



DIFENDIAMO IL SSN
SANITÀ DAY
28 GIUGNO 2012

Grande successo dell'iniziativa in tutte le Regioni. Ecco la cronaca alle pagine 2-5

SPENDING REVIEW. LA SANITA SI MOBILITA CONTRO GLI ATTACCHI AL SSN

TUTTI IN PIAZZA AD OTTOBRE

PER DIFENDERE LA SANITA PUBBLICA

SPENDING REVIEW

Approvato il decreto legge. Previsti tagli per 4,7 miliardi di euro. Sforbiciata sui posti letto
alle pagine 6-8

ORARIO DI LAVORO

Finalmente qualcosa si muove. Il punto della situazione.
alle pagine 8-9

PIANI DI RIENTRO

Gli esiti dei tavoli tecnici, le Regioni promosse e quelle bocciate
alle pagine 11-12



I MEDICI SI MOBILITANO IN DIFESA DEL SSN

SANITÀ DAY

“NO A UN SISTEMA PUBBLICO POVERO E IL 27 OTTOBRE SI SCENDE

“**N**o a un sistema sanitario pubblico povero per i poveri”. È questo lo slogan che ha guidato i professionisti della sanità per realizzare, ancora una volta, una serie di iniziative di protesta in difesa del Ssn. Tutti uniti - medici, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici professionali e amministrativi dipendenti e convenzionati con il Ssn e della ospedalità privata, specializzandi - hanno organizzato il 28 giugno assemblee nei capoluoghi di provincia per il Sanità Day. E questo è solo il primo passo, perché il 27 ottobre si replica: si scenderà in piazza a Roma.

“Il Sanità Day e la manifestazione che si terrà a Roma in ottobre - ha spiegato Costantino Troise, segretario dell'Anao-Assomed - nascono dalla vo-

lontà di far sentire il senso di disagio diffuso nella categoria. Dopo tanti anni torneremo in Piazza. E lo faremo per difendere il sistema sanitario pubblico dagli attacchi continui che sta subendo. La nostra analisi si basa su dati di fatto. La recessione per la sanità è iniziata con le manovre dello scorso Governo che hanno defanziato la sanità per 17 mld di euro da qui fino al 2014. Lo scenario che si sta prefigurando è quello che vedrà nei prossimi due anni tutte le Regioni costrette a chiedere un Piano di rientro e quindi saranno di fatto commissariate. Tanto vale nominare ministro dell'Economia come ministro della Salute. E come se non bastasse - prosegue - c'è pure la spending review che acuisce la mancanza di risorse e mette a rischio la garanzia dei livelli essenziali di assistenza”.

È gravissimo, per Troise “che nessun partito politico né vecchio né nuovo né nessuna istituzione si senta in dovere di alzare un dito” rispetto a una sanità pubblica stretta tra spending review, conflitti istituzionali e defanziamento. Il rischio paventato dai sindacati è che il sistema “cambi pelle” e che si vada sempre più verso il “privato che fa profitto” visto che i cittadini sono sempre più vessati da ticket e super-ticket, e “andando contro il dettato costituzionale e portando sempre più a un diritto alla salute garantito sulla base del censo”.

Ma nel mirino dei sindacati ci sono anche le Regioni, che continuano a latitare. I sindacati non hanno quindi dubbi: “Noi vogliamo fare la nostra parte e non accettiamo questa deriva che sta prendendo la sanità”.



LE SIGLE SINDACALI CHE HANNO ADERITO ALLA PROTESTA **Anaa Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Fassid - Cisl Medici - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Medici - Sds Snabi - Aupi - Fp Cgil Spta - Sinafo - Fedir Sanità - Sidirss - Fimmg - Sumai - Snami - Intesa Sindacale - Smi - Fimp - Cimop - Ugl Medici - Federspecializzandi**

SANITARIO PER I POVERI" IN PIAZZA A ROMA

IPUNTI CARDINE DELLA PROTESTA

Sono sei, per i sindacati, i nodi da sciogliere: la crisi della sanità pubblica, stretta tra definanziamento, spending review, conflitti istituzionali, commissariamento dei commissari regionali alla Sanità, espone il Ssn al reale pericolo di una progressiva disgregazione mettendone a rischio universalismo ed equità; diminuisce il perimetro di intervento pubblico; crescono i ticket pagati dai cittadini e aumenta tutta la spesa privata; sale il carico fiscale mentre calano quantità e qualità dei servizi sanitari erogati, soprattutto alle fasce più povere della popolazione; il lavoro in sanità diventa più gravoso e più rischioso, più raro e più precario.

E ancora, il medico è sempre più solo alle prese con cittadini arrabbiati e magistrati che gli negano ciò

che rivendicano per se stessi: il diritto di giudicare in serenità richiama il diritto di curare in serenità. Le Regioni giocano con inaccettabile spregiudicatezza la carta della riduzione numerica delle strutture complesse e semplici, ospedaliere e territoriali, tagliando servizi ai cittadini, e nello stesso tempo appaiono impegnate insieme con il ministero della Salute a produrre a getto continuo ipotesi di ridefinizione delle competenze professionali in sanità. Infine, nonostante la proroga (vedi Box) manca una soluzione strutturale per la libera professione intramoenia "allargata". E la sopravvivenza del sistema sanitario pubblico dipenderà anche da quanto le ragioni sociali riusciranno ad imporsi su quelle economiche e a mantenersi aderenti ai principi costituzionali.

Intramoenia allargata prorogata al 31 ottobre

Troise:
"Non basta: servono interventi strutturali per riportarla nella gestione ordinaria delle aziende"

■ "Il termine del 30 giugno 2012 di cui all'articolo 10, commi 2 e 3, del decreto-legge 29 dicembre 2011, n. 216, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2012, n. 14, è ulteriormente prorogato al 31 ottobre 2012". Con queste tre righe il Governo ha stabilito l'ennesima proroga all'intramoenia allargata" che consente ai medici e agli altri operatori sanitari di esercitare la libera professione in regime di intramoenia anche al di fuori degli spazi dedicati interni a Ospedali e Asl.

Una maniera ha spiegato il ministro della salute, Renato Balduzzi per affrontare con più calma la proposta di riordino complessiva in materia: da qui al 31 ottobre è infatti atteso un provvedimento ministeriale che dovrebbe "sanare" definitivamente la questione.

È solo un primo passo necessario ed urgente, ha commentato il segretario nazionale Anaa Assomed Costantino Troise, aggiungendo che "servono interventi strutturali che riportino l'intramoenia allargata nella gestione ordinaria delle aziende". Soprattutto hanno aggiunto i sindacati, lo slittamento al 31 ottobre è "ancora insufficiente a rispondere alle preoccupazioni delle categorie professionali per il futuro della sanità pubblica ed il loro ruolo al suo interno". Servono infatti interventi in tema di responsabilità professionale e polizze assicurative, di riposi lavorativi, nel senso richiesto dalla Ue, di futuro degli enti di previdenza assistenziale dei sanitari, di stabilizzazione dei troppi posti di lavoro attualmente precarizzati. Occorre, inoltre, evitare di infierire sulle attività sanitarie attraverso una accentuazione della stretta del definanziamento che mette a rischio equità ed universalismo e la stessa sostenibilità economica del sistema sanitario.



Il Sanità Day nelle Regioni

Porre all'attenzione di tutti la crisi della sanità pubblica, "stretta tra de-finanziamento, spending review, fuga della politica, minaccia di cambiare pelle al nostro servizio sanitario pubblico e nazionale che rappresenta un valore fondamentale per il Paese". Questo l'obiettivo del Sanità Day, un evento che ha registrato "un grande successo". In queste pagine, in sintesi, il "grido" d'allarme lanciato dalle organizzazioni intersindacali regionali

ABRUZZO

■ "Diminuisce l'intervento pubblico, si riducono i presidi sanitari pubblici, ma aumentano quelli privati puri. Cresce il ticket a carico del cittadino favorendo il trasferimento di risorse economiche nel privato. Sale il carico fiscale mentre calano quantità e qualità dei servizi erogati. I medici non ci stanno. Difenderemo anima e corpo l'articolo 32 della Costituzione e il codice deontologico".

BASILICATA

■ "Diminuisce il perimetro dell'intervento pubblico; crescono i ticket pagati ed aumenta tutta la spesa sostenuta in proprio dai cittadini; sale il carico fiscale mentre calano quantità e qualità dei servizi sanitari erogati, colpendo quindi soprattutto le fasce più povere della popolazione. Il lavoro in sanità diventa più gravoso e più rischioso, più raro e più precario".

CALABRIA

■ "La sanità pubblica è ormai compressa da anni, ma in Calabria la situazione sta raggiungendo estremi inauditi di gravità. Il Piano di rientro ragionieristico imposto dall'Agenas e dall'Economia non sta trovando dalla sanità regionale, nessuna seria interlocuzione che ne limiti gli effetti negativi. più continuare ad assistere inermi allo smantellamento del Ssn ed in particolare quello calabrese".

CAMPANIA

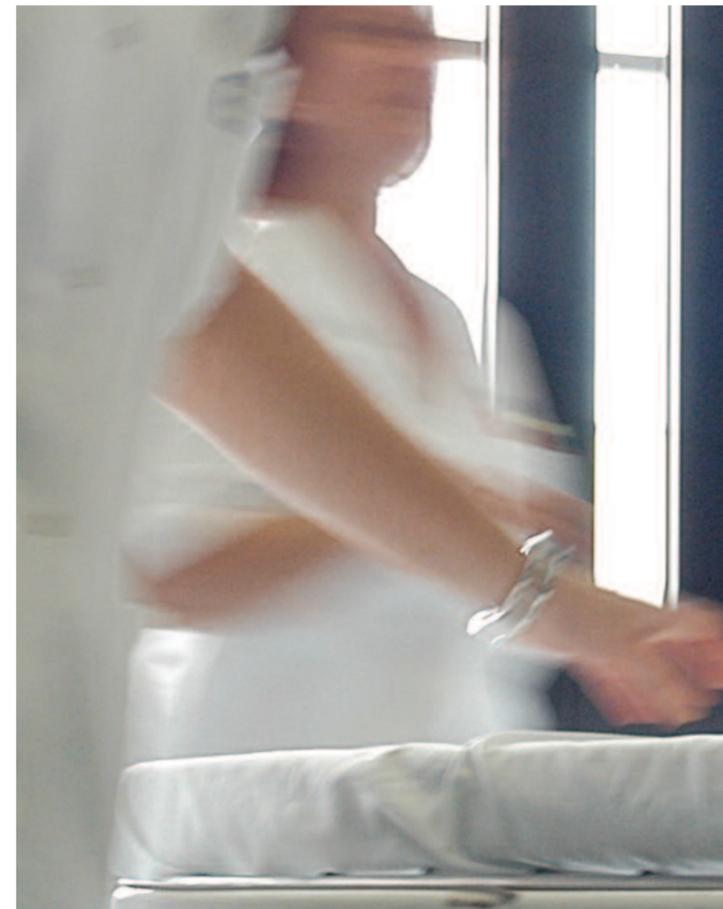
■ "Siamo preoccupati per le sorti del sistema sanitario pubblico. Vogliamo difendere il dettato costituzionale che prevede per ogni cittadino il diritto a beneficiare di un sistema pubblico che non può e non deve cambiare pelle andando progressivamente verso forme di privato profit. È indispensabile agire prima che il sistema crolli".

EMILIA ROMAGNA

■ "Il Ssn è riconosciuto come uno dei migliori sistemi sanitari del mondo, e l'Emilia Romagna grazie al contributo di buone politiche sanitarie e impegno dei professionisti, ne rappresenta l'eccellenza. I cittadini devono sapere che, proseguendo con questa politica dei tagli il sistema non sarà più lo stesso e non si potrà garantire ciò che è stato garantito fino ad ora. Noi non ci stiamo".

FRIULI VENEZIA GIULIA

■ "L'intero Ssn è a rischio e la nostra Regione non fa eccezione. Vengono assicurati servizi più razionalizzati, ma in realtà si prevedono solo tagli e chiusure. Non c'è nulla che faccia pensare a un progetto. E l'Azienda Unica non fa che aprire le porte al settore sanitario privato. Con una popolazione composta dal 20% anziani bisognerebbe puntare sui servizi territoriali".



LAZIO

■ "Denunciamo il progressivo smantellamento del nostro Servizio sanitario regionale non più in grado di garantire neanche minimi livelli assistenziali per i continui tagli trasversali di personale e di risorse che però, non stanno portando ad un contenimento delle spese a causa dei progressivi aumenti di costi per i beni e servizi, consulenze, esternalizzazioni".

LIGURIA

■ "Assistiamo all'assassinio del Servizio sanitario nazionale per strangolamento, perché i fondi per la sanità pubblica diminuiscono così come la qualità della risposta. I cittadini devono sapere quello che sta succedendo per non essere testimoni inconsapevoli di questo omicidio, mentre medici e operatori sono le prime vittime".

LOMBARDIA

■ "La situazione è diventata critica. Gli organici all'osso negli ospedali sono ridotti, la compagine medica invecchia, ed è sbarrato l'accesso ai giovani. Più si va avanti più la situazione peggiorerà. Ci vorrebbe una grande opera di riorganizzazione del sistema e di razionalizzazione delle risorse. Non si può solo ragionare con la logica dei tagli".

MARCHE

■ "Abbiamo seri dubbi che si voglia ancora una sanità davvero pubblica, equa e universale. Noi la difenderemo fino in fondo, per tutelare i diritti dei professionisti e dei cittadini. La situazione è grave e riguarda tutti i professionisti a ogni livello. Anche nelle Marche gli operatori vivono condizioni drammatiche nei Servizi di emergenza e urgenza, in quelli ospedalieri e del territorio".



MOLISE

■ "La sopravvivenza del sistema pubblico dipenderà anche da quanto le ragioni sociali riusciranno ad imporsi su quelle economiche ed a mantenersi aderenti ai principi costituzionali. Intanto nei nostri ospedali la situazione è sempre più drammatica e in alcune strutture siamo costretti a chiedere il blocco dei ricoveri per mancanza di personale e riduzione dei posti letto".

PIEMONTE

■ "Constatiamo un costante peggioramento delle condizioni del nostro Ssn. Non c'è alcun futuro per la Sanità Pubblica se si continuerà con il blocco del turn over indiscriminato, con l'aumento della precarizzazione e con il peggioramento delle condizioni di lavoro. Segnali inequivocabili di un declino progressivo che può solo far piacere a chi intende privatizzare il nostro Sistema Sanitario".

PUGLIA

■ "Si stanno portando al limite i livelli essenziali di assistenza. I contratti atipici minano la qualità del lavoro, e servono conciliazioni. Non c'è stato lo spostamento delle risorse dagli ospedali al territorio, si chiudono solo gli ospedali con un crollo dell'offerta di salute, senza mettere gli studi dei medici sul territorio nelle condizioni di avere le strumentazioni per le nuove sfide".

SARDEGNA

■ "Siamo in un momento di grave crisi a causa della mancanza di programmazione con conseguente aumento della spesa sanitaria, dell'assenza degli atti aziendali e della mancanza di una volontà politica che stimoli la crescita e il miglioramento della sanità nella nostra Regione. Abbiamo assoluta necessità di mantenere i Lea che rischiano di diventare livelli minimi di assistenza".

SICILIA

■ "Non si possono tagliare in maniera orizzontale i fondi destinati agli ospedali pubblici senza rendersi conto delle specificità di ogni Regione. Si taglia solo quello che costa compresi i diritti, nonostante i ticket che gravano sui cittadini. E così tempi e liste d'attesa sono addirittura cresciuti, spingendo chi se lo può permettere verso le strutture private o le cure in altre Regioni".

TOSCANA

■ "Per il Ssn si prevede dal 2012 al 2014 un taglio globale di 20 mld, sommando i tagli lineari della manovra Tremonti, per un totale di 17 mld, e i circa 2.5 mld della spending review. In Toscana è ancora peggio perché qui la spending review sostanziale è stata fatta già durante gli anni trascorsi, e la review di Bondi e Monti porterà ad un'ulteriore riduzione di circa 160/170 mln per anno".

TRENTO

■ "Le prospettive nazionali di de-finanziamento, la spending review, i conflitti istituzionali, il commissariamento dei commissari, la fuga della politica nazionale dalle proprie responsabilità, la futura carenza di medici che viene affrontata al momento vedendo il solo vantaggio di risparmio economico, minacciano di cambiare anche la nostra Sanità così come l'abbiamo conosciuta".

UMBRIA

■ "La tempesta sulla sanità si sta trasformando in tornado. Le Regioni da una parte continuano a permettere che l'Università si comporti come variabile indipendente, normativa ed economica, dall'altra giocano con inaccettabile spregiudicatezza la carta della riduzione numerica delle strutture complesse e semplici ospedaliere e territoriali, con il forte rischio di tagli a strutture e servizi".

VALLE D'AOSTA

■ "Il peggioramento delle condizioni di lavoro dei medici, sempre più gravose, rischiose e precarie, inevitabilmente rischiano di ricadere sui cittadini con la conseguente perdita di fiducia nei confronti del Ssn. Diciamo no all'azione del Governo che mira alla distruzione della sanità pubblica. Risparmiare sul bene più importante, la salute dei cittadini, è indegno per uno Stato democratico".

VENETO

■ "Il lavoro in sanità diventa sempre più gravoso e più rischioso. Il medico è sempre più solo, alle prese con cittadini arrabbiati e magistrati che gli negano ciò che rivendicano per se stessi: il diritto a giudicare in serenità. Inoltre le Regioni appaiono impegnate insieme al ministero della Salute a produrre a getto continuo ipotesi di ridefinizione delle competenze professionali in sanità".



Le misure previste dalla Spending review

PER LA SANITÀ UN TAGLIO DA 4,7 MLD SFORBICIATA AI POSTI LETTO



Stretta su beni e servizi, farmaci, dispositivi medici e acquisto di prestazioni dal privato accreditato. Niente chiusura per i piccoli ospedali ma i posti letto saranno tagliati per portarli a un rapporto del 3,7 per mille abitanti. Considerando gli ultimi dati riferiti al 2009, quando l'indice era del 4,2 per mille, si dovranno cancellare quasi 27 mila letti. Abbassato anche il tasso di ospedalizzazione che scende al 160 per mille. Queste le misure previste dalla spending review

Una riduzione complessiva delle risorse al Ssn di 4,7 miliardi di euro nel triennio 2012/2014 che si concentrerà su quattro aree: beni e servizi, farmaci, dispositivi medici e prestazioni dal privato accreditato. E anche un taglio importante ai posti letto. Sono queste le misure che investono il mondo della sanità contenute nel Decreto legge "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati", la spending review, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale. La sforbiciata di Monti & C. parte da una constatazione: "L'analisi della spesa sanitaria delle diverse Regioni, delle singole Aziende sanitarie locali e ospedaliere ha evidenziato una notevole variabilità

dei costi sostenuti per l'acquisto di beni e servizi (sanitari e non sanitari) di farmaci e di dispositivi medici". Da qui la decisione di "concentrare gli sforzi per una riduzione dei costi sanitari su quattro capitoli di spesa".

Sono quindi quattro le voci di spesa nel mirino del Decreto: le condizioni di acquisto e fornitura di beni e servizi; la spesa per farmaci; la spesa per i dispositivi medici; l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati. Ma, nonostante sia stata scongiurata la chiusura dei piccoli ospedali, la rete ospedaliera italiana sarà comunque soggetta ad una massiccia razionalizzazione della sua dotazione di posti letto.

La spending review prevede, infatti, che entro l'anno le Re-

gioni debbano adeguare la dotazione di posti letto nei loro ospedali a due nuovi parametri: 3,7 posti letto per mille (oggi l'indice è fissato al 4 per mille, ma quello reale è del 4,2) e il tasso di ospedalizzazione (per i ricoveri ordinari e in day hospital) al 160 per mille, contro il 180 per mille attuale. Le Regioni avranno tempo fino a fine anno per dare corso a questi nuovi indici, riducendo la propria dotazione di letti in eccesso e provvedendo altresì a politiche di riduzione dei ricoveri. I tagli, inoltre, dovranno essere fatti chiudendo intere unità operative complesse e non a pioggia tra i vari reparti.

Un decreto "pesante" per la sanità che ha incassato le immediate critiche dell'Anao Assomed.

GLI INTERVENTI IN CAMPO SANITARIO (ART.15 DEL DECRETO)

Tagli al fondo sanitario (comma 22)

Il finanziamento del Ssn è ridotto di 900 mln di euro per il 2012, di 1,8 miliardi per il 2013 e di 2 miliardi per il 2014. Il riparto delle risorse con i nuovi importi dovrà essere effettuato in sede di auto-coordinamento tra le Regioni e le PA, entro il 30 settembre 2012 per il fondo di quest'anno ed entro il 30 novembre 2012 per quello degli anni 2013 e seguenti. In assenza di accordo tra le Regioni il riparto sarà attuato dal Governo.

Ospedali (comma 13, lettera c)

Entro il 30 novembre 2012 la

dotazione di posti letto per abitante dovrà essere ridotta al 3,7 per mille, comprensivi di 0,7 posti per letto la riabilitazione e la lungodegenza, la riduzione dovrà riguardare per almeno il 40% i presidi pubblici e dovrà essere effettuata chiudendo intere unità operative complesse.

In rapporto alla riduzione dei letti dovranno anche essere adeguate le dotazioni organiche dl personale, mentre fino al conseguimento dei nuovi standard saranno sospesi conferimento o rinnovo di incarichi di primario (ex art.15-septies del D.lgs 502/92)

Entro la stessa data le Regioni dovranno poi ridurre il tasso di ospedalizzazione al 160 per mille di cui il 25% riferito al day hospital.

La manovra interviene anche

in riferimento ai piccoli ospedali. Non è più contemplata come nella prima bozza la chiusura di quelli con meno di 120 letti, ma si prevede comunque che le Regioni effettuino una verifica della loro funzionalità.

Viene anche previsto un nuovo regolamento da varare entro il 28 febbraio 2013 che fissi nuovi standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera.

Beni e servizi (commi 12, 13 e 14)

La spending review prevede diverse misure per contenere la spesa per l'acquisto di beni e servizi. A partire dal taglio del 5% degli oneri dei contratti di fornitura di beni e servizi sanitari già in essere, ad esclusione dei farmaci (vedi altra parte della manovra). La riduzione scatterà subito e durerà per tutta la durata dei contratti, salvo che per i dispositivi medici per i quali durerà solo fino al 31 dicembre

2012. Dal 2013 entrerà infatti in vigore un apposito tetto di spesa per calmierare il settore (vedi paragrafo "dispositivi medici").

Ai fini di tenere sotto controllo la spesa per beni e servizi è poi previsto che le Asl possano ridiscutere con i fornitori i contratti già stipulati qualora dalla loro verifica risultino differenze significative di prezzo per le forniture superiori al 20% rispetto ai prezzi di riferimento elaborati ai sensi del decreto "Tremonti". Se non c'è accordo le Asl possono recedere il contratto senza alcun onere a loro carico.

Per gli acquisti scatta poi l'obbligo per le Regioni che non sono provviste di centrali di acquisto locali, di utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici della Consip.

Dispositivi medici (comma 13, lettera f)

Il tetto di spesa previsto dal decreto "Tremonti" viene determinato nel 4,9% nel 2013

e nel 4,8% a partire dal 2014. Prestazioni del privato accreditato (commi 14 e 15)

Taglio lineare dello 0,5% nel 2012, dell'1% nel 2013 e del 2% nel 2014 ai fini di ridurre nella stessa misura i costi dei contratti e degli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera.

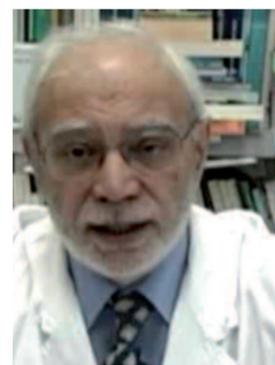
Si prevede poi la rideterminazione delle tariffe massime per le prestazioni erogate dalle strutture accreditate rimandando a un decreto della Salute di concerto con l'Economia. Gli importi superiori a queste nuove tariffe saranno a carico delle Regioni.

Patto per la salute (comma 12)

I tagli previsti per beni e servizi, dispositivi medici e prestazioni del privato accreditato, a valere dal 2013, potranno essere rimodulati, a saldi invariati, previa accordo con le Regioni nell'ambito del nuo-

Troise

"Solo tagli lineari. COLPO DI GRAZIA AL SSN"



■ "Non sarà più possibile garantire un livello adeguato di prestazioni sanitarie per qualità e sicurezza con buona pace delle liste di attesa e dei pronto soccorso sovraffollati". Così Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed

ha commentato le misure sancite dalla Spending review, ricordando che "medici e dirigenti sanitari del Ssn non si renderanno complici di una manovra regressiva ed inutile, ma reagiranno con iniziative di protesta fino alla manifestazione nazionale a Roma il 27 ottobre".

"Il decreto in continuità con la politica degli anni precedenti - ha detto Troise - infligge il colpo di grazia alla sanità pubblica e con il taglio di 5 miliardi per il triennio 2012-2014, che va ad aggiungersi a quello delle precedenti manovre economiche per un totale complessivo di 22 miliardi di tagli alla sanità pubblica, il rischio che il Ssn possa chiudere i battenti diventa una certezza".

E ancora, l'eventuale riduzione di circa 27mila posti letto, che si sommano ai 45mila già eliminati negli ultimi dieci anni, relegherebbe l'Italia molto al di sotto della media della dotazione di posti letto degli altri Paesi europei, ed in considerazione dei gravi ritardi nella organizzazione dei servizi territoriali, è destinata a provocare pericolose voragini nella rete assistenziale nelle quali saranno risucchiate le fasce più deboli della popolazione.

"I medici ed i dirigenti sanitari del Ssn - ha aggiunto - già colpiti a partire dal 2010 dal blocco delle retribuzioni e dalla soppressione di un intero rinnovo contrattuale, vedranno ulteriormente peggiorare le loro condizioni di lavoro già da tempo rese drammatiche dalla progressiva riduzione delle dotazioni organiche operate dal blocco del turnover".

L'Anaa Assomed ha quindi chiesto al Governo e al Parlamento di ascoltare l'allarme lanciato da chi nella sanità lavora ogni giorno e che vede in questo provvedimento l'ennesima manovra ingiusta destinata ad accentuare le sperequazioni tra i cittadini limitando le tutele della sanità pubblica, a tutto vantaggio della sanità privata.

POSTI LETTO PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI
Stima dei tagli della spending review
che prevede 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti
(Dati su popolazione 2009 e 2011)

Regioni	N. posti letto Anno 2009	N. Posti letto x 1000 ab. Anno 2009	N. posti letto dopo tagli spending review (con indice di 3,7 P.L. x mille ab.)	Differenza % posti letto dopo tagli della spending review, rispetto al 2009
Piemonte	18.806	4,2	16.492	-12,3
Valle d'Aosta*	535	4,2	474	-11,4
Lombardia	43.039	4,4	36.695	-14,7
Pa Bolzano	2.163	4,4	1.878	-13,1
Pa Trento	2.477	4,8	1.959	-20,9
Veneto	19.673	4,1	18.270	-7,1%
Friuli Venezia Giulia	5.260	4,3	4.572	-13
Liguria	7.134	4,4	5.982	-16,1
Emilia Romagna	19.960	4,6	16.400	-17,8
Toscana	14.748	4,0	13.874	-5,9%
Umbria	3.256	3,6	3.354	+3,0
Marche	6.447	4,1	5.792	-10,1
Lazio	26.473	4,7	21.196	-19,9%
Abruzzo	5.669	4,3	4.967	-17,1%
Molise	1.771	5,5	1.183	-33,2
Campania	20.887	3,6	21.586	+3,3
Puglia	15.960	3,9	15.137	-5,1
Basilicata	2.157	3,6	2.174	+0,7
Calabria	7.929	4,0	7.442	-6,1
Sicilia	19.433	3,9	18.689	-3,8
Sardegna	7.246	4,4	6.199	-16,8
Italia	251.023	4,2	224.315	-26.708 (-10,6%)

Fonte: Quotidiano Sanità su dati Ministero Salute

vo Patto per la Salute 2013/2015 da stipularci entro il 31 luglio 2012.

Piani di rientro (comma 20 e 21)

Viene data la possibilità alle Regioni di prolungare ulteriormente il Piano di rientro anche nel 2013 qualora la verifica delle misure adottate fino a quel momento non sia positiva.

Vengono poi meglio definiti i criteri per la verifica degli obiettivi del Piano di rientro.

Farmaci (commi 1/11)

Per il 2012 è previsto un aumento dello sconto obbligatorio che le farmacie e le aziende farmaceutiche praticano nei confronti del Ssn, che passa per le farmacie da 1,82% a 3,65% per il 2012, 2013 e 2014 e per le aziende farmaceutiche da 1,83% a 6,5% per il solo anno 2012, a partire dall'entrata in vigore del decreto. Per gli anni successivi la revisione della spesa viene operata tramite una ridefinizione delle regole che prevedono un tetto di spesa sia per la farmaceutica convenzionata territoriale che per la farmaceutica ospedaliera. Per la farmaceutica territoriale viene individuato un nuovo tetto di spesa pari all'11,5% rispetto al precedente 13,3%.

Per la farmaceutica ospedaliera il nuovo tetto è del 3,2% rispetto al precedente 2,4%. Dal tetto sono esclusi i farmaci di classe A in distribuzione diretta o per conto, la spesa per i vaccini e per i medicinali di cui alle lettere c e cbis dell'art.8, comma 10 della legge 537 del 1993, le preparazioni magistrali e officinali delle farmacie ospedaliere, i medicinali esteri e i plasma derivati di produzione regionale e da tutte le somme derivanti dai vari meccanismi di compartecipazione delle aziende farmaceutiche (pay back e altre forme).

Nel caso di sfondamento del tetto della farmaceutica territoriale viene confermato il meccanismo di ripiano totalmente a carico della filiera farmaceutica (aziende, grossisti, farmacisti); per lo sfondamento della spesa farmaceutica ospedaliera, che fino ad oggi è stato tutto a carico delle Regioni, viene introdotto un meccanismo di ripiano

che pone a carico delle aziende farmaceutiche il 50% di tale sfondamento.

Ai fini del contenimento della farmaceutica ospedaliera vengono poi previsti dei budget annuali per le aziende produttrici in relazione alla presenza di farmaci generici e per i farmaci con copertura brevettuale. Viene inoltre istituito un fondo aggiuntivo per la spesa dei farmaci innovativi che sarà gestito dall'Aifa e finanziato con l'80% dei risparmi ottenuti per effetto delle scadenze brevettuali.

Il taglio dei posti letto Regione per Regione, le stime sui dati 2009.

Ma vediamo ora nel dettaglio ciò che potrebbe accadere nelle singole Regioni, confrontando la dotazione ospedaliera presente nel 2009, quando la dotazione media era appunto di circa 4,2 x mille abitanti, con quella che ne deriverebbe applicando a tutti il 3,7 x mille (cfr tabella). Il taglio, come detto, dovrebbe essere di circa 26.700 posti letto, ovvero in media una riduzione del 10,6% rispetto al 2009.

In testa alla classifica delle Regioni che dovranno tagliare più letti c'è il Molise, che rispetto al 2009 vedrà ridursi la dotazione del 33,2%. Insomma, un posto letto su tre sarà tagliato. Riduzione drastica anche nella Pa di Trento dove il calo sarà del 20,9%, mentre sul terzo gradino di questa speciale graduatoria troviamo poi il Lazio, che a fronte dei 26.473 posti del 2009 dovrà passare a 21.196. Più di 5mila letti in meno, ovvero una riduzione del 19,9%. Tagli ingenti anche per l'Emilia Romagna (-3.500 letti per una riduzione del 17,8%), per la Sardegna (-16,8%) e per la Liguria (-16,1% rispetto al 2009). Ma in questo scenario di tagli ci sarà anche qualche regione che beneficerà invece di un aumento (seppur minimo) della dotazione di letti. Stiamo parlando della Campania vedrà il suo numero di posti letti crescere rispetto al 2009 del 3,3%. Stesso discorso varrà anche per l'Umbria, dove l'aumento della dotazione sarà del 3%. Lievissimo incremento (+0,7%) anche per la Basilicata.

ORARIO DI LAVORO "FINALMENTE QUALCOSA S

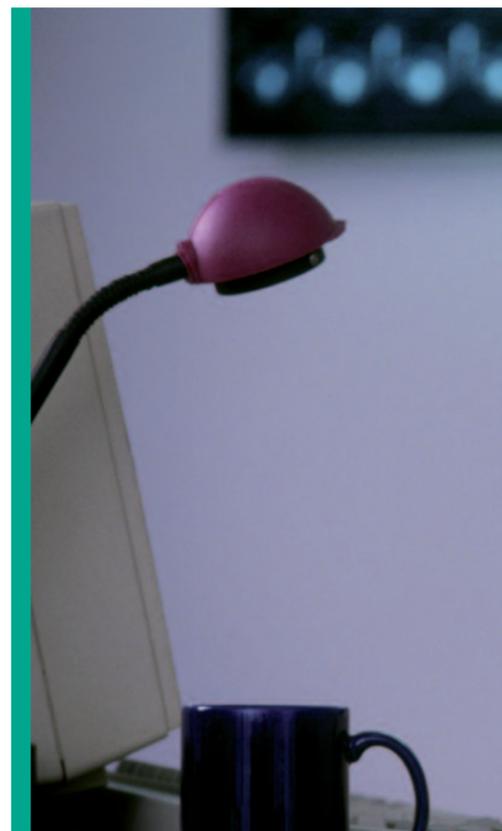
L'Ue ha inviato nei mesi scorsi all'Italia, anche grazie alle denunce dell'Anaa, una lettera di messa in mora sulla non applicazione della direttiva europea sugli orari di lavoro e i tempi di riposo. Vediamo a che punto siamo

Sergio Costantino
Segretario aziendale Anaa
Assomed Policlinico di Milano

Carlo Palermo
Coordinatore dei Segretari
Regionali Anaa Assomed

Enrico Reginato
Vice Presidente Fems

L'Unione europea (Ue) dispone dal 1993 di standard comuni che disciplinano l'orario di lavoro: dal 2000 tali standard sono applicati a tutti i settori dell'economia. La direttiva sull'orario di lavoro è una pietra miliare dell'Europa sociale poiché assicura una protezione minima a tutti i lavoratori contro orari di lavoro eccessivi e contro il mancato rispetto di periodi minimi di riposo. Essa prevede inoltre diversi meccanismi di flessibilità destinati a tener conto delle circostanze particolari attinenti ai diversi paesi, settori o lavoratori. L'Ue, ha inviato lo scorso 26 aprile all'Italia una lettera di messa in mora riguardante la non applicazione della direttiva europea sugli orari di lavoro e i tempi di riposo. La missiva dell'Ue fa riferimento all'esclusione del personale medico e sanitario da alcuni diritti previsti dalla direttiva 88/2003/CE, che disciplina le tutele per tutti i lavoratori, e quindi anche per i dipenden-



ti del Ssn. Ben si comprende come la vicenda assuma un significato più ampio, in quanto la letteratura scientifica internazionale collega direttamente la deprivazione del riposo e gli orari prolungati di lavoro dei medici ad un netto incremento degli eventi avversi e del rischio clinico per i pazienti. Pertanto, la salvaguardia della salute degli operatori assume nel settore sanitario un'importanza strategica che va ben oltre il mero ambito contrattuale o l'interesse particolare di una categoria professionale. Con il D.lgs n.66/2003 il nostro Paese ha recepito la direttiva Ue e quindi le norme sul limite massimo settimanale di 48 ore (straordinari compresi) e di riposo giornaliero (11 ore su 24). Dopo alcune sentenze di condanna da parte della magistratura delle aziende sanitarie inadempienti, che hanno comportato multe in alcuni casi milionarie, nella legge Fi-

LAVORO E SI MUOVE"



nozione di diritto comunitario che non può essere interpretata in funzione delle prescrizioni delle varie normative degli Stati membri.

- Il diritto dei lavoratori al riconoscimento di periodi di riposo non può essere subordinato dagli Stati membri a qualsivoglia condizione, poiché esso deriva direttamente dalle disposizioni della direttiva.

- I medici non possono essere esclusi dalle tutele generali neanche quando svolgono i servizi di guardia: "Una siffatta interpretazione s'impone a maggior ragione in quanto si tratta di medici che garantiscono un servizio di guardia nei centri sanitari, dato che i periodi durante i quali la loro opera non è richiesta per far fronte ad urgenze, non si può escludere che gli interessati siano chiamati a inter-

venire, oltre che per le urgenze più o meno brevi e frequenti, per seguire lo stato dei pazienti posti sotto la loro sorveglianza o per svolgere compiti amministrativi."

Inoltre, la giurisprudenza comunitaria ha riconosciuto carattere eccezionale alle deroghe previste dall'art. 17 della

Dopo la deroga il lavoratore ha in ogni caso diritto a periodi equivalenti di riposo compensativo.

Tali periodi devono sottrarre il lavoratore ad ogni obbligo nei confronti del datore, così da consentirgli di "dedicarsi liberamente e senza interruzione ai suoi propri interessi al fine di neutralizzare gli effetti del lavoro sulla sicurezza e la salute dell'interessato".

I periodi equivalenti devono essere costituiti da un numero di ore consecutive corrispondenti alla riduzione del riposo praticata e devono essere collocati immediatamente a ridosso del periodo di lavoro che intendono compensare, "al fine di evitare uno stato di fatica o di sovraccarico del lavoratore dovuti all'accumulo di periodi di lavoro consecutivi". È da sottolineare come anche secondo autorevoli giuslavoristi italiani (Leccese, Allamprese), l'art. 41 comma 13 della Legge 133/2008 contrasti con la disciplina comunitaria ed in un ipotetico giudizio dovrebbe essere disapplicato dal giudice nazionale "se interpretato nel senso di sottrarre dall'applicazione della norma di tutela anche i rapporti di lavoro tra aziende del Ssn e prestatori di lavoro che, ancorché formalmente qualificati come dirigenti, non hanno alcun potere di autodeterminazione della durata della propria prestazione". Infatti, la normativa comunitaria (direttiva 88/2003/Ce) consente, all'articolo 17, di derogare all'applicazione delle sue disposizioni, ove si tratti, in particolare, di "dirigenti o altre persone aventi potere di decisione autonomo". Va, però, rilevato che i medici e i dirigenti sanitari italiani non possono rientrare

Ma la modifica del D.lgs 66/2003 cosa ha comportato di fatto? L'errore è stato quello di affidare al confronto regionale e alla contrattazione decentrata la tutela di un diritto di livello comunitario. Si è creata una situazione per cui ogni Regione ha scelto una propria strada, così in Regioni come la Toscana o la Puglia la normativa contrattuale recepisce la direttiva Ue e garantisce le tutele ai lavoratori, mentre in altre, tipo la Lombardia, le tutele sono di fatto ridotte e i medici sono costretti a lavorare in condizioni di deroga senza che sia tutelato il loro diritto al riposo equivalente.

Per questo l'Anaao Assomed, attraverso la Federazione europea dei medici salarati (Fems) ha denunciato la vicenda a Bruxelles, contattando nel 2008 il Commissario Vladimir Spidla e successivamente nel 2010, con la seconda Commissione Barroso, il successore Laszlo Andor. Anche alcuni parlamentari europei italiani sono stati interessati alla vicenda.

Finalmente dopo tanti anni di battaglie si sta muovendo qualcosa. La Ue ci ha finalmente ascoltati e ha capito che i dirigenti medici hanno un rapporto di lavoro contrattualizzato basato sugli orari di lavoro e non solo sui risultati, pertanto non possono essere tenuti fuori dalle tutele sui riposi e sui tempi massimi di lavoro. Infatti, all'art. 17 della direttiva 88/2003/Ce sono previste deroghe solo per quei dirigenti che possiedono autonomia organizzativa. Ciò non riguarda i medici e i sanitari italiani inquadrati come dirigenti del Ssn poiché sono a tutti gli effetti lavoratori dipendenti, con l'esclusione dei soli direttori di dipartimento. Infatti, non possono rifiutarsi di garantire il servizio di guardia, di entrare in sala operatoria, di svolgere il

lavoro di corsia o ambulatoriale. Non resta a questo punto che attendere la risposta del Governo italiano. Certamente sarà difficile andare contro le sentenze della Corte di Giustizia Europea e contro i contenuti della Direttiva 88/2003/Ce.

nanziaria 2008 (Governo Prodi) è stata introdotta, su suggerimento di alti funzionari regionali e ministeriali, una prima deroga sui riposi per il personale delle aree dirigenziali degli enti e delle aziende del Ssn. Pochi mesi dopo (Governo Berlusconi) con la legge 133/2008, oltre alla normativa sul riposo è stata derogata anche quella relativa sul limite massimo dell'orario di lavoro settimanale. Così all'art. 41 della legge 133/2008 si legge come "Al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Ssn, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro

che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche".

In sintesi, il legislatore italiano ha demandato alla contrattazione collettiva la tutela di un diritto previsto nella legislazione comunitaria, sulla base di una presunta equivalenza tra lo stato giuridico dirigenziale tracciato nella direttiva europea e quello della dirigenza medica e sanitaria italiana.

In materia, già nel 2008, esistevano importanti pronunciamenti della Corte di Giustizia Europea che avrebbero dovuto indurre i nostri governanti ad un atteggiamento più prudente. Con la sentenza "Jaeger" del settembre 2003 la Corte aveva stabilito alcuni indirizzi inderogabili:

- Il "periodo di riposo" è una

La Ue ci ha finalmente ascoltati e ha capito che i dirigenti medici hanno un rapporto di lavoro contrattualizzato basato sugli orari di lavoro e non solo sui risultati, pertanto non possono essere tenuti fuori dalle tutele sui riposi e sui tempi massimi di lavoro

direttiva 104/1993/Ce (ora artt. 17-19, 88/2003/Ce), stabilendo che esse "devono essere interpretate in modo che la loro portata sia limitata a quanto strettamente necessario alla tutela degli interessi che tali deroghe permettono di proteggere".

nell'ambito applicativo dell'articolo 17 della direttiva, in quanto si tratta di professionisti "contrattualizzati", la cui autonomia si riduce a quella medico-curativa, prettamente attinente alla tutela del diritto alla salute e non all'organizzazione dell'orario di lavoro.

lavoro di corsia o ambulatoriale. Non resta a questo punto che attendere la risposta del Governo italiano. Certamente sarà difficile andare contro le sentenze della Corte di Giustizia Europea e contro i contenuti della Direttiva 88/2003/Ce.

La Conferenza episcopale italiana chiama a confronto i medici

ALLA RICERCA DI UN NUOVO PARADIGMA PER LA SANITÀ

↳ Lucia Conti

Equità, sostenibilità, centralità e dignità della persona. Ecco come la sanità secondo la Chiesa Cattolica. Troise: "Ma le condizioni di lavoro dei medici sono la cruna dell'ago attraverso cui deve passare il cambiamento"

Un evento speciale quello che si è svolto a Roma dal 18 al 20 giugno scorsi. L'ufficio per la pastorale sanitaria della Conferenza episcopale italiana (Cei) ha chiamato a raccolta politici, esperti della sanità, medici, infermieri e farmacisti con un obiettivo ambizioso: realizzare insieme un nuovo paradigma della sanità. Di ispirazione cattolica, per certi versi. Ma in realtà basato su quei valori che sono alla radice dell'etica professionale di ogni medico: la centralità della persona, l'umanizzazione del percorso di cura, il dialogo, l'ascolto e l'alleanza medico-paziente, l'equità e la valorizzazione della dignità della persona e della professione medica, la collaborazione tra tutti i professionisti, ma anche tra tutti i cittadini, per realizzare un vero welfare solidale guidato da un'attitudine alla solidarietà. Elementi necessari, secondo la Cei, non solo per realizzare a pieno la missione di cura, ma anche per rispondere alla crisi economica. "La prima richiesta che ogni paziente ha nel cuore è quella di non essere lasciato solo. Se l'organizzazione delle strutture e la formazione degli operatori riuscissero a far percepire questo impegno, il contenzioso medico e la conflittualità si depotenzierebbe, migliorando le condizioni di lavoro dei professionisti e anche liberando le risorse oggi sprecate nella medicina difensiva", ha affermato il direttore dell'Ufficio per la pastorale sanitaria della Cei, Mons.

Andrea Manto. Ma si sta chiedendo ai medici di diventare anche "guide spirituali"? "Si chiede ai medici di ridare dignità alla loro professione, che non è soltanto tecnica", ha risposto Mons. Manto. "L'amore per il prossimo e la consolazione - ha aggiunto - sono parti essenziali delle professioni sanitarie. Non sono elementi da introdurre, bensì da ritrovare. Perché la professione medica è fatta di scienza e coscienza e se in tutte le civiltà, sin dall'antichità, la professione medica era tenuta in grande considerazione, questo deriva dal fatto che il medico è depositario di una cultura della vita e della sofferenza, del nascere e del morire, che sono i nuclei centrali dell'esperienza umana".

Radici che i medici conoscono bene. Ma che oggi sembra sia loro solo concesso sognare. Quelli che la categoria sta vivendo, infatti, sono tempi soffocanti, stretti tra vincoli di spesa e turnazioni di lavoro massacranti. Si parla infatti di persona al centro di sistema, si chiede al medico di avere la capacità di ascoltare. Ma la capacità di ascoltare presuppone il tempo per ascoltare. "Tempo che oggi, tra blocco del turn over e carenza di organici, non c'è più", ha denunciato il segretario nazionale dell'Anao Assomed, Costantino Troise, intervenendo al convegno. E sottolineando che "in molti casi, negli ospedali, non ci sono più neanche gli spazi per stare accanto ai cittadini, attraverso il colloquio, in un momento di sofferenza". Per

questo, secondo Troise, "le condizioni di lavoro dei professionisti della sanità sono la cruna dell'ago attraverso cui deve passare il cambiamento". Che però, "è vero, deve passare anche dal cuore". Dall'amore per la professione e quindi del progetto di cura del paziente. Ai medici, insomma, è chiesto uno scatto di orgoglio professionale. "Ma i medici - ha sottolineato Troise - non possono essere lasciati soli a combattere la battaglia per una sanità migliore e più umanizzata. I cittadini e la classe politica devono unirsi a noi per difendere il Servizio sanitario pubblico e i valori che rappresenta". Purtroppo però, come ha rilevato Ivan Cavicchi, ordinario di sociologia dell'organizzazione sanitaria e filosofia della medicina all'Università di Roma Tor Vergata, la sanità oggi è una nave condotta da comandati ciechi. "La politica e l'economia tendono a considerare i lavoratori come un fattore produttivo da impiegare. Da cui, quindi, ottenere il più possibile al minor prezzo". Il lavoro, ha sottolineato Cavicchi, "è anche quello, ma anche molto di più". Ed è "una follia politica pensare di risparmiare tagliando sul lavoro, perché così facendo si tagliano i servizi, la qualità e le garanzie per i cittadini". L'imperativo, per l'esperto di sanità, è dunque quello di "far tornare ad essere i professionisti della sanità i mediatori tra il paziente e il percorso di cura. I mediatori tra i problemi etici e quelli economici, tra i diritti e le risorse". In sin-

tesi, "ridare ai professionisti della sanità l'autonomia di scegliere cosa serve e cosa non serve al paziente". Perché la medicina "è scelta". E la scelta "è lo strumento con cui il professionista può governare la complessità del malato e, insieme a questo, può governare il sistema e i suoi costi". "È impossibile - ha ribadito Cavicchi - teorizzare un cambiamento del paradigma della sanità senza soffermarsi a riflettere sul lavoro di chi è dovrebbe mettere in atto quel cambiamento, cioè a chi ogni giorno è in prima linea con la malattia, con i pazienti e con il sistema. Vale a dire i professionisti". Un progetto ambizioso, dunque. Ma non impossibile da realizzare. Secondo il ministro della Salute, Renato Balduzzi, intervenuto al Convegno, il comparto sanità è infatti "un formidabile agente di trasformazione e questa è una consapevolezza che deve crescere tra gli operatori. Che devono sapere di operare in un settore ad alta valenza innovativa, molto più di altri settori". La sfida della sostenibilità, quindi, secondo il ministro, non deve spaventare. Piuttosto, interventi come la spending review, devono essere secondo Balduzzi visti come "un'opportunità". Nella consapevolezza che "la sanità italiana non è come viene spesso rappresentata, cioè inefficienza e corruzione. C'è anche questo, ma la sanità non è questo, bensì è un comparto con una maturità ormai consolidata". Certo, ha aggiunto Balduzzi, "ci sono ancora molti aspetti

da migliorare". E l'obiettivo è realizzare una "sanità di ispirazione" anche attraverso "l'afflato che la pastorale sanitaria può portare nel settore". Una sanità di ispirazione che "sarà in grado di concorrere positivamente al sistema intero, aiutando a produrre buoni risultati e ad evitare derive".

Tematiche importanti quelle affrontate nel convegno della Cei, e a cui la Chiesa Cattolica chiede di potere contribuire portando avanti un confronto congiunto on tutte le componenti del sistema salute. Un appello accolto con favore da Troise, secondo il quale l'incontro promosso dalle Cei "ha intercettato le reali esigenze dei cittadini, dei medici e del sistema, e dobbiamo continuare a parlarne". Anche per "ritrovare insieme la fiducia, nel futuro e nei rapporti, e la speranza, che sono la componente fondamentale per realizzare qualunque cambiamento", ha concluso il direttore dell'Ufficio pastorale della Cei, Mons. Manto. Sottolineando che però questo percorso "non deve servire solo ad uscire dalla crisi, ma deve continuare ad accompagnare la vita e il lavoro di ogni uomo. Perché la vita umana, sia quella privata che lavorativa, ha bisogno di un progetto di vita da condurre e portare avanti sempre costantemente accompagnato da un sentimento di fiducia e speranza che va condiviso con gli altri".

In fondo, secondo Cavicchi, il paradigma proposto dalla Cei non è così lontano da quello desiderato anche dai pazienti e dai professionisti. "Tra la cultura laica e quella cattolica c'è molto più terreno in comune di quanto solitamente si tende a pensare".

I Piani di rientro all'esame dei Tavoli di verifica

I PROMOSSOSSI E I BOCCIATI

Quattro bocciati. Tre promossi e uno salvato sul filo di lana. È questo il bilancio dei risultati delle ultime riunioni congiunte, svoltesi tra la fine di marzo e l'inizio di aprile, del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Lea, riguardanti le Regioni sottoposte a Piano di rientro dal deficit sanitario. Non passano il vaglio del tavolo, Lazio Campania, Molise e Calabria, superato invece a pieni voti dall'Abruzzo, dalla Sicilia e Piemonte (regioni queste ultime che hanno chiuso il bilancio in attivo, facendo registrare, rispettivamente, un avanzo di 262,224 mln di euro e 5,250 mln di euro). La Puglia invece ha chiuso lo scorso anno con un passivo di 120,414 mln di euro, che è stato, però, adeguatamente coperto dalle misure adottate dalla regione. Per le regioni bocciate scatteranno ora l'aumento delle aliquote fiscali di Irap e Irpef per l'anno d'imposta in corso, il blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e, infine, il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Ma vediamo in dettaglio l'esito dei Tavoli di verifica Regione per Regione.

ABRUZZO

È STATO CERTIFICATO un risultato di gestione dell'anno 2011 che ha evidenziato un avanzo di 4,947 milioni di euro, che con le coperture è stato rideeterminato in 60,986 milioni di euro.

In ordine al Programma Operativo 2011-2012 e alla sua attuazione è stato, inoltre, regi-

Male Lazio, Campania, Molise e Calabria per le quali scatteranno l'aumento delle aliquote fiscali Irap e Irpef, oltre al blocco del turnover per il personale del servizio sanitario. In deficit anche la Puglia, ma con un disavanzo coperto dalle risorse regionali. Risultati di bilancio positivi per Abruzzo, Sicilia e Piemonte. È questo il verdetto emerso dalle riunioni del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Lea sulle Regioni sottoposte a Piano di rientro dal deficit sanitario



strato il persistere di specifiche criticità riguardo alla rete laboratoristica pubblica, alla rete di emergenza-urgenza e all'assistenza territoriale, in particolare nelle cure ai malati terminali (Hospice).

Come previsto, la Regione ha trasmesso uno "schema" di Piano Sanitario Regionale 2011-2012 al fine di acquisire la preventiva valutazione da parte dei Ministeri affiancanti. Per quanto riguarda la verifica degli adempimenti, infine, si è dato atto che la Regione ha superato la verifica degli adempimenti relativi all'anno 2008.

CALABRIA

IL DISAVANZO non coperto relativo all'anno 2011, che ri-

comprende la rettifica della penitenziaria, tutti gli ammortamenti non sterilizzati e la perdita 2010 portata a nuovo, è pari a 35,488 mln di euro. Pertanto si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Rispetto alla verifica annuale è stato segnalato il ritardo nella ridefinizione delle reti assistenziali (decreto 18/2010) ed in particolare si è evidenziato che la Regione ha adottato solo parzialmente i provvedimenti attuativi del decreto citato. Tra le criticità sono state inoltre indicate: la parziale implementazione della rete territoriale e la mancata definizione della rete di emergenza; l'assetto giuridico definitivo della Fondazione Tommaso Campanella; la necessità di una revisione delle Linee guida sugli Atti aziendali, la mancata rimozione dei provvedimenti commissariali in contrasto con il piano di rientro; la gestione del personale ed il rispetto del blocco del turn over.

CAMPANIA

IL RISULTATO di gestione ha evidenziato, dopo le coperture, un disavanzo di 22,443 mln di euro, ivi inclusi gli ammortamenti non sterilizzati. Di conseguenza si sono realizzate le condizioni: per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

Ai fini dell'accesso all'ulteriore anticipazione di liquidità, è stata confermata la sussistenza, in relazione allo stato del debito, delle condizioni per l'accesso all'ulteriore quota di anticipazione di liquidità limitatamente all'importo di 134 milioni di euro.

Sono state rideterminate in circa 1.431 mln di euro le somme trasferite dallo Stato alla Regione, ma non messe a disposizione del Ssr. I tavoli hanno ribadito la necessità di procedere, da parte della regione, ad un più celere completamento delle procedure di trasferimento delle (peraltro cospicue) risorse residue a favore del Ssr.

In ordine alla verifica annuale sull'attuazione del piano di rientro dell'anno 2011, permangono specifiche criticità inerenti la tematica del personale e la tematica dei beni e servizi, per le quali si rimane in attesa, rispettivamente, di chiarimenti e conseguenti azioni da parte della struttura commissariale e di acquisire elementi informativi sulla organizzazione e sulle funzioni della Soresa. Sull'accreditamento istituzionale si è rilevato il ritardo nell'attuazione della normativa nazionale; mentre risulta conclusa positivamente la procedura di sottoscrizione dei contratti 2011 con gli erogatori privati. Quanto alle reti assistenziali

(ospedaliera, territoriale ed emergenza) si rimane in attesa della completa attuazione degli interventi previsti e del conseguente avvio delle attività di assistenza territoriale nelle strutture riconvertite. È stata ritenuta ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti 2009 e 2010 mentre è stato segnalato il grave ritardo nella trasmissione della documentazione ai fini della verifica dell'adempimento in materia di beni e servizi.

In conclusione è stata ritenuta possibile l'erogazione alla regione di una quota delle restanti spettanze a tutto l'anno 2011 (pari a 867 mln di euro), per un importo complessivo di 300 mln di euro anche al fine di non compromettere l'andamento del piano dei pagamenti verso i fornitori già in atto.



LAZIO

UNA VERA E PROPRIA bocciatura per la Regione Lazio sulla verifica del Piano di rientro. La seconda consecutiva sancita dal tavolo tecnico ministeriale dopo quella della riunione dello scorso dicembre. Il che tradotto vuol dire che, anche dopo questa verifica, il Tavolo e il Comitato tecnico hanno deciso di non sbloccare nessuna spettanza alla Regione (l'ultimo sblocco risale a settembre dello scorso anno). Unico dato da leggere in positivo riguarda il risultato di gestione 2011 che, comprensivo di tutti gli ammortamenti non sterilizzati e dell'avanzo 2010 rideterminato in 83 mln di euro, dopo le coperture, ha evidenziato un avanzo di 422.000 euro.

Ma quali sono le criticità segnalate dal tavolo tecnico. In primis il rapporto con l'ospedale privata. Dalla documentazione presentata si evince che non sono stati sottoscritti contratti relativamente al 28% del budget. E, per quanto riguarda l'accreditamento,

dalla relazione emerge che i risultati raggiunti al 3 aprile sono di 18 accreditamenti definitivi e 185 in istruttoria avanzata, a fronte di 806 strutture da accreditare. Tornando agli ospedali, dalla verifica emerge come per tutto il 2011 il Gemelli ha operato senza tetto di spesa e il tavolo chiede alla Regione come verrà remunerata la struttura. Per quanto riguarda il Campus Biomedico poi, il tavolo ha sollevato dubbi su come sia stato possibile per la struttura recuperare il budget sulla specialistica (7,6 mln) non prodotto nel 2008. Dubbi anche sull'accordo con la Fondazione S. Lucia per cui Tavolo e Comitato attendono "esaustive spiegazioni circa l'incremento delle funzioni da 6 a 12,5 mln di euro". Criticità emergono anche sul fronte del personale su cui il tavolo ha segnalato la mancanza di un

quadro definitivo sulla situazione delle assunzioni e la mancanza di un sistema sanzionatorio per coloro che non rispettano le direttive Commissariali in merito alle assunzioni del personale. Questioni che hanno portato il Tavolo ministeriale a respingere ogni richiesta di deroga al blocco del turn-over operata dalla Regione. Anche per i posti letto il Tavolo di verifica ha richiesto un nuovo provvedimento ricognitivo che illustri nel dettaglio la rete ospedaliera, comprensiva dei posti letto ordinari e diurni, suddivisi per macroaree, disciplina e struttura, nonché lo stato di attuazione della rete stessa. Chiesto anche un aggiornamento sia sullo stato di attuazione delle reti assistenziali, che sulla concreta attivazione delle attività previste nei presidi oggetto di disattivazione o di riconversione. Questione annosa anche per quanto riguarda le Università. Sono ancora da stipulare i protocolli di intesa oltre che con l'Università Cattolica-Policlinico Gemelli di Roma anche con La Sapienza di Roma e Tor Vergata. Grossi ritardi so-

no stati evidenziati anche sul progetto tessera sanitaria, mentre è da segnalare come alla voce relativa a "altri beni e servizi" è stato rilevato un incremento rispetto al 2010 di 12 mln di euro e di 79,6 mln di euro rispetto al programmato 2011 dovuto principalmente all'incremento della spesa per consulenze sanitarie e non, all'incremento della spesa altri servizi. Relativamente alla voce altra assistenza infine è stata rilevata una crescita dei costi per l'assistenza integrativa e protesica rispetto al 2010 di 9,5 mln di euro, una crescita di 14,8 mln di euro per la distribuzione di farmaci e file F da privato e un aumento di 26,9 mln di euro per le prestazioni socio sanitarie da privato.

MOLISE

IL RISULTATO di gestione evidenzia, dopo le coperture, un disavanzo di 42,111 mln di euro, nel quale sono ricompresi tutti gli ammortamenti non sterilizzati, i rischi e la perdita 2010 portata a nuovo. Pertanto si sono realizzate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente (ossia l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti); l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo.

In ordine alla verifica annuale sull'attuazione del piano di rientro, è stato evidenziato come risultino adottati, dalla direzione aziendale dell'Asrem, provvedimenti in contrasto con il Piano di rientro e con le disposizioni di legge, in particolare con riferimento alla violazione del blocco totale del turn over. È stata ritenuta ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti 2009 e 2010, mentre sono state confermate le inadempienze per gli anni 2007 e 2008 in relazione al mancato raggiungimento dell'equilibrio di bilancio.

Gli organismi di verifica hanno ritenuto quindi non realizzati i presupposti per erogare alla regione le spettanze residue e per l'accesso ai Fondi Fas per la copertura del disavanzo a tutto il 2009.

PIEMONTE

IL RISULTATO di gestione al IV trimestre 2011 presenta, dopo le coperture, un avanzo di 5,250 milioni di euro, ivi ricomprendendo gli ammortamenti non sterilizzati di competenza riferiti ai beni entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e il rischio da minori accantonamenti per il personale convenzionato.

I Tavoli hanno confermato, inoltre, quanto emerso nelle precedenti verifiche in ordine al ritardo della Regione nell'attuazione della maggior parte degli obiettivi del Piano di rientro ed in particolare, rispetto alla reti assistenziali, hanno manifestato difficoltà nel monitoraggio dell'attuazione del Piano di Rientro dovuto alla continua riprogrammazione degli interventi.

In merito al Piano socio sanitario regionale 2012-2015, i Tavoli hanno chiesto di trasmettere la versione definitivamente approvata, raccomandando la coerenza con il Piano di rientro e con l'Addendum al Piano di rientro. In materia di personale è stata raccomandata attenzione al sistema sanzionatorio regionale in relazione ad eventuali assunzioni di personale non coerenti con quanto programmato.

PUGLIA

IL RISULTATO di gestione al IV trimestre 2011 – ricompresi gli ammortamenti non sterilizzati dei beni entrati in produzione negli anni 2010 e 2011 e il rischio, prima delle coperture – presenta un disavanzo pari a 120,414 mln di euro adeguatamente coperto dalle misure di copertura adottate dalla regione. Relativamente alla verifica annuale, la Regione sta procedendo con quanto previsto dal Piano di Rientro, ma non ha completato alcuni interventi rilevanti, quali la riorganizzazione delle reti assistenziali. I Tavoli

hanno chiesto di conoscere lo stato dell'arte delle attività previste nelle strutture ospedaliere riconvertite e hanno evidenziato il permanere di criticità irrisolte in relazione alla rete di emergenza. Inoltre hanno evidenziato la mancata adozione dei provvedimenti previsti dal Piano di Rientro sull'Osservatorio regionale dei prezzi.

In relazione alla gestione del personale la Regione si è riservata di presentare una relazione esaustiva al fine di richiedere le deroghe al blocco del turn over nei termini previsti dal Piano di rientro.

SICILIA

LA GESTIONE dell'anno 2011, ricomprendendo tutti gli ammortamenti non sterilizzati e includendo i rischi, presenta, dopo le coperture, un avanzo di 262,224 mln di euro. Sono state valutate positivamente le azioni intraprese nell'anno 2011 per l'attuazione del Programma Operativo 2010-2012, pur richiedendo alla regione di adoperarsi affinché si portino a compimento anche i risultati attesi nell'area dell'assistenza territoriale.

È stata invece valutata non ancora sufficiente la documentazione trasmessa dalla Regione, ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti per gli anni 2008, 2009 e 2010, registrando nel contempo un grave ritardo nell'attuazione dell'attività strategica di collegamento in rete dei medici.

In conclusione, pur registrando alcuni aspetti positivi nell'attuazione del Piano di rientro (fatto salvo l'attuazione di quanto previsto dal Sistema Tessera sanitaria in merito al collegamento in rete dei medici di medicina generale), poiché la regione non ha ancora assicurato il formale ripristino della quota di Fondo sanitario a partire dall'anno 2013, gli organismi di monitoraggio hanno ritenuto che non sussistano le condizioni per erogare alla Regione Siciliana alcuna somma delle spettanze residue a 31 dicembre 2009. I rappresentanti regionali hanno preannunciato una richiesta in ordine alla possibilità di accedere alle spettanze residue, tenuto conto delle esigenze finanziarie del Servizio sanitario regionale.

L'esperienza di un master in Clinical Governance

I GIOVANI MEDICI: BURATTINI O PROTAGONISTI DELLA SANITÀ?

L'articolo si apre come riflessione della realtà quotidiana nella quale i medici operano, traendo spunto dal percorso di studio all'interno di un Master in Governo Clinico organizzato dalla Fadoi in collaborazione con l'Iss, il Crems dell'Università Liuc e la Facoltà di Medicina

di Firenze. È stato scritto in collaborazione con Tiziana Attardo che come me ha deciso di mettersi in gioco e alla quale ho chiesto di affrontare il tema "integrazione ospedale-territorio" sviluppato nell'ambito della modalità di apprendimento Fad (formazione a distanza).

Il regno del Caos

di **Domenico Montemurro**
consigliere nazionale Anao Assomed

Analisi della realtà

Tutti i giorni siamo bombardati da notizie che ci arrivano dal web, tramite i giornali, dalla TV e tutte le volte provo la sgradevole sensazione che nel sistema sanitario regni il "caos".

Il nostro lavoro quotidiano è destabilizzato da allarmi continui suscitati da annunci e slogan, quali: sperimentazione della ricetta elettronica ancora in alto mare, Ddl governo clinico approda in parlamento, Fsn (fondo sanitario nazionale) decurtato, informatizzazione stenta a decollare, nuovi Livelli essenziali di assistenza, sì a nuovi ticket, no a nuovi ticket, sviluppo di nuove tecnologie ma loro uso improprio, impoverimento della Sanità con i tagli lineari, nuovi modelli organizzativi, etc.

Da qui degli interrogativi che credo appartengano alla coscienza di tutti: esiste una strada giusta? La sanità è fatta solo di "sparate"? Esiste un colpevole per il "caos" presente? Siamo pronti noi medici a negoziare la nostra salute e quella dei nostri pazienti? Mosso da un moto di orgoglio ho deciso di dare un ordine mentale e capire in quale sistema organizzativo lavoro, chi sono i miei "capi" e se sono un burattino o un protagonista. La scelta migliore è stata quella di affrontare un percorso universitario che mi spiegasse le variabili di complessità interne ed esterne del nostro Sistema sanitario nazionale.

Percorso di studio e riflessioni

Durante le lezioni è emersa la prima riflessione: alcuni determinanti della salute (ambiente di lavoro, comportamenti e stili di vita, assistenza sanitaria, influenze genetiche. Ricciardi 2008), costituiscono la base per il finanziamento del nostro Ssn e l'allocazione delle risorse privilegia poco la prevenzione primaria.

La premessa alla seconda riflessione è stato pensare al nostro Sistema sanitario come ad uno sn-

do di variabili in continuo divenire e, pertanto, riformarlo continuamente è funzionale all'avvento del web, alla nascita di nuove tecnologie e del loro uso, alla necessità di usare la parola "iso-risorse" implementando programmi di informatizzazione, all'invecchiamento della popolazione, all'ini-

quità nell'accesso e nella qualità delle cure, all'aumento delle prestazioni e dei costi, alla revisione dei Pdta (percorsi diagnostico-terapeutici) non standardizzati, alla comprensione delle motivazioni di una medicina difensiva, alla modificazione della visione ospedalocentrica, al nuovo ruolo assunto da pazienti sempre più esigenti. La terza riflessione è nata dall'analisi della frase "forma organizzativa professionale"; tra le varie definizioni pro-

posteci quella che più mi ha colpito recita: "l'organizzazione professionale, tipica delle attività di servizio alle persone, è caratterizzata da un'attività collettiva impiegante personale altamente qualificato che opera con notevole autonomia e che si avvale di metodologie difficili da apprendere" (Chambers 1962, Rebora 1990).

Ora accettando questa definizione, penso che noi medici dovremmo sempre più coordinarci nel lavoro, evitando personalismi senza che questo implichi una perdita della nostra autonomia decisionale e professionale. Appare chiaro che lavorare in team implichi anche delle scelte condivise, cercando di evitare eccessiva discrezionalità. Per realizzare un tale approccio occorre che si sia disposti ad accettare innovazioni tecnologiche che necessitano per forza di cose, almeno all'inizio di uno sforzo di apprendimento ma che offrirebbero successivamente uno strumento utile per la creazione del Fse (fascicolo sanitario elettronico). Non vi è dubbio che il nodo critico consiste nel bilanciamento tra tre diversi ordini di esigenze: qualità del servizio ai clienti, soddisfazione dei medici, ritorno economico.

Ma se il sistema sanitario è così "complesso" e potenzialmente ingovernabile, quale quadro evolutivo potrebbe renderlo più "semplice"? Uno strumento sicuramente affascinante e perfetto è il sistema del Governo Clinico (Clinical Governance) che in una accezione più ampia è stato definito da F. Taroni 2004 come "...insieme di tecniche e program-



mi di intervento che combina gli approcci manageriali e quelli più specificamente professionali alla valutazione ed alla promozione continua della qualità dell'assistenza (audit clinico, gestione del rischio, formazione permanente, Hta, Ebm)".

Ora mi piacerebbe affrontare la quarta riflessione, chiedendomi se sia possibile passare da una definizione numerica dei Lea ad un approccio per orientamenti sulla salute, mutuando ad esempio il comportamento del Nice (Uk) (National Institute for Health and Clinical Excellence) che ha prodotto direttive in tre ambiti: promozione della salute e prevenzione delle malattie, farmacoutilizzazione,

appropriatezza dei profili di cura e dell'assistenza delle persone. La risposta a ciò potrebbe essere l'applicazione degli strumenti della Clinical Governance in Italia con l'obiettivo di permettere una maggiore attenzione ai processi e ai cambiamenti nella pratica clinica, un maggior focus sugli outcomes, il potenziamento della comunicazione clinica e di forme organizzative professionali che permettano il lavoro in team senza perdita in autonomia, il potenziamento del ruolo del medico nelle scelte strategiche e gestionali delle Aziende Sanitarie, una maggiore trasparenza ed equità nel sistema di valutazione e selezione delle risorse umane

che certamente non deve condurre ad un retropensiero di "discriminazione" tra medici.

Al fine di intervenire sul miglioramento continuo della qualità dell'assistenza sanitaria ai cittadini e mantenere elevati livelli di prestazioni, il contesto organizzativo deve promuovere e stimolare l'eccellenza clinica.

È indubbio che il tutto passi dalla formazione e lo sviluppo della competenza professionale (quella dell'essere, del saper essere e del saper fare), dalla capacità di conoscere e contestualizzare le linee guida, dalla necessità che il personale sanitario sia adeguatamente formato ed aggiornato.

Integrazione Ospedale-Territorio

Lo strumento formativo della FAD

di Tiziana Marcella Attardo

Dirigente Medico Uoc di Medicina Interna
Ospedale Barone Lombardo, Canicatti- Asp Agrigento

La FAD (formazione a distanza), sicuramente, rappresenta uno strumento di formazione che, superando i limiti posti dall'assenza di un luogo fisico come l'aula tradizionale, permette una efficace fruizione didattica da parte dei discenti, liberandoli dai vincoli di tempo e di spazio, specie trattandosi di studenti lavoratori. Le-learning si è sviluppata in parallelo con il mondo informatico (Itc), delle cui soluzioni tecniche ha largamente beneficiato.

La metodologia didattica classica, infatti, ha delle criticità intrinseche quali la scarsa memorizzazione delle conoscenze da parte degli studenti, la loro incapacità di applicare adeguatamente le conoscenze acquisite in contesti clinici, il debole sviluppo di autonomia di apprendimento che permette ai professionisti di proseguire la loro formazione continua. Nell'ambito della FAD, per ovviare a tali limiti, è stato utilizzato il metodo di apprendimento per problemi (Problem Based Learning -Pbl). Introdotto negli anni '60 nell'ambito della formazione universitaria in medicina (McMaster University, Hamilton, Canada), il Pbl si caratterizza tra i metodi di apprendimento attivo, capace di potenziare l'attivazione delle conoscenze pregresse nel processo formativo, collegare l'acquisizione di nuove competenze a contesti concreti, stimolando alla rielaborazione delle stesse in un'ottica applicativa.

La tipologia di apprendimento Pbl, infatti, favorisce il processo di acquisizione di competenze (Lindeman, 1926) e lo sviluppo della capacità di Problem Solving nello studente attraverso la risoluzione di casi reali proposti dal tutor/facilitatore. (Barrows, 1985).

D'altra parte l'andragogia afferma che l'apprendimento dell'adulto si realizza compiutamente quando il soggetto avverte dentro di sé il bisogno di conoscere, ma anche che l'adulto deve comunque partire da un bisogno reale e concreto: «piccoli gruppi di adulti che iniziano ad apprendere confrontandosi con delle situazioni reali; che scavano a fondo nella miniera delle loro esperienze prima di far ri-



corso ai testi ed altri fatti secondari, che sono aiutati nella discussione da docenti che non sono oracoli ma vanno anch'essi alla ricerca della sapienza; tutto questo costituisce lo scenario della formazione degli adulti, moderna ricerca del significato della vita».

All'interno del "nostro" master, l'Iss interviene appunto con la FAD e il metodo Pbl al fine di conseguire, grazie anche ad adeguate competenze ed innovative soluzioni informatiche (una piattaforma comune e condivisa e gli incontri in aula virtuale), elevati standards di apprendimento e di crescita formativa.

In questa esperienza si inizia dalla lettura di un "problema" pratico di tipo gestionale, posto come punto di inizio e di stimolo; successivamente l'apprendimento, quasi direi inconsapevole, avviene attraverso l'utilizzo di materiali di studio ed approfondimento, sia predisposti dal docente sia autonomamente ricercati, con il fine di giungere ad una soluzione individuale del problema, che, poi, in aula virtuale, viene discussa dal gruppo al fine di giungere ad una soluzione condivisa che risponda agli obiettivi predefiniti e che abbia un taglio ed una valenza pratica.

Proprio questo metodo ci ha avvicinato ad argomenti che in passato abbiamo considerato fuori dai nostri ambiti di medici ospedalieri (visione ospedalocentrica): la continuità assistenziale, l'integrazione ospedale-territorio, la condivisione di un percorso di cura e di un piano di cura personalizzato per il paziente, non sono argomenti del nostro percorso di studi universitari, né rappresentano parte preponderante della propria clinical competence, eppure

avvicinandoci ed approfondendo tali tematiche, stiamo toccando con mano e veramente contestualizzando come sia fondamentale l'integrazione ospedale-territorio al fine di garantire al cittadino di ottenere le cose giuste e nella sede giusta: l'appropriatezza è un valore determinante per l'efficacia e l'efficienza di un sistema di servizi.

In sanità il modello "a rete" è fondamentale in quanto il sistema sanitario è formato da una complessità di servizi e professionisti che si devono ricomporre intorno al bisogno della persona.

Il suddetto modello implica, appunto, la definizione di percorsi di cura integrati e coordinati tra i diversi professionisti e servizi - ospedalieri, distrettuali e sociali, in modo da consentire al cittadino un facile accesso ed un percorso di cura coerente.

In tal senso, a titolo di esempio, ritengo inappropriata l'itinerante trafila burocratica che i familiari di pazienti disabili, spesso allettati, sono costretti periodicamente a percorrere per il rinnovo di procedure per i presidi sanitari. Inoltre procedure burocratiche più spedite ed essenziali dovrebbero essere messe a disposizione dei pazienti cronici che, in quanto affetti da patologie a carattere permanente, devono convivere con la malattia, con la sua gestione, anche per ciò che riguarda la componente burocratica. È indubbio che per un giovane diabetico di tipo 1 la certificazione per la fruizione dei devices per insulinoterapia (aghi o siringhe monouso) e per l'automonitoraggio glicemico non dovrebbe necessitare di rinnovo periodico semestrale o annuale ma dovrebbe essere illimitata.

Da qui la imperativa necessità di avvicinare e coinvolgere attivamente l'utente al sistema sanitario, gra-

zie anche al contributo della sanità elettronica. Le prenotazioni delle visite on line nonché il pagamento del ticket via web, i call center per i pazienti cronici (in alcuni ospedali la posologia del warfarin, a seconda dell'Inr, viene comunicata tramite un semplice sms), la gestione domiciliare della glicemia tramite automonitoraggio nel paziente diabetico, la telemedicina sono solo alcuni degli esempi applicativi che possono permettere di ridurre le lungaggini burocratiche e le liste d'attesa, accelerando ed ottimizzando la nostra risposta al bisogno del paziente. Attualmente l'ospedale non può più essere l'unico collettore della domanda di salute: affinché sia sancito e rispettato il diritto delle persone ad ottenere una risposta tempestiva ed efficace ai propri bisogni, è necessario che vengano concepiti meccanismi d'accesso collaudati ed efficienti, trasparenza dei ruoli e delle responsabilità e un'articolazione appropriata e adeguata dei servizi del territorio e che venga garantita una continuità assistenziale, specie per il paziente non autosufficiente e fragile.

È indubbio che la sanità ospedaliera si basi sull'intensità assistenziale, presidi l'efficienza, sia orientata alla produzione di prestazioni e debba puntare all'eccellenza. Diverso il volto della sanità distrettuale che è orientata verso l'estensività assistenziale, presidia soprattutto l'efficacia e gli outcomes di salute, punta all'equità e all'integrazione fra i servizi sanitari e sociali.

La diversificazione del ruolo della sanità ospedaliera da quella territoriale è fondamentale: l'una è e deve essere una sanità d'attesa, della criticità e della complessità che ha nel setting diversificato per intensità di cure il suo paradigma; l'altra la sanità del distretto, una sanità d'iniziativa, che comincia già con il momento preventivo e che ha il suo culmine nella gestione e nel follow-up del paziente cronico e che si fa forte di strumenti come le risorse della comunità, compreso il volontariato, le organizzazioni sanitarie, il sostegno all'autocura, il lavoro del team, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi come postulato da Wagner nel Chronic Care Model. Questo modello sottolinea, appunto, l'importanza della partnership tra paziente ed operatori sanitari come elemento essenziale per un trattamento efficace, poiché offre l'opportunità di responsabilizzare il paziente ad assumere un ruolo attivo nella gestione della propria salute, affinché dall'interazione tra pazienti informati e un team preparato e proattivo si possano ottenere cure di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato generale di salute.

L'empowerment del paziente, inteso come capacità del team di renderlo informato nei riguardi della sua malattia e di istruirlo ad una adeguata gestione della stessa, rappresenta la scommessa migliore e la partita più significativa da giocare con il paziente.

Se il paziente sarà stato reso "consapevole", ottimizzeremo il risultato conseguito in termini di compliance e di risultati clinici, grazie anche ad un'umentata aderenza al trattamento. In tal senso, è necessario accertare le sue aspettative e le sue priorità, informarlo sulle alternative terapeutiche possibili e sul suo diritto a scegliere consapevolmente e liberamente un piano di cura.

Nell'ambito dei diversi volti della sanità e solo da una reale e costruttiva integrazione degli stessi potrà venire fuori una sanità rinnovata, capace di offrire risposte adeguate ai differenti e compositi bisogni del paziente, sempre più complesso e multipatologico, e, come più volte esplicitato negli ultimi Psn, abbattendo eventuali disuguaglianze e disegualità in salute, al fine di garantire uguali chances e

opportunità di benessere a tutti.

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 individua, fra gli obiettivi affidati alle cure primarie, quello di "favorire la continuità assistenziale tramite il coordinamento dell'assistenza nel tempo e tra programmi, unità organizzative e professionisti, in modo che non si abbiano l'interruzione dell'assistenza e/o il cambiamento ingiustificato del trattamento o dei professionisti che assistono il paziente".

Al contrario l'assistenza primaria deve "rappresentare la somma di tutte le attività orientate a promuovere la salute, a prevenire le malattie e ad attivare i percorsi diagnostico-terapeutici; erogata nei luoghi più vicini a quelli in cui i Cittadini vivono (domicilio dei pazienti, ambulatori e presidi territoriali), in una vision d'integrazione delle risorse e coordinamento dei processi". Essa deve essere – come affermato nella Conferenza di Alma-Ata OMS settembre 1978 – la chiave di volta per il raggiungimento dell'obiettivo: di dare a tutti i popoli del mondo un adeguato livello di salute "... rappresenta il primo livello di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario in un quadro di effettiva partecipazione".

La presa in carico del paziente significa "seguirne nel tempo i problemi, garantire la continuità tra ospedale e territorio (continuità di assistenza e di informazione), farsi carico anche dei problemi emotivi e non solo di quelli clinici, fornire un riferimento continuo (Haggerty, 2003).

Per questo la dimissione dopo un evento acuto che ha comportato l'ospedalizzazione rappresenta l'anello debole del passaggio della persona assistita da un servizio ad un altro. Essa è l'aspetto cruciale del piano di assistenza che risponde al diritto della persona e della sua famiglia ad essere coinvolti ed accompagnati in ogni fase della malattia. E' da qui che nasce la necessità di dimissioni protette il cui esito sono delle dimissioni "concordate e programmate" che siano in grado di garantire ai pazienti la continuità assistenziale ed il rientro tutelato al proprio domicilio e alle famiglie il supporto nella gestione del carico assistenziale.

Sicuramente il domicilio è il luogo privilegiato dove la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza: anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita completa dell'autonomia, le cure domiciliari rappresentano un forte stimolo e sostegno per il superamento del periodo più critico e spesso consentono il massimo recupero delle potenzialità residue. Ma se le cure a domicilio costituiscono un'importante opportunità per il recupero della salute, il rientro a casa, dopo il ricovero in Ospedale, può rappresentare una fase molto critica ed essere fonte di gravi disagi per il paziente ed il suo entourage.

A mio parere l'ottimizzazione dei percorsi deve prevedere una reale integrazione dei servizi ospedalieri e del territori ed una efficace condivisione tra professionisti intra ed extraospedalieri, grazie anche, per esempio, ad una sanità ospedaliera capace di entrare nel territorio, di spostarsi su di esso garantendo quella continuità essenziale per un adeguato percorso di cura. L'esperienza vincente di alcuni ospedali è proprio quella che prevede che l'ospedaliere segua il paziente nell'ambulatorio del Mmg, dove dal-

l'incontro e scambio di figure sanitarie differenti più facilmente si potrà ottenere l'obiettivo comune di garantire cure appropriate, senza mai perdere di vista la centralità del paziente.

D'altro è auspicabile che il Mmg segua il suo paziente durante la degenza ospedaliera sia per garantire quel patrimonio di informazioni di cui è custode, sia per essere costantemente aggiornato sulla condizione clinica e sulle scelte diagnostiche – terapeutiche che si adotteranno per il paziente.

Infatti la continuità assistenziale" è da intendere sia come continuità gestionale (management continuity), particolarmente importante in patologie croniche (long term care) o complesse richiedenti una partecipazione multiprofessionale e multidisciplinare e capace di ottenere miglior esito del processo di cura, ma anche come continuità dell'informazione (informational continuity) grazie alla comunicazio-

L'empowerment del paziente, inteso come capacità del team di renderlo informato nei riguardi della sua malattia e di istruirlo ad una adeguata gestione della stessa, rappresenta la scommessa migliore e la partita più significativa da giocare con il paziente

ne tra i diversi soggetti istituzionali/professionali che afferiscono ai differenti setting assistenziali nel percorso di cura del paziente.

In tal senso l'e-healthy o sanità elettronica rappresenta la sfida attuale, capace di consentire agli operatori sociosanitari la conoscenza rapida e sistematica dell'insieme delle informazioni necessarie. Inoltre, essa può permettere all'utente-paziente di acquisire una sorta di alfabetizzazione informatica, investendolo del ruolo di primo attore delle scelte curative e dei processi di cura che lo riguardano.

Certamente è indispensabile che tutti gli attori della sanità comprendano che non potrà esserci un ospedale del futuro, dotato di alta tecnologia diagnostico-terapeutica, ad alto tasso d'utilizzo, ad alta complessità gestionale e organizzato per intensità di cure, con personale sanitario adeguatamente formato ed aggiornato, senza di pari passo un distretto del futuro, capace di essere il secondo pilastro della sanità, di garantire continuità assistenziale, fautore di medicina preventiva, cruciale punto d'incontro tra domanda di salute ed offerta di cure, luogo della "presa in carico" dei pazienti cronici e della partecipazione del cittadino agli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati, attraverso strumenti quali le nuove forme di associazionismo della medicina primaria, una efficiente assistenza domiciliare integrata e le cure intermedie residenziali e semiresidenziali.

Una efficace continuità assistenziale può, dunque, realmente svilupparsi solo se aumenteranno le conoscenze dei professionisti nella gestione del malato (clinical competence), si rafforzeranno la multidisciplinarietà delle équipe, se l'ospedale diventerà a tutti gli effetti punto della rete (capace di "uscire fuori" da schemi convenzionali), se verranno sviluppati strumenti per facilitare la comunicazione dei vari punti della rete, se ci sarà la volontà di costruire percorsi assistenziali omogenei e flessibili, sempre più centrati sui complessi bisogni del malato e della sua famiglia.

Ringrazio per la loro disponibilità **Alfonso Mazzaccara, Debora Guerrera, Donatella Barbina**

Ufficio Relazioni esterne e formazione dell'ISS

Come sarà la spesa sanitaria italiana nel 2060? Dell'8,1%, significativamente inferiore a quella dei principali partners europei (Francia, Germania, Spagna), con un'amplificazione significativa rispetto al differenziale iniziale (Francia, Germania). Sono queste le previsioni del report realizzato nei primi mesi del 2012, dal gruppo di lavoro sugli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (Epc-Wga) che ha completato il quarto round di previsioni delle componenti di spesa pubblica age-related finalizzato all'analisi della sostenibilità delle finanze pubbliche nel lungo periodo (2012 Ageing Report).

Le previsioni coprono un orizzonte temporale fino al 2060, e sono elaborate sulla base di scenari demografici e macroeconomici condivisi dai paesi membri. Per l'Italia i risultati sono appunto clamorosi, considerando anche il dibattito che si è aperto di recente sulla necessità di nuovi tagli al settore sanitario. "L'Italia - spiega il Report - è fra i paesi dell'Ue che presentano, in prospettiva, la minore crescita del rapporto fra spesa sanitaria e Pil: nel periodo 2010-2060, l'incremento del rapporto è inferiore a quello italiano solo in Belgio, Bulgaria e Cipro". Dal confronto fra i paesi rappresentati, l'Italia si colloca quindi al di sotto del valore medio dei 27 paesi dell'Ue, più la Norvegia. Nel 2010, lo scarto è stato di circa 0,5 percentuali ma si attesterà a 1,1 punti percentuali nel 2060, evidenziando una dinamica di crescita relativamente più contenuta, nel medio-lungo periodo. A tale risultato, spiega la Ragioneria, concorrono in modo significativo gli effetti delle misure di contenimento adottate negli ultimi anni e l'implementazione di

Le previsioni della Ragioneria sulla spesa sanitaria

Un punto in meno di Pil rispetto ai partner. ITALIA FANALINO DI CODA NELLA UE

Nel 2060 la sanità pubblica sarà l'8,1% del Pil. Solo un punto in più rispetto ad oggi. Ma un punto in meno rispetto alla media Ue. Merito dei tagli e della governance del sistema che hanno rallentato la crescita a partire dal 2006. Sono queste le ultime previsioni sulla spesa sanitaria effettuate dalla Ragioneria generale

un sistema di governance che ha consentito un notevole rallentamento nella dinamica della spesa sanitaria, a partire dal 2006.

LA SPESA PER LONG TERM CARE. IL QUADRO EUROPEO

La spesa per Long Term Care, nonostante la dimensione notevolmente più contenuta rispetto alle altre componenti di spesa, presenta un potenziale di crescita decisamente più elevato, in relazione alle trasformazioni demografiche attese per i prossimi decenni.

Tuttavia la difformità negli assetti assistenziali dei vari Paesi europei per questa tipologia di prestazioni non rende facile il confronto.

In ogni caso, nel 2010, l'Italia presenta una spesa per Ltc sostanzialmente in linea con il valore medio dei paesi dell'Ue con l'aggiunta della Norvegia. Tuttavia, rileva la Ragioneria generale, il valore medio risulta fortemente condizionato dall'elevata incidenza in termini di Pil della spesa sostenuta da alcuni paesi, in particolare quelli del nord

Europa (Svezia, Finlandia, Paesi Bassi, Danimarca, Norvegia). Diversamente, la maggior parte degli altri paesi, inclusi la Germania e la Spagna, presentano livelli di spesa in rapporto al Pil significativamente più contenuti dell'Italia. Su livelli analoghi, o leggermente superiori, si attestano invece il Belgio, la Francia, l'Austria e il Regno Unito. Alla fine del periodo di previsione, l'incidenza della spesa per Ltc in termini di Pil si incrementa di oltre l'80%, per effetto delle tendenze de-

mografiche, passando, per l'insieme di paesi considerati, dall'1,8% del 2010 al 3,3% del 2060. L'incremento percentuale presenta, tuttavia, significative differenziazioni fra i paesi. Nel caso dell'Italia, tale incremento risulta sensibilmente più contenuto rispetto a quello sopra indicato, cosicché il rapporto spesa/Pil si attesta ad un livello percettibilmente inferiore a quello medio, alla fine del periodo di previsione, partendo da una situazione iniziale di sostanziale parità. In particolare i paesi del Nord Europa presentano incrementi di spesa assai consistenti, compresi fra i 2,5-4 punti percentuali di Pil, valori che corrispondono a circa 3-4 volte l'incremento previsto per l'Italia.

LA SPESA SANITARIA E IL PIL. LE PREVISIONI FINO AL 2060

La Ragioneria generale usa diverse metodologie previsionali che tengono conto di vari fattori. In particolare invecchiamento della popolazione, scelte di politica economica e tassi di occupazione. Dall'insieme di queste analisi emerge una previsione definita di reference scenario che riassume un po' tutti gli indicatori, anche in riferimento ai metodi previsionali europei, e che offre un quadro chiaro dell'evoluzione della nostra spesa sanitaria sia per acuti che per le prestazioni di Long Term Care. Passando all'analisi per anno di riferimento, le previsioni della Ragioneria (quelle che qui riportiamo sono basate su dati Eurostat, ma nel rapporto ci sono anche altre previsioni su dati Istat che in ogni caso non differiscono di molto, vedi tabelle in fondo), partono dal 2005 e arrivano fino al 2060. Secondo tali dati il rapporto sanità Pil passerebbe dal 7,3% del 2010 all'8,1% del 2060, mentre quello tra Long Term Care e Pil dall'1,9% (sempre nel 2010) al 2,8% nel 2060.

SCENARIO SU BASE DATI EUROSTAT

		2005	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Risultato delle previsioni - Spesa in % del PIL	Pensioni [a]	14,0	15,3	15,2	14,8	15,8	15,7	14,4
	Sanità ⁽⁴⁾ [b]	6,7	7,3	7,0	7,4	7,8	8,1	8,1
	di cui componente LTC [c]	0,8	0,9	0,8	0,9	1,0	1,1	1,2
	LTC ⁽⁴⁾ [d]	1,6	1,9	1,9	2,0	2,3	2,6	2,8
	Totale [a]+[b]-[c]+[d]	21,5	23,6	23,3	23,3	24,9	25,3	24,2

SCENARIO SU BASE ISTAT

		2005	2010	2020	2030	2040	2050	2060
Risultato delle previsioni - Spesa in % del PIL	Pensioni [a]	14,0	15,3	15,0	14,4	15,0	15,3	13,8
	Sanità ⁽⁴⁾ [b]	6,7	7,3	7,0	7,4	7,8	8,2	8,2
	di cui componente LTC [c]	0,8	0,9	0,8	0,8	0,9	1,1	1,1
	LTC ⁽⁴⁾ [d]	1,6	1,9	1,9	2,0	2,2	2,6	2,9
	Totale [a]+[b]-[c]+[d]	21,5	23,6	23,1	22,9	24,1	25,0	23,8

