensione al settore pubblico della previdenza integrativa, solo su base volontaria, con particolare riferimento ai dipendenti in possesso del solo TFR, ampliando il trattamento fiscale di favore per i fondi pensione rispetto ad altri strumenti finanziari. Da chiarire il mantenimento della detraibilità fiscale di eventuali fondi preesistenti privati e di categoria in caso di varo di fondi pensionistici contrattuali.

9) Revisione coefficienti. Devono essere oggetto di trattativa con le Organizzazioni sindacali e ovviamente senza caratteristiche di retroattività.

10) Possibilità di contribuzione volontaria. Abolire il divieto, per coloro che sono contemporaneamente iscritti anche a casse previdenziali privatizzate, di accedere alla contribuzione volontaria, divieto recentemente abolito solo per coloro che aderiscono alla contribuzione minima (Fondo A Enpam).

11) Lavori usuranti. Dare applicazione al riconoscimento dei lavori usuranti anche per determinate categorie di medici che operano nel settore pubblico. Tale facoltà, contenuta nel Decreto Legislativo originario, non è più stata riconosciuta nei successivi decreti attuativi.

12) Medici specializzandi. Risolvere l'enorme contenzioso nazionale dei medici specializzandi 1982-1991, a cui non è stata corrisposta la borsa di studio prevista dalla normativa CEE, riconoscendo i maggiori oneri correlati al conseguimento di titoli di studio per l'adeguamento alle Direttive comunitarie. Richiesta di riscatto gratuito degli anni di specialità sostenuti.

13) Precariato. Costituzione di un tavolo per incentivare, anche con agevolazioni, le ricongiunzioni dei lavoratori precari della sanità.

14) Riscatti. Favorire i riscatti degli anni di laurea e la loro validità ai fini pensionistici, anche per determinare un flusso finanziario attivo utile a superare una congiuntura sfavorevole per le pensioni nel periodo di coesistenza del doppio sistema retributivo e contributivo.

*Giorgio Cavallero
vicesegretario nazionale Anaa Assomed*

Quale futuro per la Cassa Pensioni Sanitari

Ciclicamente, in particolare nel periodo estate-autunno, riemerge la questione pensioni.

Si tratta di una serie di interventi che, avendo ampliata la loro voce soprattutto dalla stampa, in quel periodo povera di argomenti, vengono a creare scontri fra chi si trova al governo e chi all'opposizione, se non addirittura all'interno degli stessi schieramenti.

Quest'anno l'inizio della belligeranza lo ha dato il famigerato "scalone" cioè l'innalzamento a sessantenni d'età minima prevista per andare in pensione introdotto a partire dal 2008 dalla legge di riforma "Berlusconi-Maroni" del 2004.

Troppo rapido l'accrescimento dagli attuali 57 anni necessari ai previsti 60. Da parte di molti si è dato inizio ad una serie di ipotesi, spesso non molto coerenti, ma utili ad apparire sulla stampa quotidiana. E siccome il principio di base di tutti i meccanismi già inseriti in passato e previsti per il futuro è il risparmio e quindi la minor spesa previdenziale, qualche arguto economista ha pensato di introdurre, a favore di questa voce, una vecchia previsione, nel tempo abbandonata, di unificazione, in unico ente previdenziale, dei due attuali istituti pensionistici Inps ed Inpdap. Il primo dedicato ai lavoratori privati, il secondo, sorto nel 2004 dalla confluenza di numerose casse previdenziali, proprio dei dipendenti pubblici.

La problematica di una così complessa unificazione appare immediatamente poco risolvibile. I due enti hanno realtà economiche, strutturali, organizzative completamente diverse: 30 mila i dipendenti l'Inps, 4.000 i dipendenti Inpdap; 21 milioni gli iscritti all'Inps, 2,3 milioni gli iscritti all'Inpdap. Per non considerare le normative differenti che riguardano gli stessi iscritti, da una parte e dall'altra, ed

i sistemi di calcolo previdenziali e la metodologia dei trattamenti.

Questa stessa vicenda fu vissuta con la confluenza nell'Inpdap delle Casse gestite dal ministero del Tesoro, ma in quel caso - almeno all'inizio - vennero conservate tutte le prerogative proprie dei singoli istituti. In particolare la Cassa pensioni sanitari (Cps) mantenne inalterata la propria gestione economica, i propri criteri di attribuzione delle pensioni e, escludendo gli elementi d'anzianità contributiva e/o anagrafica modificati per tutti i dipendenti, conservò la propria individualità. Individualità estremamente importante perché la Cps ha da sempre vissuto una floridità economica di tutta invidia.

Nata nel 1938 con l'obbligatorietà di iscrizione dei primari ospedalieri e successivamente nel 1963, allargata agli aiuti ed assistenti ospedalieri e dal 1980 a tutti i medici dipendenti delle Usl, la Cps ha potuto contare di un alto livello di economicità poiché, già al suo esordio, a queste figure professionali vennero richiesti contributi particolarmente elevati, in qualche caso di importo triplo rispetto a quello di tutti gli altri dipendenti, sia privati che pubblici.

Nel 1999 il patrimonio netto accumulato superava i 17.000 miliardi di lire. L'avanzo annuo si aggirava intorno ai 1000/1500 miliardi per anno. La Cassa possedeva direttamente o indirettamente, quale pegno per prestiti ad altre casse, circa 34.000 abitazioni su una complessiva proprietà immobiliare dell'Inpdap di circa 45 mila immobili. Questo dei prestiti era una vecchia "tradizione" di soccorso per appianare i debiti in particolare della Cassa pensioni dei dipendenti degli enti locali. Tuttavia, almeno fino al 2000 i prestiti erano garantiti dalle proprietà immobiliari di quest'ultima. Il rapporto di 2,5 fra iscritti/pensionati era, e continua ad essere particolarmente vantaggioso. I medici vanno tardivamente in pen-

Anche per i medici dipendenti ammessa la contribuzione volontaria

È stata una battaglia condotta per molti anni! Chi scrive, già consigliere dell'Inpdap nel 1994, aveva sostenuto, con i dirigenti dell'istituto previdenziale, che l'iscrizione dei medici all'Enpam peraltro obbligatoria, non poteva annullare il diritto ad una contribuzione volontaria all'Inpdap nel caso non fossero stati raggiunti i requisiti per ottenere la pensione da chi, per un motivo o per un altro, interrompeva il rapporto d'impiego con il servizio sanitario. Ma fino ad ora non si era potuto raggiungere un risultato favorevole. Infatti sulla base di una vecchia legge del 1986 e del decreto legislativo n. 184 del 1997, era stato previsto, dal legislatore, che venisse attivato il divieto al versamento volontario alla contribuzione volontaria, qualora per gli stessi periodi l'interessato risultasse essere iscritto a forme di previdenza obbligatoria per i lavoratori pubblici e privati, per i lavoratori autonomi e per i liberi professionisti. Ha pensato a sbloccare questa situazione una recente circolare (la n. 11 del 17 maggio 2006), a firma del Direttore Generale Marchione, con cui l'Inpdap ha riesaminato proprio la particolare condizione dei medici. Infatti è stata sottolineata la peculiarità di questo personale, che se dipendente dalle aziende sanitarie è iscritto per la sua Cassa pensioni sanitari all'Inpdap, ma che, come è noto, è tenuto anche all'iscrizione obbligatoria al fondo di previdenza generale a carico dell'Enpam, in virtù dell'esclusiva adesione all'apposito Albo professionale. Tuttavia, rivela l'istituto previdenziale, l'iscrizione a tale Fondo generale (Quota A) comporta l'obbligo di un versamento contributivo di natura, però, meramente *mutualistica*, il quale darà luogo all'erogazione di una prestazione che non deriva dall'attività lavorativa prestata. Da ciò consegue la condizione che l'iscrizione a questo Fondo dell'Enpam non possa rappresentare una causa ostativa alla concessione dell'autorizzazione alla prosecuzione volontaria a favore di altro ente previdenziale. Come è, nel caso dei dirigenti medici dipendenti dalle Asl, l'Inpdap. Condizione, in questo caso ostativa alla prosecuzione volontaria, è invece rappresentata, dall'eventuale iscrizione del medico agli altri tre Fondi speciali gestiti dall'Enpam: il Fondo di previdenza dei medici generici e pediatri, il Fondo di previdenza dei medici specialisti ambulatoriali e il Fondo di pre-

videnza dei medici specialisti convenzionati esterni. Ed anche, è stato in seguito specificato dallo stesso istituto previdenziale, la contribuzione al Fondo generale quota B, cioè quella relativa alla libera professione. Pertanto, le sedi dell'Inpdap possono autorizzare l'iscritto alla prosecuzione volontaria previa autocertificazione dell'interessato dalla quale risulti che non esiste versamento contributivo a favore dei Fondi speciali dell'Enpam. Inoltre ricordiamo che la prosecuzione volontaria nei casi di cessazione dal servizio è ammessa non solo qualora l'iscritto abbia necessità di maturare i requisiti minimi o voglia integrarli, ma anche per raggiungere o integrare quelli anagrafici richiesti per il pensionamento di vecchiaia o di anzianità. Di conseguenza la prosecuzione volontaria può essere esercitata anche quando l'interessato abbia già maturato sia i requisiti anagrafici che quelli contributivi minimi previsti per l'accesso alla pensione. Ciò per non limitare l'esercizio alla prosecuzione volontaria nell'ordinamento pensionistico pubblico, consen-

tendo, quindi, all'assicurato il versamento dei contributi volontari oltre quelli minimi richiesti per il diritto alla pensione e, comunque, oltre la data di accesso programmata in base alla cosiddette "finestre" di uscita previste dalla legislazione in materia previdenziale. Le disposizioni legislative attuali consentono, anche, l'ipotesi di una contribuzione volontaria versata in misura inferiore a quella dovuta. In tal caso si opererà la contrazione proporzionale del periodo da accreditare sia ai fini della misura che ai fini del diritto alla pensione. L'autorizzazione alla prosecuzione volontaria è un provvedimento che, pur non soggetto ad alcun termine decadenziale, deve necessariamente avere come effetto il versamento del relativo contributo, atteso che solo questo evento garantisce la validità del rapporto assicurativo e quindi la permanenza in capo al soggetto dello status di iscritto/assicurato all'Inpdap. In generale i versamenti devono essere effettuati entro il trimestre successivo cui è riferita la contribuzione. Tale termine è perentorio e le somme versate in ritardo verranno rimborsate, salvo la loro imputazione, a richiesta dell'interessato, al trimestre immediatamente precedente la data del pagamento.

Claudio Testuzza

NOTA INPDAP N. 37/2006

Prosecuzione volontaria: precisazioni in merito ai medici iscritti alla Fondazione Enpam

Con Circolare n. 11 del 17 maggio 2006 sono state impartite, tra l'altro, istruzioni in merito alla compatibilità tra l'istituto della prosecuzione volontaria e l'iscrizione obbligatoria al Fondo di previdenza generale dell'Enpam.

A tal proposito si precisa che il riferimento al versamento contributivo presso il citato fondo, di natura meramente mutualistica, è esclusivamente quello relativo alla c.d. "Quota A", corrispondente alla contribuzione minima dovuta obbligatoriamente da ciascun iscritto in misura fissa, indicizzata e variabile in relazione all'età anagrafica dell'iscritto. Di conseguenza, la locuzione "Fondo di Previdenza Generale" deve essere riferita alla sola "Quota A" quale fattispecie derogatoria all'incompatibilità, sancita dall'articolo 6, comma 2 del Dlgs n.

184/1997, tra facoltà di proseguire volontariamente il versamento dei contributi e l'iscrizione ad un Fondo obbligatorio di previdenza.

Pertanto, le Sedi per autorizzare la prosecuzione volontaria devono richiedere all'interessato specifica autocertificazione dalla quale risulti sia che non esiste versamento contributivo ai Fondi speciali sia la tipologia della contribuzione versata al Fondo generale Enpam (Quota A o B), in quanto l'eventuale versamento in Quota B sarebbe preclusivo della prosecuzione volontaria.

Con l'occasione si ribadisce che la prosecuzione volontaria può essere autorizzata solo nei confronti degli iscritti che non siano titolari di un autonomo trattamento pensionistico a carico di questo Istituto.

sione (età media 62 contro i 59 anni di altre categorie) e i circa cento mila medici in attività di servizio possono, tranquillamente, mantenere le pensioni dei circa ventimila pensionati.

Questo clima, idilliaco, fu interrotto dalla legge finanziaria per il 2001. Da quella data la gestione finanziaria e patrimoniale dell'Inpdap fu determinata come unica ed unico divenne il bilancio.

Di fatto le movimentazioni (prestiti) tra le gestioni dell'Inpdap non determineranno più oneri né utili. Viene, poi, iniziata la vendita degli immobili posseduti dalle Casse con l'attribuzione al Tesoro degli introiti relativi. In pratica, la Cassa pensioni dei sanitari viene lentamente strozzata, perdendo la propria autonomia

finanziaria e patrimoniale, pur mantenendo un minimo di individualità sia per quanto attiene gli aspetti finanziari sia per quello che riguarda le prestazioni.

A quest'ultimo riguardo basta ricordare la conservazione dei migliori coefficienti di trasformazione (il moltiplicatore da riferire allo stipendio in relazione agli anni di servizio) per le anzianità maturate sino al 1995: per l'Inps di un costante 2% per anno, mentre per la Cps raggiunge per gli anni più avanzati anche il 3%, il 3,5%, il 4%! Ed inoltre il metodo di calcolo per la cosiddetta quota A della pensione relativa alle anzianità maturate sino al 1993: correlata all'ultimo stipendio in godimento per la Cps, e alla media degli stipendi degli ultimi cinque anni di lavoro per l'Inps!

Sono sufficienti questi pochi esempi per far sorgere nella categoria la possibile volontà di rendere autonoma la propria cassa previdenziale. Strapparla dal contesto dell'Inpdap. Impedire il suo annullamento nel nuovo ente Inps.

La proposta di unificazione Inps/Inpdap e la sua eventuale realizzazione riteniamo possa essere la condizione legislativa e normativa utile per tentare questo processo di orgoglioso recupero di un'identità costruita in tanti anni con i sacrifici di una categoria che si vede, ancora una volta, annullata nelle sue prospettive e nelle sue sacrosante rivendicazioni.

Alle Organizzazioni sindacali di categoria, che tanto impegno hanno profuso nelle recenti tornate contrattuali, riteniamo si possa richiedere un impegno affinché ciò che è stato conquistato con le lotte e gli scioperi ai fini di un miglioramento economico dei dipendenti, non venga annullato da un'azione predatoria che li colpirà gravemente al momento del loro pensionamento.

Claudio Testuzza

Tassi di sostituzione* di un dipendente pubblico con 60 anni d'età e 35 anni di contribuzione

2010	Prev. Pubblica 68,1	Prev. Integrativa 4,7	Totale 72,8
2020	Prev. Pubblica 58,9	Prev. Integrativa 9,4	Totale 68,3
2030	Prev. Pubblica 49,6	Prev. Integrativa 14,5	Totale 64,1
2040	Prev. Pubblica 48,5	Prev. Integrativa 16,7	Totale 65,2
2050	Prev. Pubblica 48,1	Prev. Integrativa 16,7	Totale 64,8

Fonti: Per la previdenza obbligatoria: Dipartimento Rgs e Inpdap. Per la previdenza integrativa: Covip

*Il tasso di sostituzione equivale al rapporto fra pensione ed ultima retribuzione

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

**CONSIGLIO DI STATO
SENTENZA N. 5476 DEL 19 SETTEMBRE 2006**

Indispensabile la predeterminazione di criteri di valutazione omogenea per revocare o confermare un direttore generale

Oggetto di appello al Consiglio di Stato la sentenza del Tar del Lazio, con la quale nel 1999 veniva annullata la deliberazione del Consiglio regionale del Lazio n. 184 del 16 maggio 1996, che negava la conferma di un direttore generale di una Azienda Usl della Regione.

Il provvedimento era stato adottato in applicazione dell'art. 1, del decreto legge n.512. La norma dispone che, trascorso un anno dalla nomina dei direttori generali delle aziende "unità sanitarie locali" e delle aziende ospedaliere, le regioni devono provvedere alla verifica dei risultati "amministrativi e di gestione ottenuti, secondo i criteri e i principi recati dalla normativa vigente" e disporre, di conseguenza, con "provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del relativo contratto". L'atto impugnato dal direttore generale disponeva nel senso della risoluzione del contratto.

La sentenza del Tar, confermata dal Consiglio di Stato, ha concluso per la fondatezza dei motivi proposti dal ricorrente, dichiarando illegittima la deliberazione impugnata per "assenza di criteri e parametri oggettivi di valutazione", assenza della predeterminazione di elementi omogenei di valutazione dei risultati di gestione raccolti e, infine, per la genericità o le altre inadeguatezze, di taluni apprezzamenti espressi. Nonostante la legge stabilisca che la verifica dei risultati dell'attività annuale debba farsi "secondo i criteri e i principi recati dalla normativa vigente", tali parametri non sono espressamente enunciati. Ciò è dovuto – afferma Palazzo Spada – dal fatto che si è di fronte ad un atto di alta amministrazione, espressione della potestà di indirizzo e di governo delle regioni nel settore sanitario, sicché è logico che la legge non preveda quella astratta predeterminazione, con la conseguenza che spetta agli organi, chiamati ad esprimere le definitive valutazioni sugli operati dei direttori generali delle Aziende in discussione, desumere dalla legge – che stabilisce i poteri dei medesimi direttori – i criteri sui quali modellare gli apprezzamenti da condurre sulle loro gestioni annuali.

Nella fattispecie, invece, è mancata la predeterminazione su basi omogenee dei criteri in forza dei quali condurre le valutazioni, e lo stesso giudizio di valutazione è improntato, in alcune parti (ad esempio a proposito, della "strategia di riferimento per l'avvio del processo di riorganizzazione aziendale", del possesso dei necessari requisiti del responsabile del centro di assistenza domiciliare e di problemi di gestione delle risorse umane non meglio definiti, e infine a rilievi desunti dalla relazione trimestrale dei revisori, dopo l'affermazione che le relazioni non erano state fatte pervenire) a formulazioni generiche e ad espressioni troppo vaghe.

**CASSAZIONE – SEZIONE LAVORO
SENTENZA N. 19430/2006**

Medici in extra-moenia: trattenuta legittima anche in assenza di strutture interne

La ritenuta del 15% dell'indennità di tempo pieno deve essere applicata ai medici che esercitano attività libero-professionale extra-moenia anche nell'ipotesi in cui le aziende ospedaliere siano state inadempienti rispetto all'obbligo di predisporre le strutture necessarie allo svolgimento, all'interno dei presidi ospedalieri, dell'attività libero-professionale.

È questo il principio di diritto stabilito dalla Sezione Lavoro della Cassazione nella sentenza n. 19430 dell'11 settembre 2006 che ha respinto il ricorso di un medico che si era visto ridurre l'indennità da gennaio 1996 a marzo 2000 per aver svolto la libera professione fuori dall'ospedale, precisando che l'art. 4, comma 3, della legge 724/94 connette la ritenuta alla sola circostanza dell'esercizio di attività extramuraria, senza condizionarla alla predisposizione di quanto necessario per l'esercizio di attività intramuraria, quindi anche nell'ipotesi in cui le aziende ospedaliere siano inadempienti nell'obbligo di predisporre le strutture necessarie allo svolgimento, all'interno dei presidi ospedalieri dell'attività libero professionale. Infatti la legge 724 connette "la ritenuta alla sola circostanza dell'esercizio di attività extramuraria" ed è anzi la stessa norma che fissa le (uniche) conseguenze della mancata attuazione delle disposizioni di cui all'art. 4 del D.Lgs 502/92, prevedendo, per siffatta ipotesi, l'immediata risoluzione del contratto del direttore generale.

**TAR PIEMONTE
SENTENZA N. 2950/2006**

La mancata timbratura del cartellino giustifica il licenziamento del medico per responsabilità disciplinare

Con sentenza 2950 il Tar del Piemonte ha rigettato il ricorso di un dirigente medico per la revoca del provvedimento di recesso dal rapporto di lavoro adottato dall'Ospedale. Gli addebiti consistevano nella irregolarità nella bollatura del cartellino per il controllo della presenza e nel mantenimento di tale comportamento anche dopo che l'Amministrazione le aveva già rivolto specifici inviti ad attenersi alle modalità organizzative previste dall'Ospedale per il controllo della presenza e dell'attività istituzionale svolta dai dipendenti. A giustificazione del suo comportamento la ricorrente adduceva che l'attività da essa svolta, basandosi sulla presentazione di progetti ai suoi diretti superiori, di fatto si svolgeva all'interno e all'esterno dell'Ospedale e per questo era incompatibile con l'uso del sistema formale di rilevazione della presenza.

Al contrario l'Amministrazione motivava il recesso affermando che la dottoressa "si sottraeva volontariamente e scientemente agli obblighi gravanti in generale su ogni pubblico impiegato per consentire la verifica e la valutazione dell'effettivo espletamento dell'attività dovuta venendo a mancare definitivamente il rapporto fiduciario tra amministrazione e dipendente"; il reiterato comportamento della ricorrente volto a non osservare le modalità stabilite dall'amministrazione per la rilevazione della presenza sul luogo di lavoro era espressione di una violazione del dovere di diligenza che caratterizza anche il rapporto di lavoro della dirigenza medica e pertanto giustificativo della "sanzione espulsiva disciplinare" adottata con il provvedimento impugnato. La responsabilità di tipo disciplinare va tenuta distinta da quella dirigenziale, unica valutabile sul piano dei risultati, ma non per questo ha un rilievo inferiore sul piano del rapporto di lavoro e del dovere di diligenza rispetto alla seconda. Pertanto la sottrazione, peraltro consapevole, alle modalità stabilite dal datore di lavoro per verificare la presenza in servizio della ricorrente è stata legittimamente configurata dall'Amministrazione come un illecito disciplinare sanzionabile con il recesso unilaterale da rapporto di lavoro del datore di lavoro, poiché come prevede il contratto, anche i dirigenti medici hanno l'obbligo di osservare l'orario settimanale di lavoro e di assicurare la presenza in servizio, secondo le modalità organizzative che l'amministrazione predispose al suo interno.

**TAR SICILIA – SECONDA SEZIONE
SENTENZA N. 1583/2006**

L'indennità di rischio radiologico va corrisposta dall'inizio dell'accertata esposizione

Il diritto all'indennità di rischio radiologico, di cui all'art. 1 della legge 27 ottobre 1988, n. 460, spetta nella misura piena a prescindere dalla qualifica specialistica posseduta dal dipendente, purché concorra una situazione fattuale idonea a determinare una costante esposizione a rischio. A riaffermarlo è il Tar di Palermo, che ribadisce ancora una volta la ratio della citata legge condizionandola al fatto che tali dipendenti siano in via di fatto continuativamente ed effettivamente sottoposti al rischio radiologico.

Nel caso di dipendente non inquadrato nel personale di radiologia occorre comunque un accertamento sulle situazioni concrete (modalità, tempi, orari e intensità dell'esposizione), ad opera della speciale commissione la quale deve verificare (anche in base ad elementi indiziari o presuntivi) se il singolo dipendente sia, in via di fatto, esposto in maniera continua e permanente al rischio radiologico, così da giustificare la piena equiparazione al personale di radiologia.

Ciò al fine di scongiurare un'inammissibile disparità di trattamento, anche in considerazione della particolare natura dell'indennità di rischio radiologico che non assume connotazioni risarcitorie, ma assolve essenzialmente ad una funzione di prevenzione, venendo a rappresentare un concorso alle spese che l'operatore sanitario deve affrontare a scopo profilattico o terapeutico, al fine di ridurre i rischi da esposizione. Avendo tutti i ricorrenti, operato ininterrottamente nello stesso ambiente di lavoro che, secondo la Commissione, già dal 1985 comportava la loro esposizione al rischio radiologico, "appare evidente" sostiene il Tar "come per la liquidazione dell'indennità si possa prescindere dalla specifica domanda degli interessati, ma deve decorrere dal momento dell'effettiva esposizione, stante l'obbligatorietà della sua corresponsione".

a cura di Paola Carnevale