

**I nuovi profili della responsabilità professionale e l'evoluzione del rapporto medico/paziente dopo le ultime sentenze della Cassazione (pagg 2, 3, 4)**

**Convegno Anaa Assomed**

**MEDICI E  
MAGISTRATI**

**USCIRE  
DAL  
TUNNEL**

**CORTE DEI CONTI**

Cala la spesa sanitaria. I dati presentati dalla magistratura contabile nel Rapporto 2011 sulla finanza pubblica [alle pagine 6-7](#)

**RAPPORTO LEA**

Lo stato dell'arte sui Lea fotografato dalla Salute. Solo otto Regioni li garantiscono in toto [alle pagine 9-10](#)

**TICKET**

La nuova rilevazione dell'Agenas sulla compartecipazione alla spesa per Ps e prestazioni specialistiche ambulatoriali [alle pagine 11-13](#)



## L'editoriale

di Costantino Troise

# La responsabilità medica nel labirinto dei codici

Il cambiamento della società avvenuto negli ultimi anni ha avuto ripercussioni sul mondo sanitario. La trasformazione del "paziente" in "mostro esigente" e diffidente, la perdita del ruolo sociale e politico del medico insieme con la crisi della dominanza professionale, hanno portato alla fine della "libertà medica" intesa come potere, quasi sacrale, di assumere ogni decisione in solitudine per il bene del paziente.

In tale contesto, il terreno dell'errore medico è diventato, come dimostrano le indagini in merito, l'oggetto principale di periodiche cadute di immagine del Ssn e di consenso verso i suoi professionisti. Con due gravi conseguenze: la perdita di fiducia dei cittadini, che inquina la relazione medico-paziente, e l'adozione di procedure difensive da parte di professionisti.

L'imbocco del tunnel di un processo civile e penale costituisce, infatti, per il medico una penosa esperienza professionale ed umana nella quale passa da indagato a imputato a condannato, prima che il processo si sia svolto. Grazie anche ad una disinvoltata pressione mediatica che lo sbatte nelle pagine locali con nome e cognome all'avvio delle indagini per poi usare la cortesia di citare solo le iniziali in caso di assoluzione. Oggi i profili di responsabilità professionale si muovono lungo il sentiero angusto delineato dall'intersecarsi del codice deontologico, disciplinare in quanto dipendente, civile e penale. Codici di frequente in conflitto senza che sia chiaro il primato di ciascuno e le relazioni tra di loro. La sentenza della Cassazione sulle linee guida registra questa contraddizione: da una parte afferma che il compito deontologico di governare le cure non può essere limitato da logiche economicistiche o amministrative, difendendo l'autonomia professionale. Dall'altra, non esimendosi dall'inadverbiale tale autonomia stabilendo il comportamento da tenere in presenza di "fattori di criticità" negando il valore delle linee guida professionali. Di fatto il medico è lasciato solo e disorientato dall'assenza di punti di riferimento. La questione è che oggi l'atto medico è più fragile rispetto al passato. Lo sviluppo della medicina moderna come scienza biotecnologica e della sanità come complessa rete di servizi e relazioni interprofessionali ne hanno profondamente mutato le caratteristiche, compresa la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità. Anzi, la nuova complessità tecnica ed organizzativa definisce un sistema che tende a produrre al suo interno condizioni favorevoli al manifestarsi di errori. Errori spesso latenti ove il fattore umano rappresenta l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema.

Eppure la magistratura sembra non tenere conto di tale contesto con un approccio alla responsabilità medica normalmente

informato ad un evidente "animus adiuvandi" (talvolta espressamente dichiarato) nei confronti dell'istante (la parte lesa), ad una "buona disposizione" che finisce con alimentare le richieste risarcitorie. Ed è difficile sfuggire alla sensazione che la colpa medica sia valutata alla stregua di un reato gravato da particolare odiosità sociale, tale da meritare un accanimento, verso la ricerca di "giustizia" appellando non infrequentemente le sentenze assolutorie emesse da un giudice monocratico o da un collegio. Come se il direttore di un ospedale disponesse il ripetersi di un intervento chirurgico perché non convinto dell'operato del primo operatore!!

Non sempre viene considerato nella giusta importanza il fatto che non tutti gli eventi avversi che si verificano in sanità sono riconducibili nella categoria dell'errore, esistendo in medicina eventi imprevedibili ed imprevedibili. Ed anche la fisiologia. Servono nuovi strumenti legislativi, quali la definizione di nuovi principi in tema di formazione dell'albo dei consulenti tecnici; il passaggio ad un sistema assicurativo no fault, sul modello francese e scandinavo, svincolato dalla necessità di provare le responsabilità; un diverso inquadramento penale della responsabilità medica, riscrivendo le norme sulla colpa, considerato che l'Italia, insieme al Messico e alla Polonia, pone l'errore medico nell'ambito penale, senza distinguere tra un atto medico ed un'aggressione sì che un chirurgo può finire in giudizio con gli stessi presupposti di un aggressore.

Ma servono anche nuovi strumenti culturali per leggere e interpretare una realtà complessa come quella sanitaria. A cominciare dal riconoscimento dell'innegabile peculiarità della professione medica e delle caratteristiche di specificità ed interesse sociale dell'alto medico nonché delle crescenti difficoltà del contesto in cui esso oggi si realizza.

Occorre che tutti gli attori si dispongano al dialogo e all'ascolto reciproco e si adoperino per un migliore inquadramento del problema. Perché è interesse di tutti porre freno ad una deriva di scadimento del nostro Ssn, di certo non frenata da un federalismo incompleto nella misura in cui è incerta l'azione di un centro, come dimostra l'obbligo cui è stato condannato il ddl sul rischio clinico largamente condiviso e per molti aspetti innovativo. E governare un fenomeno che è parte costitutiva dell'obbligo che la Costituzione pone in capo allo Stato di garantire i Le a tutti i cittadini del Paese. Occorre promuovere una nuova alleanza, costruire nuovi ponti e relazioni per rispondere nel migliore dei modi al diritto alla sicurezza delle cure per i cittadini e gli operatori e recuperare gli elementi fiduciari necessari alla relazione medico-paziente.

Hanno ragione i medici a ritenersi perseguitati dalla magistratura? Parlare di depenalizzazione dell'atto medico è fantascienza giuridica? Per dare risposte a queste e altre domande che investono la professione medica si è sviluppato il confronto tra medici e magistrati sui nuovi confini della responsabilità professionale, promosso dall'Anaa Assomed. Un confronto che prende lo spunto anche da alcune recenti sentenze della Cassazione che hanno suscitato molta apprensione tra la categoria

↳ Ester Maragò

Il medico può continuare ad esercitare la sua professione senza vedersi piombare addosso i magistrati? Come si sente un medico di fronte a sentenze che appaiono contraddittorie? Qual è la bussola da seguire? Sono queste le domande che hanno fatto da filo conduttore al convegno organizzato, a Roma, dall'Anaa Assomed dal titolo: "La professione medica tra deontologia e codici". Un'occasione di confronto tra rappresentanti della categoria medica, delle istituzioni e della magistratura per capire su quale terreno si muova oggi il medico. Molto fragile, a detta dei medici. Non così tanto, secondo i magistrati che ritengono non si possa agire sulla depenalizzazione. Per le toghe sarebbe preferibile riscrivere le norme sulla colpa considerando l'evoluzione della scienza ed anche i cambiamenti della società e della cultura.

A dare il "la" al dibattito sono state quattro recenti sentenze della Cassazione: la prima (n.8254/2011) che ha annullato l'assoluzione di un medico, rinviandolo a giudizio, in quanto la dimissione del paziente deceduto doveva essere decisa in base alle sue condizioni e non nel mero rispetto delle linee guida; la seconda (n. 16328/2011) ha prosciolti alcuni medici al Pronto Soccorso che avevano deciso il trasferimento in altra struttura alla luce dell'urgenza e della difficoltà della diagnosi; la terza (n.13746/2011) ha invece confermato la condanna per omicidio colposo di una donna deceduta a seguito di un errore chirurgico sottolineando, inoltre, che la donna non sarebbe dovuta essere operata perché era un caso senza speranza. La quarta sentenza, (n.13758/2011) infine, ha confermato l'assoluzione di un medico che aveva sbagliato diagnosi perché non c'è certezza che una diagnosi esatta, con relative terapie, avrebbe salvato la vita al paziente. La prima sentenza in particolare - che criticando le linee guida richiama i medici al rispetto del diritto alla salute dei pazienti da anteporre a qualsiasi altra esigenza, incluse le ragioni economiche delle strutture sanitarie - "è ricca di spunti per aprire un'accurata discussione" ha osservato **Sandro Petrolati**, della segreteria nazionale Anaa Assomed, introducendo i lavori. "Da una parte, infatti, dava una piccola bordata ai medici - ha sottolineato -, ma dall'altra offriva grandi aperture, stabilendo che i medici devono operare per il bene del paziente senza essere vincolati da lacci di tipo economicistico. I medici - ha aggiunto - stanno vivendo in un periodo di grande tensione con pazienti sempre più in allerta, che compromette la serenità del nostro lavoro".

Certo, ha ricordato **Marino Scherillo**, presidente dell'Associazione cardiologi ospedalieri (Anmco), tornando alle sentenze, "le linee guida sono una bussola, non un navigatore satellitare". Questo significa che danno indicazioni di massima su casi tipo, "ma la pratica medica deve analizzare caso per caso, tenendo conto delle caratteristiche di ogni paziente", quali età e comorbidità. E comunque, secondo Scherillo, a fronte di un aumento delle de-

# LA PROFESSIONE MEDICA

# TRA DEONTOLOGIA E CODICI



nunce, gli esiti sanitari italiani sono "molto positivi". Basti pensare che "oggi la mortalità per infarto miocardico per i pazienti ricoverati in Unità Coronariche è solo del 3% pur avendo, i pazienti, un'età media di 72 anni".

## GLI ORIENTAMENTI GIURISPRUDENZIALI

Insomma, orientarsi per i medici diventa ogni giorno più complicato. E le pronunce della Suprema Corte sembrano seguire orientamenti differenti. Un punto quest'ultimo sul quale dissente **Carlo Brusco**, consigliere della Corte di Cassazione. La materia "è senza dubbio complessa", ha osservato negando che ci siano "orientamenti divergenti nelle sentenze della Corte di Cassazione che affrontano i temi della responsabilità professionale e del reato colposo in genere. Sulla causalità e sulla colpa e sui limiti dell'intervento dei giudici l'orientamento è uniforme e chiaro". E sta "nella tutela del paziente, anche quando è destinato a morire", e nell'azione "non idonea del professionista, che anticipa la morte di una persona". La diversità dei casi e delle soluzioni deriva, secondo il consigliere della Cassazione, "dai limiti istituzionali dell'intervento della Cassazione che non ha il compito di riformulare il processo, ma di verificare se il giudice di merito ha applicato la legge. Se non ci sono esempi di illogicità manifesta può confermare sentenze sbagliate ma logicamente argomentate. Questo può far apparire all'esterna la presenza di orientamenti diversi".

## "RIBADIRE I PRINCIPI DI AUTONOMIA E RESPONSABILITÀ"

Il presidente della Fnomceo, **Amedeo Bianco**, ha concordato sul fatto che le sentenze ricordino costantemente che l'atto medico esercitato secondo perizia, prudenza e diligenza è intrinsecamente destinato al bene del paziente. Il problema, tuttavia, è un altro: "La magistratura sta supplendo alla man-

canza di legge", ha affermato Bianco riferendo che, "alla luce di tutto questo, abbiamo inviato al presidente della commissione Affari Sociali, **Giuseppe Palumbo**, una proposta di emendamento all'art 1 comma 1 del Ddl sul Governo clinico in discussione, che prevede l'inserimento di queste parole: "Le attività mediche e sanitarie sono dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività e di tale obiettivo esse sono costituite garanti. Tale attività vengono assicurate secondo i principi di autonomia e responsabilità, diretta e non delegabile, dei medici e dei professionisti sanitari nell'ambito delle proprie specifiche competenze e nel rispetto delle funzioni svolte.

Le norme generali e le discipline derivate connesse alle esigenze organizzative e gestionali dei servizi sanitari e socio-sanitari e di ogni altra attività propria o affidata a tali professionisti, non possono in alcun modo limitare i principi di autonomia e responsabilità. In particolare dette esigenze non possono, in alcun caso, né vincolare né condizionare le scelte diagnostiche e terapeutiche del medico, il quale dovrà sempre determinarsi secondo la propria scienza e coscienza e nel rispetto della posizione di garanzia che gli è attribuita".

In sostanza ha osservato Bianco: "Qualsiasi regola che scavalchi questo mandato professionale non può essere accettata" per questo va costruito "un presupposto giuridico chiaro che stabilisca una volta per tutte dove stanno la responsabilità medica e l'autonomia dei professionisti che operano. Questo non porta via niente a nessuno, fa solo chiarezza. È un chiarimento che vogliono soprattutto i medici". Il presidente della commissione Affari Sociali, **Giuseppe Palumbo**, ha assicurato un esame attento da parte della commissione alla proposta di emendamento avanzata dalla Fnomceo. "Concordo con Bianco", ha affermato Palumbo sottolineando come la medicina non sia una scienza esatta: "Se non

partiamo da questo assunto, il fenomeno della medicina difensiva prenderà sempre più piede". Il presidente della Commissione ha inoltre ricordato come, in una prima stesura, il Ddl sul governo clinico contenesse anche un articolo sulla responsabilità medica, "poi stralciato dal momento che era stato presentato in Senato un Ddl ad hoc". Il tema aveva comunque aperto un'ampia discussione, ha affermato Palumbo spiegando che si era prospettata "la possibilità di ricorrere al procedimento Penale solo in presenza di atti certi evitando, come avviene ora, di ricorrervi prima e passare solo dopo al Civile".

## DEPENALIZZAZIONE, FANTASCIENZA GIURIDICA?

Rimane il fatto che la medicina non è una scienza esatta e come tale espone il medico a continui rischi e pressioni. Allora come tutelarla? Soprattutto parlare di depenalizzazione dell'atto medico è fantascienza giuridica? Argomentazioni sulle quali è intervenuto **Ignazio Patrone**, sostituto procuratore generale della Corte di Cassazione. Patrone ha ricordato una sentenza del 2002 della Corte Costituzionale "forse è uno dei gradi più alti della produzione giurisprudenziale italiana che definisce in maniera sintetica il rapporto tra medicina e legge". Nella sentenza, spiega Patrone, si afferma che "Non è di norma il legislatore a dover stabilire quali sono le pratiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni, poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali che sono in continua evoluzione. La regola di fondo in questa materia è costituita dall'autonomia e dalla responsabilità del medico che con il consenso del paziente opera in base alle conoscenze che ha a disposizione".

In sostanza la Corte, interpretando l'art 117 della Costituzione ha affermato che nessuna legge può

dire al medico se deve somministrare o meno una certa terapia. Il medico è libero in autonomia e responsabilità in apporto al paziente che deve essere informato. Questa deve essere la linea guida.

Sicuramente ha ammesso Patrone il rapporto con la giurisprudenza è difficile. "Ricordo - ha raccontato - che fino a una trentina d'anni fa non esisteva il contenzioso in medicina. Nessun paziente pensava di fare causa al medico che lo aveva curato. Oggi non è più così. È cambiato il rapporto medico-paziente e poi si è fatta strada la logica che 'il morto è occasione di reddito', con tanto di interessi di chi da denunce e processi pensa di trarre utili". E così esposti, denunce e querele sono diventate una quotidianità fino al punto che, ha aggiunto il magistrato "siamo stati costretti a costituire gruppi specializzati per affrontare le situazioni che meritano un'attenzione particolare e un'attività di indagine".

Quanto all'eventuale depenalizzazione dell'atto me-

*Le sentenze di condanna per errore medico non superano le 100 l'anno. La maggioranza riguarda casi di negligenza, pochi casi di imprudenza. L'imperizia può anche avvenire, ma i casi in cui si configura sono una minoranza*

do di garantire dati statistici certi, per capire quanti accertamenti arrivano realmente al penale vero e proprio. "Ma da qui a dire che i medici sono nel mirino francamente mi sembra eccessivo".

Secondo i dati portati da Carlo Brusco, mediamente i processi per responsabilità medica sono 1 o 2 per udienza. "Il dato rozzo, ma non lontano dalla verità, è che le sentenze di condanna per errore medico non superano le 100 l'anno". La maggioranza, ha spiegato Brusco, riguarda casi di negligenza, pochi casi di imprudenza. L'imperizia può anche avvenire, ma i casi in cui si configura sono una minoranza. "Nei casi di negligenza, parlare di medici perseguitati è improprio", ha osservato il consigliere della Corte di Cassazione secondo il quale, inoltre, "la Cassazione ha stabilito una serie di paletti che rendono, in pratica, l'esito - anche negativo - irrilevante se non c'erano altri percorsi idonei che il medico poteva attuare per evitare l'esito negativo". "Il nesso causale va poi accertato in termini di elevata credibilità razionale, non di assoluta certezza. La Cassazione, insomma, ha rifiutato in sostanza il criterio probabilistico". In definitiva, per Brusco, "l'affermazione che i medici siano perseguitati non è condivisibile".

#### CAMBIARE ROTTA

Bisogna cambiare. E il primo atto da compiere subito, secondo **Carlo Lusenti**, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, è passare da un rapporto conflittuale tra medici, pazienti e amministrazioni, a un rapporto collaborativo. "Le migliori garanzie per i

è con i Disegni di legge di continua stesura che troveremo soluzioni. Ci vorrebbero iniziative di governo concertate con le Regioni. Guardando alle esperienze di altri Paesi".

Per **Domenico Iscaro**, presidente Anaa Assomed, resta comunque un "disperante ritardo della politica". Anche in materia di depenalizzazione. "Nel 2008 l'Ue, in questo ambito, si divideva in tre i macro gruppi", ha spiegato Iscaro. "Danimarca, Finlandia e Svezia erano, dove si avevano dati certi e un sistema non concentrato sulla ricerca del colpevole, ma sulla sicurezza delle cure, secondo il principio 'non voglio il colpevole, ma applicare velocemente il sistema risarcitorio'. In questi Paesi la percentuale dei risarcimenti era del 44% con accessi al tribunale del 1-2% e un risarcimento per abitante di circa 10 euro".

Nel secondo gruppo, ha continuato ad illustrare il presidente della Anaa, "c'erano i Paesi che provavano a ricalcare questo sistema - Germania, Francia e Regno Unito - con dati di registrazione meno precisi. Nel terzo gruppo, il più affollato, c'era l'Italia, in compagnia Spagna, Svizzera e Islanda. Qui i sistemi di rilevazione sono assenti e la percezione dell'errore medico da parte del cittadino è elevatissima, pari all'80%. Si arriva addirittura a valori tra l'85 e il 90 % di accessi ai tribunali in Portogallo".

Tirando le somme "i buoni esempi in Europa non mancano", ma l'Italia è ancora indietro. "Eppure abbiamo ben due commissioni di inchiesta sul Ssn", ha osservato Iscaro secondo il quale, "se si continua su questa china, ci sarà solo la medicina difensiva. Una crescita di esami inutili, ma che non si possono condannare. Tutto questo con un aumento dei costi".

Il medico, secondo **Francesco Pugliese**, direttore del Dea dell'Ao Pertini di Roma, "è confuso. Se non applica le linee guida qualcuno può accusarlo di non averle seguite. Se le segue non ha garanzie di riuscita e non è esente dalla colpa. Le linee guida dovrebbero invece essere il confine. Noi dobbiamo garantire impegno, ognuno secondo la propria competenza in scienza e coscienza, non possiamo dare certezza di risultati. Inoltre ci muoviamo in un ginepraio di normative tra loro difformi". Pugliese, tuttavia, non è convinto che la strada da seguire sia la depenalizzazione perché "ci sono tante categorie che rischiano, non possiamo essere quindi dei privilegiati. Stabiliamo invece come portare eventualmente in giudizio i medici. Puntiamo alla compilazione esatta della cartella clinica e alla presenza di periti realmente competenti".

#### LE CONCLUSIONI

A concludere i lavori è stato **Costantino Troise**, segretario nazionale Anaa Assomed, che ha posto l'accento sul fatto che la sentenza ha tradotto quanto l'Associazione sostiene da tempo: che i principi dell'organizzazione, e la burocrazie, hanno invaso il campo dell'autonomia e della responsabilità del medico. "Il compito di governare le cure - ha detto Troise - al quale il medico è deputato dalla Costituzione, viene messo a rischio dalla logica aziendalistica del pareggio di bilancio".

Nel frattempo, "il paziente è diventato un mostro esigente" e "l'errore medico è diventato il simbolo di periodiche cadute di immagine del Ssn". Due sono le conseguenze di questa realtà: "La perdita di fiducia dei cittadini e la crescita dei fenomeni difensivi", ha osservato Troise sottolineando che, comunque, "i medici non sono immuni da colpe" a partire dal fatto che "investiamo ancora poco sulla comunicazione con il paziente".



CONVEGNO

## LA PROFESSIONE MEDICA TRA DEONTOLOGIA E CODICI

dico, Patrone ha sostenuto che "più che di depenalizzazione si può parlare di una diversa articolazione e valutazione della colpa", tenuto conto che "il codice penale italiano risale agli anni '30". Sarebbe interessante, secondo il sostituto procuratore generale della Corte di Cassazione, non agire sulla depenalizzazione ma riscrivere le norme sulla colpa considerando l'evoluzione della scienza, ma anche i cambiamenti della società e della cultura. "Occorre stabilire - ha spiegato - la differenza tra colpa generica, imprudenza, negligenza e imperizia e la colpa specifica ivi compresa quella di non essersi attenuti alle linee guida. Tutto da stabilire poi qual è la natura delle linee guida: sono un fattore amministrativo imposto o norme che trovano la loro validità nel preventivo riconoscimento dell'autorevolezza del consenso che le ha emanate?".

#### MEDICI NEL MIRINO?

Ma i medici sono realmente nel mirino della magistratura? Per Patrone servirebbe un sistema in gra-

addirittura sono la migliore tutela per i professionisti. C'è un bene comune, per questo occorre uscire dalla logica della competizione e della conflittualità ricordando - ha continuato Lusenti - che la parola responsabilità non ha un'accezione negativa, come appare oggi, ma è l'esercizio positivo della responsabilità che compete ai professionisti e alle istituzioni che devono dare risposte. E qual è il compito di chi ha responsabilità di governo della salute? Garantire un servizio qualitativo efficiente e sicuro per i cittadini, pazienti e professionisti".

Nel 1994, ha ricordato Lusenti, prima del titolo V, della legge 229, del Federalismo e della norma contrattuale sull'assicurazione, l'Emilia Romagna ha reso obbligatoria l'assicurazione di chi lavora nel Ssn. "Questo è un esempio - ha detto - che si può esercitare un'azione di governo in grado di essere all'altezza di questi temi. Garantire sicurezza è un compito etico di chi gestisce ed anche di chi lavora nel Ssn. Partendo dai temi della gestione del contenzioso ma sottintendendo i temi della sicurezza, assumiamoci la responsabilità del percorso di cura dall'inizio alla fine e se c'è l'evento avverso troviamo tempi brevi di risarcimento. Da questo punto di vista siamo in una situazione di abbandono, non

Le osservazioni dell'Anaa Assomed alla **bozza di protocollo di intesa**

# INTESA REGIONI-UNIVERSITÀ: UN DOCUMENTO DA BOCCIARE

**L**e Facoltà di Medicina tendono oggi ad espandersi nell'area assistenziale dei servizi sanitari con la motivazione che questi devono supportare il sistema della formazione e della ricerca, sul quale però esse mantengono piena autonomia di individuazione della quantità e dei contenuti. Un incessante attivismo volto a occupare, con il "passepartout" della didattica e della ricerca, posizioni assistenziali tradizionalmente affidate alla dirigenza ospedaliera.

Questa strategia porta ad inevitabile collisione non solo con i legittimi diritti dei Medici Ospedalieri, ma anche con le prerogative delle Regioni in fatto di programmazione sanitaria. Si configura di fatto la subordinazione delle necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, e la cessione di sovranità da parte delle rappresentanze elette dai cittadini alla Università, i cui organismi non sono chiamati a rispondere davanti al corpo elettorale, fermi restando per il Ssn tutti gli obblighi connessi al finanziamento. Alla fine i ruoli istituzionali vengono confusi e sovrapposti fino alla configurazione di appalto di servizi sanitari ad una istituzione terza il cui compito istituzionale è formare e fare ricerca.

Una intesa Regione-Università dovrebbe avere l'ambizione di definire un nuovo modello organizzativo, espressione originale della integrazione tra due ordinamenti nella quale la specificità di ciascuno è definita dall'insieme degli obiettivi della Azienda a prescindere dal sistema giuridico di provenienza. Definire un insieme di regole e di funzioni quanto più possibile

L'Anaa Assomed ha elaborato alcune osservazioni alla bozza di schema tipo di protocollo di intesa Regioni-Università approvata all'unanimità nella riunione della Conferenza permanente delle Facoltà di Medicina e Chirurgia del 19 maggio 2011. Al Ministro della Salute e alle Regioni, l'Anaa Assomed e l'intera intersindacale ha chiesto di poter esprimere la propria posizione prima dell'emanazione definitiva del provvedimento

condivise, ma comunque interne alla stessa logica di sistema.

Non c'è invece nel testo in esame alcun articolo, o comma, che individui meccanismi capaci, pur in assenza di ele-

menti comuni di riferimento normativo, di favorire una sinergia tra le componenti professionali, rimuovendo i contrasti e i conflitti alla base del vissuto di "convivenza coatta" che caratterizza la situa-

zione attuale. Anzi, è possibile ritrovare concessioni economiche e normative di estremo pericolo per la tenuta del sistema sanitario inaccettabili per le organizzazioni sindacali della Dirigenza.

## La lettera dell'Intersindacale

L'articolo 6 della Legge 30/12/2010 n. 240 prevede la predisposizione di uno schema tipo di convenzione Regione/Università da parte del Ministero dell'Università di concerto con il Ministero della Salute e di intesa con la Conferenza delle Regioni.

In Italia, come ben sapete, il rapporto Ospedale-Università è caratterizzato da conflittualità, latente o manifesta, e contenziosi infiniti tra due istituzioni concorrenziali su molti fronti.

Di fatto le Facoltà di Medicina tendono ad espandersi nella area assistenziale dei servizi sanitari con la motivazione che questi devono supportare il sistema della formazione e della ricerca, sul quale però esse mantengono piena autonomia di individuazione della quantità e dei contenuti. Un incessante attivismo che porta ad inevitabile collisione anche con le prerogative delle Regioni in fatto di programmazione sanitaria.

Si configura di fatto il rischio

di una subordinazione delle necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, e la cessione di sovranità da parte delle rappresentanze elette dai cittadini alla Università, i cui organismi non sono chiamati a rispondere davanti al corpo elettorale, fermi restando per il Ssn tutti gli obblighi connessi al finanziamento. Alla fine i ruoli istituzionali vengono confusi e sovrapposti fino alla configurazione di appalto di servizi sanitari ad una istituzione terza il cui compito istituzionale è formare e fare ricerca.

Questo tema ha, per le sottoscritte Organizzazioni Sindacali, un'importanza strategica, sia perché interessa una parte importante del sistema ospedaliero, caratterizzata da elevata concentrazione di competenze professionali e tecnologia, sia perché attiene al nodo cruciale, ed attuale, del ruolo del Ssn nella formazione medica.

È in circolazione una bozza di

schema tipo redatta dalla Crui e dalla Conferenza dei Presidi che le Organizzazioni Sindacali giudicano molto negativamente. In essa non si rinviene alcun articolo, o comma, che individui meccanismi capaci di favorire una sinergia tra le componenti professionali, rimuovendo i contrasti e i conflitti alla base del vissuto di "convivenza coatta" che caratterizza la situazione attuale. Anzi, è possibile ritrovare concessioni economiche di dubbia legalità e di estremo pericolo per la tenuta del sistema sanitario.

Le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica, sanitaria e veterinaria (Anaa Assomed - Cimo-Asmd - Aaroi-Emac - Fp Cgil Medici - Fvm - Cisl Medici - Fassid - Fesmed - Anpo-Ascoti-Fials Medici - Uil Fpl Federazione Medici - Sds Snabi - Aupi - Sinafo - Fedir Sanità - Sidirss) chiedono alle Ss.Ll. di potere esprimere le proprie opinioni, prima che vengano emanati gli atti di loro competenza, in uno spirito di collaborazione per obiettivi di miglioramento del sistema assistenziale e di quello formativo.

### IN PARTICOLARE SISEGNALA:

- L'idea di uno schema-tipo, come peraltro il Dpcm 24 maggio 2001, appare in contrasto con quanto previsto dalla revisione del titolo V della Costituzione, soprattutto per quelle regioni che si sono dotate di una Legge che disciplina il rapporto con l'università (sentenza Corte Costituzionale n.329 del 4/11/2003). Si proclama federalismo e si pratica centralismo.
- Questo schema manca del presupposto di valutazione e di revisione del D.lgs 517/1999 e nasce su di un vuoto pneumatico. Di fatto si propugna un ibrido tra policlinico e azienda integrata in un modo poco chiaro, incrementando il peso universitario sulla sanità pubblica in modo pericoloso e ingiustificato. Invece di realizzare la azienda integrata come unica modalità, si prevede un allargamento del modello a qualsiasi struttura.
- Emanato su delega della legge Gelmini, sembra non tenere conto proprio di essa e della trasformazione dei dipartimenti universitari in corso.
- Si predispone una pioggia di denaro dal Ssn alle università: il Ssn sopperisce alla carenza di fondi per ricerca, alle carenze di organico universitario addirittura pagando nuovi stipendi, e inoltre paga a tariffa maggiorata le prestazioni delle Aou (+15%).
- La previsione normativa di dover rispondere alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del Ssn continua ad essere sostanzialmente disattesa.

Corte dei Conti: Rapporto 2011 sulla finanza pubblica

## UN ANNO "INCORAGGIANTE PER IL SSN": NEL 2010 CALANO SPESA E DISAVANZI

Va bene la spesa sanitaria del Ssn che, nel 2010, è stata addirittura inferiore alle previsioni del Governo: 113,5 mld anziché 114,9. Cala anche il deficit che passa dai 3,2 miliardi del 2009 ai 2,3 del 2010. È quanto emerge dal Rapporto 2011 sulla finanza pubblica presentato dalla Corte dei Conti, che definisce quelli della sanità "segnali incoraggianti"

↳ Lucia Conti

**È** positivo il giudizio dei giudici contabili sull'andamento della finanza pubblica italiana. Nel 2010, infatti, il Pil è cresciuto, "sia pure nella misura modesta dell'1,3%", mentre "sono nettamente migliorati i saldi di finanza pubblica, con l'indebitamento sceso dal 5,4 al 4,6% del Pil, facendo registrare un risultato persino migliore dell'obiettivo programmato del 5%". E anche nel confronto europeo, la correzione del disavanzo "è stata più rapida".

È quanto si legge nel Rapporto 2011 sul coordinamento della finanza pubblica presentato al Senato dalla Corte dei Conti. Secondo i giudici contabili, sono principalmente le misure del Dl 112/2008 "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione Tributaria" ad aver consentito di raggiungere questi risultati. "Essendo venute meno le esigenze di sostegno straor-



dinario dell'economia – rileva, infatti, la Corte –, le misure di correzione del Dl 112/2008 sono tornate a incidere sulla dinamica della spesa, consentendo di ottenere risultati di particolare rilievo nel controllo della finanza

pubblica". Le entrate, pur rimanendo al di sotto dei valori programmatici, sono aumentate rispetto al 2009. "Soprattutto – afferma la Corte dei Conti – va rimarcato che, per la prima volta, le spese si sono ridotte, non solo in quo-

ta di Pil, ma in valore assoluto, segnando una flessione superiore di oltre 14 miliardi rispetto a quanto previsto dal Governo". Nel dettaglio, tra il 2000 e il 2009 la spesa pubblica primaria era aumentata del 5% in media all'anno, ac-

crescendo l'incidenza sul prodotto di quasi otto punti. Nel 2010 si riduce sia la spesa primaria che quella totale. "La contrazione, per la prima volta da molti decenni, riguarda tanto la spesa statale quanto quella delle amministrazioni

## Il conto consolidato della sanità

Buone notizie per la sanità. I risultati del conto consolidato del 2010 indicano un consuntivo in valore assoluto migliore delle attese. Le uscite complessive sono state pari ai 113,5 miliardi (110,4 e 108,5 miliardi, rispettivamente, nel 2009 e nel 2008), inferiori di oltre 1.500 milioni ai 114,9 miliardi previsti con la Decisione di finanza pubblica del settembre scorso.

Il peso della spesa sanitaria in termini di Pil si conferma sui livelli del 2009, cioè al 7,3% (era al 6,9% nel 2008), mentre cresce la sua incidenza sul complesso della spesa primaria, passata dal 15,2% del 2009 al 15,7% del 2010.

In termini percentuali, la spesa sanitaria complessiva è cresciuta del 2,7% rispetto al 2009, con una lieve accelerazione rispetto al 2009, quando la spesa era aumentata dell'1,8% rispetto al 2008, ma ben al di sotto della crescita del 6,6% segnata tra il 2007 e il 2008.

Più consistente la crescita, nel 2010, per prestazioni relative a produttori non market (assistenza ospedaliera e altri

servizi sanitari offerti direttamente dagli operatori pubblici e non destinabili alla vendita), che nel 2010 ha segnato il +3,8% nel 2010 contro lo 0,8 del 2009. "Ma sul risultato - sottolinea la Corte dei Conti - ha pesato l'incidenza sull'esercizio degli oneri per i rinnovi contrattuali relativi al biennio 2008-2009 (comprensivi degli arretrati per 500 milioni) e l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale per il 2010, che hanno portato ad un aumento del 4% dei redditi per lavoro dipendente. Considerando che sul 2009 aveva pesato il rinnovo contrattuale del personale non dirigente relativo al biennio 2008-2009 (comprensivo di arretrati per 115 milioni), al netto degli arretrati in entrambi gli anni, nel 2010 i redditi di lavoro dipendente sono cresciuti del 2,9%". Sono aumentati del 3,7% anche i consumi intermedi, soprattutto, secondo i giudici contabili, per la scelta di molte Regioni di ricorrere alla distribuzione diretta dei farmaci, la cui voce di spesa continua a discostarsi dai limiti posti con il tetto del 2,4% (del fi-

nanziamento complessivo).

Si ferma invece al +1,1% la spesa dei produttori market (cioè destinati vendita), anche in virtù della riduzione della spesa farmaceutica (-0,6 per cento) e della dinamica contenuta dell'assistenza medicogenerica (+1,7 per cento). Anche tale andamento, specifica la Corte dei Conti, deve tuttavia essere letto considerando l'incidenza dei rinnovi contrattuali: sul risultato incide, infatti, la contabilizzazione nel 2010 degli oneri per arretrati (400 milioni) per il rinnovo delle convenzioni con i medici di base relative al biennio 2008-2009 e nel 2009 degli arretrati relativi agli anni 2006, 2007 e 2008.

Al netto di tale componente di spesa in entrambi gli anni, la crescita risulta nel 2010 del 4,9 per cento.

Infine, crescono dell'1,7% le altre prestazioni (che comprendono la specialistica, l'ospedaliera convenzionata, la riabilitativa ed altra assistenza), ma come risultato di andamenti molto diversi tra le componenti. Alla forte crescita della specialistica (+6,3%) si contrappone il calo della ospedaliera (-1,4%) e il lieve aumento della riabilitativa (+1%) e della integrativa (+0,5%).

contro tendenza l'andamento della regione Puglia, registra una perdita di 335 milioni (302 nel 2009) e ha sottoscritto a fine anno un piano di rientro. Inoltre, seppur ancora su livelli contenuti, va segnalata la crescita delle perdite in alcune Regioni del Nord, che passano dai 146 milioni del 2009 (di cui 106 riferibili alla Liguria) ai circa 180 milioni del 2010 (di cui 89 della Regione Liguria).

Nel dettaglio, i risultati dei conti economici delle Aziende sanitarie mostrano una crescita dei costi molto contenuta (+0,5%) a cui ha corrisposto una crescita dei ricavi dell'1,4%. Tuttavia con molte variazioni regionali. È il Lazio che, pur confermandosi la regione che registra il risultato peggiore (-1.044 milioni) conosce miglioramenti superiori alla media, sia dal lato dei costi che dei ricavi. Mentre in Molise a flessione di oltre il 2% dei costi complessivi accompagna una riduzione dei ricavi dello 0,7%. Piemonte e Puglia registrano variazioni dei costi superiori ai ricavi peggiorando il loro risultato complessivo che, nel caso del Piemonte, rimane tuttavia sempre positivo. Tra le altre Regioni, solo Umbria e Toscana presentano una flessione dei costi, rispettivamente pari allo 0,6% e al 2,2%. In entrambi i casi, tuttavia, a essa coincide nell'esercizio una quasi equivalente riduzione dei ricavi.

locali". Si riducono anche le spese per il personale pubblico e si ridimensiona drasticamente la crescita inerziale della spesa per redditi e anche se i trasferimenti agli enti di previdenza aumentano un po' più del previsto (del 18, in luogo del 16,5%), la crescita della spesa per pensioni ed altre prestazioni scende dal 5,2 al 2,3% e le spese degli enti di previdenza e assistenza variano in linea con le previsioni (+2,2, +2,3%).

Tuttavia, sottolinea la Corte dei Conti, "la fine della recessione economica non comporta, il ritorno ad una gestione ordinaria del bilancio pubblico, richiedendosi piuttosto sforzi anche maggiori di quelli finora accettati. Tanto più che va tenuto conto delle implicazioni dell'inasprimento dei vincoli europei".

Di seguito la sintesi dei dati di spesa della Sanità contenuti nel Rapporto 2011 della Corte dei Conti.

### IRISULTATI REGIONALI

Soddisfazione per l'andamento delle Regioni, soprattutto quelle con i piani di rientro. Nel complesso, infatti, i costi di produzione nel 2010 sono stati pari a 112,3 miliardi a fronte di ricavi per circa 110 miliardi, con una consistente riduzione del disavanzo, che passa dai 3.252 milioni del 2009 ai 2.326 milioni del 2010. "I disavanzi sanitari - rileva la Corte - continuano a rappresentare un fenomeno

prevalentemente localizzato nelle regioni del sud del Paese (è da riferire ad esse il 50% delle perdite, il 54% nel 2009), ma nel complesso i loro risultati conoscono nell'anno un significativo miglioramento. In valore assoluto, le perdite scendono da 1.819 milioni del 2009 (nel 2008 erano pari a 1.854 milioni) a

1.230 milioni nel 2010". Come accennato, infatti, sono proprio le Regioni in piano di rientro (e tra loro molte del Sud) a migliorare il proprio risultato, passando da un disavanzo di poco meno di 3 miliardi nel 2009 (3,2 nel 2008) ad uno di 2 miliardi. "Almeno da questo angolo visuale - osservano i giudici

contabili - l'operare del sistema di responsabilizzazione, anche basato sul sistema sanzionatorio, sembra aver contribuito a rallentare la dinamica dei costi sanitari riducendo il formarsi di disavanzi". Si tratta, tuttavia, di un risultato non generalizzato: Molise e Sardegna segnalano solo marginali miglioramenti; in

## La spesa farmaceutica

NEL 2010 LA SPESA FARMACEUTICA territoriale risulta nel complesso contenuta nei livelli previsti, pari al 13,3% del finanziamento. Superano anche quest'anno il limite le sole regioni con piani di rientro (compresa la Puglia) ma, osserva la Corte dei Conti, "per valori relativamente contenuti (739 milioni)". Se poi si considerando gli importi al netto del ticket, solo Liguria, Lazio, Sicilia e Sardegna non raggiungono l'obiettivo.

È la farmaceutica ospedaliera a preoccupare di più. "Gli andamenti continuano a travalicare in tutte le Regioni, gli obiettivi attribuiti" così che, rispetto al valore obiettivo di 2,5 miliardi, la spesa ha raggiunto nel 2010 i 5,4 miliardi (al netto del pay-back), pari al 5,1% del Fsn contro il tetto previsto del 2%. Valori superiori al 6% si sono registrati in Piemonte, Friuli, Toscana e Sardegna.

La spesa per farmaceutica convenzionata lorda si è invece mantenuta su livelli di crescita molto contenuti (+0,5 per cento), ma con grande variabilità tra le Regioni: si va dal +3,1% della P.A. di Bolzano, al 5% del Friuli Venezia Giulia, al 3,3%

dell'Abruzzo e 3,2% della Sardegna.

La compartecipazione alla spesa è continuata a crescere (+15,8%, contro il 30% del 2009 e il 20% nel 2008), ma con punte particolarmente rilevanti in Campania (+43,7%), in Friuli (+30,8%), in Calabria (+29,8%) e in Sardegna (+26,3%).

La quota di spesa coperta da compartecipazioni cresce dal 6,7% al 7,7%. Valori significativamente superiori alla media in Sicilia (11,4%), in Lombardia (10,2%), Veneto (10,5%), PA Bolzano (9,5%), Molise (8,8%) e Calabria (8,5%). In queste Regioni l'importo pro-capite supera i 20 euro.

La spesa netta per farmaceutica convenzionata flette in media dell'1,5%. Solo in quattro regioni (Valle d'Aosta, Provincia di Bolzano, Friuli e Abruzzo) si registra un aumento, in generale limitato se si esclude quello del Friuli (+3,5%); superiori al 5% le riduzioni di spesa in Piemonte, Molise, Basilicata e Calabria.

Permangono forti differenze nella quota di spesa territoriale coperta dalla distribuzione diretta dei farmaci. In media tale forma di assistenza riguarda circa il 14% della spesa territoriale. Ma in Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e P.A. di Bolzano la quota sale ad oltre il 18%. Particolarmente ridotto il ricorso alla distribuzione diretta in Calabria e in Abruzzo.

Le pronunce sugli specializzandi dal 1983 al 1991

↳ a cura di [servizi@anao.it](mailto:servizi@anao.it)

### A) Un punto fermo: la prescrizione dell'azione risarcitoria è decennale.

In primo luogo, la recente sentenza della Cassazione ha confermato il principio, già espresso dalle Sezioni Unite con la sentenza n. 9147 del 2009, secondo cui l'azione risarcitoria del danno subito dai medici per l'omessa o tardiva trasposizione del legislatore italiano delle direttive comunitarie in tema di retribuzione della formazione dei medici specializzandi è riconducibile allo schema della responsabilità per inadempimento contrattuale ex art. 1173 cod. civ. (da parte dello Stato) e, quindi come tale, soggetta all'ordinario termine decennale di prescrizione.

Questo può essere ormai considerato un punto fermo della giurisprudenza della Cassazione che difficilmente potrà essere rimesso in discussione.

### B) Il termine prescrizione decennale decorre a partire dal 27 ottobre 1999 (data di entrata in vigore dell'art. 11 della legge n. 370/1999).

Le maggiori novità interpretative della sentenza in esame riguardano la disciplina della decorrenza del termine prescrizione.

Nello specifico, la Cassazione ha fissato il termine di decorrenza della prescrizione decennale a partire dalla data di entrata in vigore dell'art. 11 della legge n. 370 del 1999, ossia il 27 ottobre 1999. Al riguardo i giudici di legittimità hanno seguito un articolato e complesso iter logico-giuridico che, in via semplificativa, può essere così schematizzato:

**1. IL DIRITTO AL RISARCIMENTO** del danno del medico specializzando per mancata adeguata remunerazione della frequenza della specializzazione nel periodo compreso tra gli anni 1983 e 1991 è correlato all'inadempimento dello Stato italiano all'attuazione della direttiva che ha determinato un obbligo risarcitorio permanente a carico dello Stato (ossia si "rigenera" de die in die

# Una storia INFINITA

Con la recente sentenza n. 10813 del 17 maggio 2011, la III Sezione della Corte di Cassazione si è espressa nuovamente in merito alla questione della mancata retribuzione dei medici specializzandi (riformando senza rinvio la nota sentenza della Corte di Appello di Genova n. 654 del 2008). La sentenza, seppur non deliberata a Sezioni Unite e quindi non definitiva sul piano dell'interpretazione giurisprudenziale, ha introdotto un nuovo principio in materia di decorrenza della prescrizione decennale che, in linea teorica, può dare maggiori chance di successo giudiziale a coloro i quali abbiano già un contenzioso in corso con lo Stato o abbiano effettuato, entro termini fissati dalla sentenza, atti stragiudiziali interruttivi della prescrizione (istanza o lettera di diffida). Più nel dettaglio, le questioni interpretative poste alla base della pronuncia giurisprudenziale in commento possono essere suddivise, in via sintetica, in due parti: la durata del termine prescrizione e la sua decorrenza

fino a quando lo Stato non si è definitivamente adeguato all'ordinamento europeo);

**2. DI CONSEGUENZA**, la prescrizione non decorre fino a quando lo Stato interno non ha adempiuto agli obblighi comunitari, attraverso una corretta e piena trasposizione della direttiva;

**3. CON IL D.LGS. N. 257** del 1991, il Legislatore italiano si è adeguato solo parzialmente agli obblighi di recepimento della direttiva europea, riconoscendo il diritto alla remunerazione della formazione dei medici specializzandi solo pro futuro, ossia per coloro i quali si trovavano nelle condizioni previste dalla direttiva successivamente all'entrata in vigore del D.lgs. n. 257 del 1991 (ossia iscrizione a scuole di specializzazione a partire dall'anno accademico 1991-1992);

**4. IL PREDETTO ATTO** normativo, ha lasciato del tutto immutata la posizione dei restanti medici i quali avevano ottenuto la specializzazione successivamente al 31 dicembre 1982 (termine previsto per il recepimento della direttiva europea) e fino all'a.a. 1990-1991, nei cui confronti, stante l'omesso adempimento dello Stato italiano, la prescrizione decennale per l'azione risarcitoria, come detto, non è ancora iniziata a decorre per via del carattere permanente dell'obbligo risarcitorio;

**5. NEI CONFRONTI** dei suddet-

ti soggetti, esclusi dal campo di applicazione del d.lgs. n. 257/1991, l'adeguamento del legislatore nazionale può, secondo la sentenza in commento, ritenersi definitivamente avvenuto solo successivamente all'entrata in vigore dell'art. 11 della legge n. 370 del 27 ottobre 1999.

**6. CON TALE ATTO** normativo, infatti, lo Stato italiano ha preso una posizione definitiva in merito al riconoscimento del diritto dei medici specializzandi nel periodo tra il 1983 e il 1991, operando una scelta discrezionale favorevole solo ad una ristretta cerchia di soggetti, ossia "i medici ammessi presso le università alle scuole di specializzazione in medicina dall'anno accademico 1983-1984 all'anno accademico 1990-1991, destinatari delle sentenze passate in giudicato del Tar Lazio" (art. 11, legge n. 370/1999);

**7. IN ALTRI TERMINI**, secondo i giudici della Cassazione, solo a partire da tale data lo Stato italiano ha completato il processo di trasposizione interna della direttiva europea, e può ritenersi definitivamente inadempiente verso i soggetti esclusi (cioè quelli dei corsi di specializzazione dal 1983 al 1991 estranei alle sentenze del Tar Lazio).

**8. DI CONSEGUENZA**, l'obbligo risarcitorio statale che fino alla data di entrata in vigore della legge n. 370 (27 ottobre 1999) aveva ancora carattere

di obbligo permanente (non facente decorrere il termine di prescrizione), superato il predetto riferimento temporale, non potrà più considerarsi tale e, pertanto, a partire dalla suddetta data inizia il decorso della prescrizione ordinaria decennale.

**9. QUINDI IL TERMINE** di prescrizione decennale decorre dal 27 ottobre 1999 fino al 27 ottobre 2009.

In definitiva, secondo la Cassazione "il diritto al risarcimento del danno da mancata adeguata remunerazione della frequenza della specializzazione dei medici specializzandi ammessi alle scuole negli anni 1983-1991 si può ritenere ad oggi prescritto solo a condizione che i medesimi soggetti non abbiano agito giudizialmente o non abbiano compiuto atti interruttivi del corso della prescrizione decennale entro il 27 ottobre 2009".

In sostanza, possono beneficiare del nuovo criterio di decorrenza del termine di prescrizione, i soggetti i quali, entro il 27 ottobre 2009, abbiano compiuto un atto interruttivo della stessa prescrizione. Tale atto interruttivo, come detto, viene posto in essere o attraverso la proposizione di un ricorso al giudice competente, oppure mediante un atto di natura stragiudiziale (es. lettera di diffida) con il quale si è fatto valere il diritto al risarcimento dei danni. Va,

tuttavia, precisato che qualora il medico avesse, prima dell'ottobre 2009, già instaurato un contenzioso con lo Stato (ricorso), quest'ultimo deve necessariamente essere ancora pendente tra le parti e cioè non si deve essere formato su di esso il c.d. giudicato. Il "giudicato" o "cosa giudicata" è il provvedimento giurisdizionale (sentenza) divenuto ormai incontrovertibile, ossia non più assoggettabile ai mezzi di impugnazione ordinari, o perché siano già decorsi i termini per impugnare o perché siano già stati esperiti tutti i mezzi d'impugnazione previsti.

Un provvedimento passato in giudicato è contraddistinto dall'incontrovertibilità della cosa giudicata: nessun giudice può pronunciarsi nuovamente su quel diritto sul quale è già intervenuta una pronuncia che abbia esaurito la serie dei possibili riesami (principio del ne bis in idem), questo esaurimento si verifica sia nel caso in cui i diversi gradi di giurisdizione si siano effettivamente svolti, sia nel caso in cui si sia rinunciato ad essi.

In conclusione, per tali motivi, non potranno far avvalersi del nuovo criterio di decorrenza della prescrizione espresso dalla sentenza della Cass. n. 10813/2011, i soggetti che prima del 27 ottobre 2009:

a) non hanno mai effettuato alcun atto interruttivo della prescrizione (ricorso o lettera);  
b) hanno già ottenuto una sentenza negativa (di primo o secondo grado) avverso la quale non hanno proposto appello o ricorso in cassazione nei termini previsti dalla legge, facendo così calare su di essa il giudicato.

Al contrario, potranno far valere il nuovo criterio di decorrenza della prescrizione coloro i quali, prima del 27 ottobre 2009:

a) hanno compiuto un atto interruttivo della prescrizione (es. lettera di diffida o richiesta stragiudiziale dei danni);  
b) hanno un giudizio ancora pendente in primo grado o in appello. Nell'ambito di questi gradi di giudizio, gli interessati potranno far valere il nuovo orientamento giurisprudenziale espresso dalla sentenza in esame, così contrastando l'eccezione di prescrizione sollevata dalla Stato.

Rapporto del ministero della Salute

# LEA

## Solo 8 Regioni li garantiscono al 100%. Per 6 la situazione è critica

Non è roseo il quadro emerso dal rapporto sul Mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza 2009 del Ministero della Salute. Delle 17 Regioni esaminate solo 8 sono state promosse a pieni voti. Tre guadagnano l'ammissione, ma con riserva. Ma ben 6 non raggiungono la sufficienza: Molise, Abruzzo, Sicilia, Campania, Lazio e Calabria

**S**ono le prestazioni e i servizi che devono essere garantiti a tutti i cittadini. Ma nei fatti sono solo 8 le Regioni - Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Marche, Piemonte, Umbria, Veneto e Liguria - che hanno adempiuto al loro compito di erogare i Livelli essenziali di assistenza (Lea) in modo efficiente. Basilicata, Sardegna e Puglia se la sono cavata, anche se devono migliorare. Ma per il Lazio e le Regioni del Sud la situazione è "critica".

A rilevarlo è il monitoraggio sui Lea del ministero della Salute, relativo al 2009 e riguardante 17 Regioni (mancano i dati di Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Trento e Bolzano), con un set di 21

indicatori selezionati appositamente dal Comitato Lea sulle macroaree di assistenza (6 indicatori per la prevenzione, 9 per l'assistenza distrettuale, 6 per l'ospedalicera). La valutazione finale è illustrata in sintesi nella tabella pubblicata in queste pagine, dove il Ministero ha anche specificato, Regione per Regione, gli aspetti più critici emersi dal monitoraggio. Scavando un po' più in dettaglio tra gli indicatori è possibile notare altri particolari. Soprattutto che l'inadempienza del Sud e Isole non deriva solo dalla carenza di prestazioni in termini quantitativi, ma inferiore è anche la qualità delle prestazioni erogate. È al Sud, ad esempio, che si fa più ricorso al taglio cesareo e che si operano

con maggiore ritardo le fratture del femore negli anziani, riducendo così le possibilità di recupero del paziente. Nel dettaglio, la Campania conserva la maglia nera per i cesarei, con un ricorso al taglio nel 61,97% dei parti, seguita dalla Sicilia, con il 53,14%, e dal Molise, con il 48,45%. In generale, tutte le Regioni del Sud, a cui si aggiunge il Lazio, superano il 40% (fa eccezione la Sardegna, con il 37,77%). I livelli del Nord, invece, viaggiano sul 30%, con il migliore risultato della Toscana, che con il 26,56% di cesarei si avvicina al limite del 25% per i tagli cesarei raccomandato dalle linee guida.

E ancora: in Puglia solo il 18,07% degli anziani ricoverati per la frattura del femo-

re viene operato entro 48 ore. Il 22% in Campania e Sicilia, il 25% in Basilicata. Ma va male anche nel Lazio, dove si registra solo il 21,84% degli interventi effettuati entro 48 ore. Certo, i margini di miglioramento sono consistenti anche al Nord, ma la media riesce almeno a raggiungere il 40%, con punte del 59,46% nelle Marche e del 54,16% in Toscana.

### AL SUD GLI SCREENING SEGNANO IL PASSO

Tra gli indicatori a rilevare quanto sia spaccata in due l'Italia anche quello relativo allo screening. Per valutarlo il ministero ha preso in considerazione le persone che hanno effettuato test di screening di primo livello in un programma organizzato per cervice uterina, mammella e colon retto. A ciascuno è stato attribuito un punteggio da 0 a 5, che indicava il livello di partecipazione al programma della popolazione target. Il massimo punteggio, 5, significava per lo

screening alla mammella

una partecipazione di oltre il 60% della popolazione target, negli altri due casi una partecipazione oltre il 50%. Il ministero ha quindi sommato i punteggi di partecipazione agli screening per le tre forme tumorali, registrando la partecipazione massima (punteggio 15, percentuale superiore al 50%) in Toscana, seguita dal Veneto e dall'Emilia Romagna (punteggio 13) e dall'Umbria 11. Al Sud d'Italia questi livelli sono un miraggio. Sicilia e Sardegna hanno un punteggio di partecipazione ai programmi di screening pari a 1, Lazio e Campania registrano 2, Calabria 4, Puglia 6.

### DRG AD ALTO RISCHIO DI INAPPROPRIATEZZA

Significative anche le differenze per il tasso di ricoveri attribuibili a Drg ad alto rischio di in appropriatezza. I risultati migliori sono quelli del Piemonte e della Toscana (dove i ricoveri potenzialmente inappropriati sono rispettivamente il 5,20 per mille abitanti e il 6,80), ma in Molise e in Puglia raggiungono il 18,09 e il 16,60. Ma le anche in Sardegna (14,43),

Campania (14,02), Calabria (11,68), Abruzzo (12,07) e Lazio (13,26). Ma spicca anche il dato della Lombardia, con il 12,34 di ricoveri potenzialmente inappropriati. La quota più alta registrata al Nord

### ADI E RSA

Forte gap anche per l'assistenza domiciliare integrata. I più assistiti sono gli over 75enni del Veneto (il 16,7% rientra in un programma di assistenza Adi), seguiti da quelli dell'Emilia Romagna (14,03%) e della Lombardia (10,32%). Dello stesso servizio usufruiscono invece solo l'1,3% dei calabresi over 75enni e l'1,79% degli anziani campani e pugliesi. Altre 6 Regioni non superano il 6% di anziani assistiti in Adi. Ma altrettanto bassa è la percentuale di anziani trattati in strutture residenziali. In Campania avviene solo per lo 0,02% degli over 75enni, in Puglia per lo 0,36%. Punta invece su queste strutture il Veneto, dove ben il 74,58% degli anziani viene trattato in una struttura residenziale. Per tutte le altre Regioni, la quo-

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia R.	
	Lombardia	
	Toscana	
	Marche	
	Piemonte	
	Umbria	
	Veneto	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Basilicata	*Impegni 2010: • 18 - Percentuale parti cesarei < 44%
	Sardegna	*Impegni 2010: • migliorare le risorse finanziarie dedicate all'assistenza farmaceutica e ad attuare azioni di potenziamento della prevenzione secondaria (es. programmi di screening)
	Puglia	*Impegni 2010: • 18 - Percentuale parti cesarei < 45%
Critica	Molise	• Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza residenziale ed alla riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata.
	Abruzzo	• Rinvio al Piano di Rientro per l'obiettivo relativo all'assistenza farmaceutica, all'assistenza agli anziani e per gli hospice
	Sicilia	• Rinvio al Piano di Rientro per gli obiettivi relativi all'assistenza territoriale e domiciliare degli anziani, alla spesa farmaceutica e alla riduzione dell'assistenza ospedaliera.
	Campania	• Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera.
	Lazio	• Rinvio al Piano di Rientro per aspetti relativi al recupero di efficienza ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e al contenimento della spesa farmaceutica
	Calabria	• Rinvio al Piano di Rientro per aspetti di assistenza territoriale e di assistenza ospedaliera.

ta registra valori molto bassi, per lo più non oltre al 5%, tolto il caso della Basilicata (13,66%), comunque ben lontano dal valore del Veneto. Al contrario, si fa ampio ricorso all'ospedale nel Sud d'Italia. È infatti lì che si registra il più alto tasso di ospedalizzazione, che tocca il massimo in Campania (223,7 per 1.000 abitanti), seguito dalla Sicilia (213,19) e dal Molise (197,58). Il valore minimo se lo aggiudica invece la Toscana, con 148,56, poi il Veneto (150,49) e il Piemonte (159,26).

### RICORSO AI FARMACI

Più alto al Sud rispetto al Nord anche il ricorso ai farmaci. La percentuale di spesa farmaceutica territoriale supera il tetto del 13%, andando oltre il 15%, in Sardegna, Sicilia, Calabria, Puglia, Abruzzo e anche Lazio. Solo la Basilicata si mantiene sotto il tetto, con il 12,83%, valore simile a quello dell'Umbria (12,56%), della Toscana (12,5%), dell'Emilia Romagna (12,2%), della Lombardia (12,04%) e del Piemonte (12,62).

news //

news //

Via libera del Consiglio dei Ministri alla legge delega che crea una nuova sede istituzionale

## STATO-REGIONI ADDIO, ARRIVA LA "CONFERENZA DELLA REPUBBLICA"

Niente più Conferenza Stato-Regioni, Stato-Città e Unificata, nasce la Conferenza della Repubblica. Sarà questa la sede di "confronto, concertazione e attuazione del principio di leale collaborazione tra lo Stato e le autonomie regionali e locali", come si legge nelle prime righe del Ddl delega del ministro Fitto che ha incassato, dopo l'intesa dalla Conferenza Unificata alla fine di maggio, il via libera dal Consiglio dei Ministri. Un'intesa non scontata, quella della Conferenza, visto che il 18 febbraio, quando il Consiglio dei ministri aveva licenziato il testo, le Regioni si erano mostrate molto critiche verso questa novità. "Si tratta di un provvedimento che pone diverse criticità e che per molti aspetti prefigura un accentramento, lontano da ogni logica federalista, oltre a delineare un quadro di particolare farraginosità sul piano delle procedure" aveva commentato il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, aggiungendo che l'unico aspetto condivisibile era il nome assegnato al nuovo organismo. Il lavoro di mediazione svolto da Raffaele Fitto ha però prodotto buoni risultati e così è stata registrata l'intesa.

### Ecco come sarà la Conferenza della Repubblica

Lo schema di legge delega attualmente in discussione è molto sintetico e rinvia a successivi decreti attuativi che dovranno tutti essere sottoposti

al parere della Conferenza Unificata, del Consiglio di Stato e delle Commissioni parlamentari competenti. L'attuale testo, dunque, indica solo principi e criteri che dovranno poi essere concretamente sviluppati.

La nuova Conferenza della Repubblica "sostituisce" le attuali Conferenza Stato Regioni, Conferenza Stato Città e Conferenza Unificata e si articola in due sezioni: "Sezione Stato Regioni" e "Sezione Stato e autonomie locali".

La Conferenza e le due Sezioni sono presiedute dal presidente del Consiglio.

I futuri decreti dovranno disciplinare le modalità di votazione delle sedute e anche, si legge nello schema, "i casi di mancata partecipazione ovvero di astensione alla votazione alle sedute della Conferenza della Repubblica e delle Sezioni, secondo criteri di semplificazione e di celerità, stabilendo la validità della votazione sulla base dei presenti", definire la cadenza delle riunioni, stabilire "termini perentori" per l'acquisizione dell'assenso delle autonomie regionali e locali sui provvedimenti del Governo.

Nei decreti attuativi dovrà inoltre essere definita la tipologia degli atti adottati dalla Conferenza, e anche le modalità con le quali le Regioni dovranno adottare "atti normativi o amministrativi di

recepimento delle intese (...) e degli accordi entro termini perentori", trascorsi i quali il Governo eserciterà il potere sostitutivo, sulla base dell'articolo 120 della Costituzione. È verosimile che su questo punto, al momento della stesura dei decreti, ci sarà da discutere, anche perché il dettato costituzionale ipotizza il ricorso ai poteri sostitutivi solo "nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali". I lavori della Conferenza saranno preparati attraverso Commissioni politiche divise per settore ed è prevista anche la creazione di gruppi di lavoro per approfondire specifiche tematiche e dovranno essere resi noti alle amministrazioni locali e, attraverso una relazione annuale, al Parlamento. La creazione della Conferenza della Repubblica, con tutte le previste articolazioni in sezioni, commissioni e gruppi di lavoro, dovrebbe anche portare alla soppressione di "comitati, organismi, commissioni e organi omologhi già istituiti all'interno delle amministrazioni" ad eccezione di quelli creati con la legge sul federalismo fiscale.

## Dossier Agenas

# La giungla dei ticket. Ecco dove e quanto si pagano

↳ Luciano Fassari

**C'**è quello sugli accessi al Pronto soccorso che può costare anche 50 euro e quello per le prestazioni specialistiche che può arrivare fino a 46 euro. E in generale in ogni Regione, se si parla di ticket, vige una sorta di "fai da te". Una constatazione resa ancor più evidente se si guarda al ticket sui farmaci, contemplato in "sole" 12 Regioni, anche se in tutte vige comunque il criterio del prezzo di riferimento per i farmaci a brevetto scaduto. Inoltre, sono cambiate le regole per la verifica dell'esenzione e a giugno è scaduta la copertura per il super-ticket della specialistica da 10 euro. Insomma, parlare di "giungla" per il sistema di compartecipazione alla spesa non è un azzardo e risulta quindi molto utile quest'ultima rilevazione dell'Agenas che fotografa la situazione per i ticket in Pronto Soccorso e per le prestazioni specialistiche. Di seguito un riepilogo della situazione nazionale, attraverso il rapporto Agenas e i dati della Federfarma (per quanto riguarda il ticket sui farmaci).

## Il Rapporto Agenas

Il ticket Pronto Soccorso. Solo la Basilicata non lo applica, mentre la Campania lo ha raddoppiato rispetto a un anno fa. Regione che vai ticket sul Pronto Soccorso che trovi, tranne in Basilicata dove esso non viene applicato. Il ticket sui codici bianchi non seguiti da ricovero è stato introdotto dalla Finanziaria 2007 e prevede, salvo alcune eccezioni, il pagamento di una quota fissa di 25 euro. Il ticket, in ogni caso, non è uguale in tutte le Regioni. C'è chi applica solo la quota fissa, c'è chi fa pagare anche altre prestazioni (diagnostiche di laboratorio, strumentali o altre terapie) e chi mette il ticket anche sui codici verdi. Ma vediamo più nel dettaglio. Alcune Regioni (Piemonte, Val d'Aosta, Lombardia, PA Trento, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna) hanno previsto solo l'applicazione

Nuova rilevazione dell'Agenas sui ticket in Pronto Soccorso e sulla specialistica. La situazione resta quella di un anno fa, con l'eccezione di Campania e Calabria che li hanno aumentati. Ma poi c'è anche il ticket sui farmaci che, secondo i dati della Federfarma, nel 2010 è costato ai cittadini quasi 1 miliardo di euro

Il ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali - principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 10 aprile 2011		
	Importo massimo per ricetta	Esenzioni
Abruzzo	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale, prevedendo l'esenzione a chi è in attesa di trapianto d'organi
Basilicata	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale per i residenti in Basilicata: - ampliando l'elenco delle malattie rare di cui al DM 279/2001
Calabria	45,00 + 1,00 (quota fissa)	Sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria i cittadini residenti per i quali ricorrono le seguenti condizioni: a) soggetti in atto esenti in quanto affetti da malattie croniche, invalidanti o rare ai sensi delle vigenti disposizioni nazionali; b) soggetti che eseguono prestazioni previste dalle attività di screening di cui piano nazionale di prevenzione, limitatamente a quanto individuato nei provvedimenti attuativi regionali del piano stesso; c) soggetti in atto esenti in quanto appartenenti alle categorie protette individuate da norme nazionali (invalidi civili al 100%, per lavoro e di guerra; ciechi e sordomuti; soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati; vittime del terrorismo e della criminalità organizzata); d) i soggetti di età inferiore a 6 anni o maggiore di 65 con reddito familiare inferiore a 36.187,98 (ex art. 8 L 537/1993) e) i soggetti ed i loro familiari a carico con un reddito complessivo per nucleo familiare fino a c. 10.000,00 attestato tramite l'Indicatore ISEE
Bolzano	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale con la delibera 2045/2009, che dispone per i volontari in servizio civile e in servizio sociale l'esenzione per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali connesse all'espletamento del
Campania	36,15 (fino a 50 per i "pacchetti ambulatoriali"), oltre ad una quota fissa di 10 euro per ricetta (5 euro per i cittadini esenti, non dovuta per alcune categorie di esenti)	Si applica la normativa nazionale, precisata con provvedimenti regionali. Si è esenti da ticket per patologia e reddito. La quota fissa non è dovuta dai cittadini esenti per reddito, insufficienza renale cronica, vittime del terrorismo e della criminalità organizzata e stragi, detenuti, invalidi di guerra, terapia del dolore severo
Emilia Romagna	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale. La DGR 1036/2009 stabilisce che sono esenti minori in affido sia a famiglie che in comunità ed i minori in adozione per un periodo di iniziale presa in carico. Inoltre, sono esenti (DGR 1036/2009 e DGR 2566/2009) i soggetti (ed i familiari a carico) che si trovino nelle seguenti condizioni: - aver perso il lavoro dal 1° ottobre 2008 - in cassa integrazione ordinaria, straordinaria o in deroga o in contratto di solidarietà e che percepiscano una retribuzione, comprensiva dell'integrazione salariale, corrispondente ai massimali mensili previsti dalla Legge 427/1980 - in mobilità
Friuli VG	36,00	Si applica la normativa nazionale, precisata con provvedimenti regionali: l'esenzione è estesa a ulteriori patologie
Lazio	36,15 a cui si aggiungono: - 15 euro per RMN / TAC - Seuro per FKT - 4 euro per tutte le altre prestazioni per i "pacchetti ambulatoriali"	Si applica la normativa nazionale
Liguria	36,15	Si applica la normativa nazionale
Lombardia	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale. Sono esenti tutti i cittadini di età inferiore a 14 anni indipendentemente dal reddito. Inoltre, dal 1° gennaio 2010, possono godere del diritto all'esenzione a prescindere dal reddito i cittadini in cassa integrazione straordinaria e in deroga, i lavoratori in mobilità ed i disoccupati iscritti agli elenchi anagrafici dei centri per l'impiego ed i familiari a loro carico
Marche	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale ai cittadini residenti che si trovino nelle seguenti condizioni: - ai lavoratori licenziati e in mobilità ed ai familiari a carico; - ai lavoratori in cassa integrazione o con contratti di solidarietà ed ai familiari a carico, aventi reddito inferiore ai massimali di legge
Molise	36,15 a cui si aggiungono: - 15 euro per RMN / TAC - Seuro per FKT - 4 euro per tutte le altre prestazioni per i "pacchetti ambulatoriali"	Si applica la normativa nazionale
Trento	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale ai cittadini in mobilità, con i limiti di reddito previsti dalla norma nazionale per i disoccupati, alle prestazioni erogate nell'ambito di screening provinciali (diagnosi precoce del carcinoma del collo dell'utero, screening provinciale per la diagnosi precoce del tumore alla mammella, carcinoma del colon-retto, lotta all'alcolismo, controlli periodici clinico-laboratoristici per emofilia)
Piemonte	36,15	Si applica la normativa nazionale; ma l'esenzione è estesa a: - ulteriori 40 nuove patologie rare - esami di screening (Pap Test, mammografia e screening del colon retto) effettuati all'interno del programma "Prevenzione Serena" - esami eseguiti entro 7 giorni dalla data di dimissione da un ricovero e prescritti dal medico della struttura di ricovero prima della dimissione
Puglia	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale ai cittadini inoccupati, in cassa integrazione ordinaria e straordinaria o in mobilità, con i limiti di reddito previsti dalla norma nazionale per i disoccupati
Sardegna	46,15	Si applica la normativa nazionale
Sicilia	36,15	Si applica la normativa nazionale, ma la regione prevede che siano esenti anche: - i minori affidati alle case famiglia e comunità alloggio a seguito di provvedimenti del Tribunale dei minori (LR 5/2009) - Prestazioni inerenti la pianificazione familiare e la guida ad una maternità consapevole (decreto assessoriale 8 giugno 2009)
Toscana	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale: - ulteriori malattie rare - i cittadini collocati in cassa integrazione e in mobilità - e loro familiari a carico - con un reddito complessivo del nucleo familiare per l'anno 2009 inferiore a 8.263,31 euro incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico
Umbria	36,15	Si applica la normativa nazionale
VAosta	36,15	La regione ha esteso le esenzioni previste dalla norma nazionale. E' ampliato l'elenco delle malattie rare di cui al DM 279/2001 con l'inserimento di numerose patologie e sono previste le seguenti tipologie di esenzioni: - Minori portatori di handicap - Minori segnalati ed interessati da provvedimenti da parte degli organi giudiziari - Minori appartenenti a nuclei familiari che evidenziano multiproblematicità - Genitori, familiari, legali rappresentanti dei minori di cui ai punti precedenti limitatamente agli interventi effettuati dallo psicologo e dallo neuropsichiatra infantile a sostegno del minore
Veneto	36,15 (calcolato sulla base di un tariffario, diverso da quello utilizzato ai fini della remunerazione degli erogatori, non gravato dagli aumenti ex DGR 4304/2004 e 917/2006)	Si applica la normativa nazionale

della quota fissa nazionale, 25 euro per l'appuntamento, mentre nella Provincia autonoma di Bolzano e in Campania (che nell'ultima rilevazione Agenas del 31 gennaio 2010 faceva pagare 25 euro) la quota fissa è il doppio: 50 euro. Ma i distinguo non finiscono qui, perché in Veneto, Friuli Venezia Giulia, PA Bolzano, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Calabria, oltre al pagamento della quota fissa, il cittadino compartecipa alla spesa anche per eventuali prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o altre terapie erogate in concomitanza con la visita al Pronto Soccorso. Per questi casi alcune Regioni (PA Bolzano, Liguria, Toscana, Puglia, Calabria) prevedono dei massimali del ticket o come fa il Friuli Venezia Giulia un tariffario per le singole prestazioni erogate in regime di pronto soccorso. Sempre in Friuli Venezia Giulia è previsto anche il pagamento per le prestazioni programmate successive al primo trattamento, mentre nella Provincia di Trento viene fatto pagare un ticket fisso di 35 euro agli stranieri non forniti di apposito modello di assistenza internazionale. Oltre al ticket sui codici bianchi c'è poi chi come Bolzano, Toscana e Sardegna prevedono il pagamento di una quota fissa anche per i codici verdi non seguiti da ricovero. Niente ticket, infine, per i minori di 14 anni ed i cittadini esenti (se-

condo le norme di ogni singola Regione), tranne che per il Friuli e la PA di Bolzano dove non esiste esenzione per l'accesso al pronto soccorso. (Vedi norme Regione per Regione sul ticket al Pronto Soccorso)

### TICKET SPECIALISTICA

Al centro sud è più alto. In

ogni Regione italiana è previsto il ticket sulle prestazioni specialistiche. Esiste una normativa nazionale, applicata nella gran parte delle Regioni, secondo la quale per determinate fasce di popolazione, di patologie e redditi è prevista l'esenzione. In ogni caso, molte Regioni hanno deciso di ampliare la

fasce di esenzione. Ma quanto costa il ticket sulla specialistica? L'importo massimo del ticket per ricetta è fissato a livello nazionale in 36,15 euro. In Calabria, però, sale a 45 euro + 1 euro di quota fissa (nell'ultimo rilevamento Agenas del 31 dicembre 2009 non c'era), mentre in Sardegna è di 46

euro. Poi c'è la Campania, che rispetto all'ultima rilevazione Agenas, ha introdotto il pagamento di un'ulteriore quota di 10 euro e in cui sono previste come nel Lazio e nel Molise ulteriori quote in base a specifiche prestazioni. (Vedi norme Regione per Regione su ticket specialistica)

### IL RAPPORTO FEDERFARMA

Nel 2010 gli italiani hanno speso quasi 1 miliardo in ticket per i farmaci. Al ticket sul Pronto Soccorso e sulle prestazioni specialistiche, vanno poi aggiunti i numerosi e diversi ticket sui farmaci, presenti in 12 Regioni e che nel 2010 hanno portato nelle

## Il ticket di pronto soccorso – principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 10 aprile 2011

REGIONI	Ticket	In quali casi	categorie esenti
PIEMONTE	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumasmi e avvelenamenti acuti - dagli assistiti esenti in base alla normativa regionale
VALLE D'AOSTA	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumasmi e avvelenamenti acuti
LOMBARDIA	25 € per la visita specialistica, comprese eventuali altre prestazioni diagnostico-terapeutiche	codici bianchi non seguiti da ricovero	Sono esentati dal ticket: - I cittadini di età inferiore a 14 anni - I cittadini di età superiore a 65 anni - Le prestazioni effettuate a seguito di infortunio sul lavoro in assicurati INAIL - Le prestazioni effettuate su richiesta degli organi di pubblica sicurezza o polizia giudiziaria - Tutte le categorie esenti secondo quanto previsto dalla normativa regionale per le prestazioni ambulatoriali
PA BOLZANO	50 € + tariffa per ogni prestazione specialistica ambulatoriale fino a un massimo di 100 €	casi non urgenti e/o non giustificati; le esenzioni valgono solo per le prestazioni specialistiche ambulatoriali	La quota fissa è dovuta da tutti i pazienti, le esenzioni riguardano solo le prestazioni specialistiche ambulatoriali: - Tutte le categorie esenti secondo quanto previsto per le prestazioni ambulatoriali <b>A agevolazione per famiglie</b> • esenzione totale del ticket per figli a carico fino a 14 anni con un reddito familiare annuo depurato di 36.152 Euro • diminuzione del ticket al 50% per tutte le tariffe per figli a carico con il massimale annuale ridotto al 50%
	15 €	casi giustificati qualora non seguiti da ricovero ospedaliero	- Accessi seguiti da ricovero - Le seguenti categorie: Detenuti, *soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, *indigenti, *pazienti sottoposti a terapia del dolore (L. 08.02.2001 n. 12), *invalidi civili al 100 per cento, compresi i non vedenti con residuo visivo binoculare fino ad 1/20, *invalidi civili minorenni che percepiscono l'assegno di accompagnamento, *invalidi di guerra-grandi invalidi per servizio-grandi invalidi del lavoro-alcune patologie ed invalidità (secondo decreti del Ministero per la sanità n. 329/1999 e n. 296/2001), *altri invalidi che non sono totalmente esenti, *titolari di pensioni sociali e loro familiari a carico, *persone sopra i 65 anni con un reddito complessivo familiare depurato di 36.152 Euro all'anno, *titolare di pensioni al minimo di età superiore ai 60 anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo inferiore a 8.263 Euro annuali, incrementato fino a 11.362 Euro annuali in presenza del coniuge e 516 Euro per ogni figlio a carico
PA TRENTO	quota fissa 25 € per i soggetti aventi titolo alla gratuità	codici bianchi non seguiti da ricovero	Non sono soggetti al ticket: - gli assistiti di età inferiore a 14 anni - coloro che sono esenti per motivi di reddito - gli accessi al PS seguiti da ricovero - gli accessi al PS per traumasmi, avvelenamenti acuti, malattia cronica o rara, invalidità o condizione soggettiva (donazione sangue organi o tessuti, maternità, infortuni sul lavoro)
	35 € per i soggetti non aventi titolo alla gratuità (cittadini stranieri non forniti dei modelli di assistenza internazionale)	tutti	nessuna
FRIULI VENEZIA GIULIA	Ticket di (Le voci dal 3 al 9 sono comprensive della visita di PS): 1) 7,74 € per Visita di Pronto soccorso; 2) 10,32 € per visite per consulenze specialistiche; 3) 18,07 € per esami di laboratorio; 4) 12,91€ per radiografia al torace; 5) 23,24 € per altre indagini radiologiche; 6) 30,98 € per Ecografia; 7) 12,91 € per elettrocardiogramma; 8) 23,24 € per elettroencefalogramma (incl. consulenza neurologica); 9) 12,91€ per altri esami strumentali (consulenze specialistiche).	- prestazioni di PS per situazioni clinico patologiche la cui definizione diagnostica e/o il trattamento terapeutico possono essere differiti - prestazioni programmate successive al primo trattamento	il ticket è dovuto da tutti i cittadini, anche gli esenti
VENETO	- 25 € per la visita medica eseguita dal medico di PS - 18,5 € per l'attività di consulenza e per la visita pediatrica eseguita dal medico del PS pediatrico - ticket fino a 36,15 euro ogni otto prestazioni della stessa branca specialistica per le eventuali altre prestazioni (secondo le modalità previste per la specialistica ambulatoriale)	codici bianchi	La quota di 25 euro non è dovuta: - dagli assistiti di età inferiore a 14 anni - dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumasmi e avvelenamenti acuti - gli utenti esenti in base alla vigente normativa
LIGURIA	- 25 € sulla visita effettuata dal medico di Pronto Soccorso e/o da medici consulenti - 36,15 € (tetto massimo complessivo) nel caso in cui, oltre alla visita, vengano erogate ulteriori prestazioni diagnostiche di laboratorio, strumentali o terapeutiche.	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta: - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumasmi e avvelenamenti acuti - dai soggetti esenti ai sensi della normativa nazionale (per i soggetti esenti per patologia limitatamente a prestazioni correlate alla patologia stessa)
EMILIA ROMAGNA	- 25 € per la visita - ticket per eventuali prestazioni, applicato secondo le regole per la specialistica	codici bianchi non seguiti da ricovero	- esenti per età e reddito, patologia, invalidità - bambini fino a 14 anni di età, indipendentemente dal reddito Inoltre, sono esenti le seguenti prestazioni: _ prestazioni erogate nell'ambito dell'OBI (Osservazione Breve Intensiva) per situazioni cliniche che necessitano di un iter diagnostico-terapeutico di norma non inferiore alle 6 e non superiore alle 24 ore; _ prestazioni seguite da ricovero; _ prime prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso entro 24 ore dall'evento; _ prestazioni riferite a trauma con accesso al pronto soccorso oltre 24 ore dall'evento nei casi in cui si dia contestualmente corso ad un intervento terapeutico; _ prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti; _ prestazioni erogate ai soggetti di età inferiore a 14 anni; _ prestazioni riferite a infortuni sul lavoro; _ prestazioni richieste dai medici e pediatri di famiglia, da medici di continuità assistenziale (guardia medica) o da medici di altro pronto soccorso; _ prestazioni riferite a soggetti esenti per patologia e/o reddito e altre condizioni previste dalla normativa vigente; _ prestazioni riferite alle persone straniere temporaneamente presenti (STP) se indigenti

caselle delle Asl 987,543 milioni di euro versati direttamente dai cittadini per l'acquisto di farmaci di fascia A. Una cifra pari al 7,6% della spesa farmaceutica a carico del Ssn. Si passa dal ticket fisso sulla ricetta a diverse forme di compartecipazione legate al numero di confezioni acquistate. E questo vale, come abbiamo detto, in 12 Regioni (P.A. Bolzano, Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Molise, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia). Mediamente il costo del ticket è di 1,68 eu-

ro su ogni ricetta del Ssn con un onere pro capite (calcolando tutta la popolazione e quindi anche coloro che non consumano farmaci o che sono esentati a vario titolo dal ticket) di 16,8 euro per italiano all'anno. L'incidenza maggiore del ticket si registra in Sicilia, Veneto e Lombardia con un peso di oltre il 10% sul totale della spesa. La più bassa a Trento, Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia con un'incidenza inferiore al 4%. Ma in tutta Italia è comunque in vigore un'altra forma di compartecipazione

che non prevede alcun tipo di esenzione. Parliamo delle cosiddette "liste di trasparenza Aifa" (recentemente aggiornate a seguito della manovra economica del luglio scorso, con un risparmio atteso di circa 600 milioni di euro) che prevedono un prezzo di riferimento per tutti i farmaci con brevetto scaduto che costituisce la soglia di rimborsabilità massima garantita dal Ssn. Se si acquista un prodotto con prezzo uguale o inferiore a quella soglia non si paga nulla. Ma se si preferisce un altro prodot-

to più costoso della stessa categoria si deve pagare la differenza (vedi le norme Regione per Regione)

### SPECIALISTICA: INCOGNITA TICKET 10 EURO

L'incognita sul "nuovo" ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni specialistiche. Per tutte le Regioni, infine, come disciplinato dalla Finanziaria 2007, resta in vigore un ulteriore ticket di 10 euro sulle prescrizioni specialistiche, per un ammontare complessivo annuo stimato in 834 milioni

di euro. In realtà, come è noto, questo ticket non è mai stato applicato a seguito della decisione dei vari governi (prima Prodi e poi Berlusconi) di coprire tale onere con fondi statali. È andata così anche nel 2011, anche se la copertura arriva solo al 31 maggio. Salvo sorprese dell'ultima ora, quindi, dal prossimo 1° giugno potrebbe scattare questo ticket in tutte le Regioni, salvo che esse decidano autonomamente di non immetterlo assumendosi i relativi oneri del mancato gettito a proprio carico.

#### segue Il ticket di pronto soccorso – principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 10 aprile 2011

<b>TOSCANA</b>	- 25 € per l'accesso e per una prima visita e per gli eventuali esami di laboratorio - fino a ulteriori 25€ se vengono effettuati ulteriori esami (secondo ticket specialistica ambulatoriale)	codici bianco e azzurro (non critico, non urgente)	- i bambini con meno di 14 anni - tutti coloro che hanno l'esenzione dal ticket sanitario (inclusi cittadini residenti in Toscana collocati in cassa integrazione e in mobilità - e loro familiari a carico- con un reddito complessivo del nucleo familiare per l'anno 2009 inferiore a 8.263,31 euro incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge e di ulteriori 516,46 euro per ciascun figlio a carico) - tutti coloro che hanno necessità di un breve periodo di osservazione nell'area di PS o comunque all'interno della struttura ospedaliera Inoltre, non sono soggette ad alcuna partecipazione alla spesa le prestazioni successive e conseguenti ad eventi, fatti o traumi trattati in PS in regime di esenzione e direttamente prescritte dai professionisti del Pronto Soccorso
<b>UMBRIA</b>	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
<b>MARCHE</b>	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
<b>LAZIO</b>	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
<b>ABRUZZO</b>	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti per reddito, età, patologia e invalidità
<b>MOLISE</b>	quota fissa 25 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti
<b>CAMPANIA</b>	quota fissa 50 €	codici bianchi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta: dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni, dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti, dagli esenti per patologia, reddito, disoccupati e loro familiari a carico
<b>PUGLIA</b>	- 25 € per la visita - ticket per eventuali prestazioni specialistiche (con un massimo di 36,15€ dovuti per ogni raggruppamento di prestazioni afferenti alla stessa branca specialistica, fino ad un massimo di n.8 prestazioni, se non in possesso di esenzione (età, disoccupazione, patologia per le prestazioni previste, invalidità, ecc.)	codici bianchi non seguiti da ricovero; per i minori (dai 6 anni compiuti fino ai 14 anni) è dovuto il ticket sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali (qualora non esenti per altra causa)	La quota fissa non è dovuta: - dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni - dai non esenti afferenti il pronto soccorso per Accessi seguiti da ricovero - per Accessi in situazione di urgenza/emergenza (inclusi traumatismi e ad avvelenamenti acuti)
<b>BASILICATA</b>	non si applica il ticket	--	--
<b>CALABRIA</b>	quota fissa 25 €; nel caso in cui l'accesso sia seguito da prestazioni specialistiche la quota fissa di € 25 è sostituita dalla somma dei ticket di tutte le prestazioni eseguite (compresa la visita in Pronto Soccorso e le consulenze specialistiche richieste dal medico di pronto soccorso) fino alla cifra massima di € 45	codici bianchi e verdi non seguiti da ricovero	La quota non è dovuta dagli assistiti non esenti con età inferiore ai 14 anni e dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti. Sono esenti cittadini residenti per i quali ricorrono le seguenti condizioni: a) soggetti in alto esenti in quanto appartenenti alle categorie protette individuate da norme nazionali (invalidi civili al 100%, per lavoro e di guerra; ciechi e sordomuti; soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati; vittime del terrorismo e della criminalità organizzata); b) ciechi e sordomuti; c) vittime del terrorismo e della criminalità organizzata; d) soggetti che godono di tutele particolari ai sensi del DM 10/09/1998 (gravidanza) e) i soggetti ed i loro familiari a carico con un reddito complessivo per nucleo familiare fino a € 10.000,00 attestato tramite l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)
<b>SICILIA</b>	quota fissa 25 €	codici bianchi, ad eccezione di quelli - seguiti da ricovero - afferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti - prestazioni erogate a fronte di una specifica richiesta del medico di base o del medico di continuità assistenziale - pazienti che necessitano di essere comunque avviati agli ambulatori territoriali, attivi nelle medesime sedi ospedaliere - prestazioni eseguite nell'ambito dell'IOBI	- Assistiti di età inferiore ai 14 anni - Gli esenti per reddito (soggetti appartenenti a nuclei familiari con ISEE non superiore ad € 11.000,00). - Invalidi di guerra appartenenti alle categorie dalla I alla V (DM 1 febbraio 1991, art. 6). - Invalidi per lavoro con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi (DM 1 febbraio 1991, art. 6). - Invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla I alla V (DM 1 febbraio 1991, art. 6). - Invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore ai due terzi (67%-100%), (DM 1 febbraio 1991, art. 6). - Invalidi civili con assegno di accompagnamento (DM 1 febbraio 1991, art. 6). - Ciechi e sordomuti indicati, rispettivamente, dagli articoli 6 e 7 della legge 2 aprile 1968, n. 482 (DM 1 febbraio 1991, art. 6). - Ex deportati nei campi di sterminio. - Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata (legge 20 ottobre 1990 n. 302, legge 23 novembre 1998 n. 407). - Invalidi civili minori di 18 anni, con indennità di frequenza o di accompagnamento (L. n. 289/90, Dlgs n. 124/98, art. 5, c. 6). - Detenuti ed internati (Dlgs n. 230 del 22 giugno 1999, come modificato ed integrato dal Dlgs n. 433/2000). - Tossicodipendenti in terapia metadonica. - Categorie di soggetti con patologie croniche ed invalidanti: limitatamente alle prestazioni correlate alle patologie prevalenti. - Categorie di soggetti affette da malattie rare. - Invalidi per servizio e invalidi di guerra dalla 6ª alla 8ª categoria. - Infortunati sul lavoro, o affetti da malattie professionali - prestazioni erogate a pazienti STP indigenti
<b>SARDEGNA</b>	- quota fissa 25 € - 15 €	codici bianchi codici verdi (pazienti poco critici e a bassa priorità di accesso)	La quota non è dovuta: - dai minori di 14 anni - dai non esenti afferenti il pronto soccorso a seguito di traumatismi e avvelenamenti acuti, - prestazioni erogate a seguito dell'intervento dell'unità medicalizzata 118; - prestazione erogata a seguito di infortunio sul lavoro in assicurati INAIL; - prestazioni erogate a fronte di una specifica richiesta del medico di base o del medico di continuità assistenziale con proposta di ricovero; - dai soggetti esenti ai sensi della normativa nazionale e regionale

La Toscana chiede delucidazioni in merito ad un documento di interpretazione della legge 122/2010 approvato dalle Regioni

# L'indennità di esclusività NON RIENTRA NEL BLOCCO DEGLI STIPENDI

**L'**indennità di esclusività non rientra nel blocco degli stipendi? È questo l'interrogativo sollevato dall'Assessore alla Salute della Toscana, Daniela Scaramuccia al collega del Veneto Luca Coletto, in qualità di coordinatore della Commissione Salute delle Regioni. In una nota l'assessore toscano ha sottoposto una serie di quesiti in merito alle modalità con le quali applicare le norme sul blocco triennale degli stipendi, previste dalla manovra economica del luglio scorso, all'indennità di esclusività di rapporto per gli operatori del Ssn. Le perplessità sollevate da Scaramuccia hanno riguardato in particolare quanto scritto in un documento delle Regioni del 10 febbraio scorso con il quale sono state interpretate le disposizioni della legge 122/2010 in materia di

“L'esclusività non può essere inclusa nella legge 122, a meno che non si tratti di un bieco modo per far cassa”. È questo il commento di Carlo Palermo, segretario regionale toscano dell'Anaa Assomed, arrivato dopo un quesito sollevato dall'assessore alla Salute della Toscana, Daniela Scaramuccia. L'assessore aveva, infatti, chiesto un incontro con le altre Regioni per chiarire una volta per tutte se l'indennità di esclusività rientrasse o meno nel tetto stipendiale da calcolare ai fini del blocco triennale, come stabilito dalla manovra di luglio



contenimento della spesa. Nel documento si specificava che di norma l'indennità di esclusività rientra nel tetto stipendiale ed è quindi soggetta al blocco, tranne nel caso dell'indennità di esclusività “conseguita per effetto dell'attribuzione di incarico di struttura complessa o di incarichi/funzioni diverse al maturare di superiori fasce di anzianità”. Un'indicazione questa considerata da Scaramuccia ambigua sotto diversi punti di vi-

sta in quanto potrebbe “indurre le Aziende e gli Enti del Ssn ad escludere dal limite individuale solo l'indennità di esclusività correlata all'incarico di struttura complessa”. Al contrario, secondo l'assessore toscano, l'indennità di esclusività dovrebbe essere sempre esclusa dal calcolo del tetto stipendiale considerandone “le peculiarità e la non corrispondenza di alcuna delle voci retributive previste per la generalità dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche”. Da qui la richiesta di promuovere un incontro ad hoc nell'ambito della Commissione Salute delle Regioni ove affrontare la questione anche per evitare, scrive la Scaramuccia, che l'attuazione della manovra economica “finisca per trasformarsi in un incentivo, sia pure indiretto, ad abbandonare il rapporto di lavoro esclusivo”.

**IL COMMENTO  
DI CARLO PALERMO  
segretario Anaa Assomed  
della Toscana**

## “Tagliare l'esclusività non ha senso”

“Tagliare l'esclusività per tagliare le spese delle Regioni non ha senso. Si tratta, infatti, di una voce di spesa che riguarda solo la dirigenza del Ssn e che è già destinata a diminuire per l'andamento delle uscite dal Ssn per pensionamento dei prossimi anni, con un notevole risparmio per le casse regionali”. È questa la posizione del segretario regionale toscano

dell'Anaa Assomed, Carlo Palermo “Dopo l'emanazione del documento da parte della Conferenza delle Regioni – spiega Palermo – abbiamo sollevato all'assessore i nostri dubbi e prospettato i problemi, sia di ordine tecnico che politico, derivanti da quell'interpretazione”. Osservazione recepita dall'assessore, che ha poi sollevato formalmente il problema al coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, Luca Coletto. “L'auspicio del sindacato della dirigenza del Ssn – aggiunge Palermo – è che ora le Regioni decidano di stralciare dal documento ogni riferimento all'indennità di esclusività. La legge 122/2010 non riguarda in alcun modo questo aspetto contrattuale della dirigenza medica ed inserirlo è stata una forzatura”. Inoltre, “al di là delle

chiare incongruenze contenute nel documento e rilevate anche nella lettera che Scaramuccia ha inviato a Coletto e che per primi abbiamo sollevato”. Secondo il segretario regionale dell'Anaa Assomed “le Regioni sembrano non tener conto del fatto che questa voce di spesa è destinata automaticamente a diminuire. Si stima, infatti, che nei giro di pochi anni andranno in pensione circa 60 mila medici e a sostituirli ne verranno chiamati circa 30 mila”. In pratica, si prospetta un taglio automatico e progressivo tra il 25 e il 30 per cento di coloro cui spetta l'indennità. “Inoltre – evidenzia ancora Palermo – chi va in pensione lo fa con un livello di indennità che si aggira tra 14 mila e 18.500 euro annui, mentre i nuovi medici partono dalla fascia più

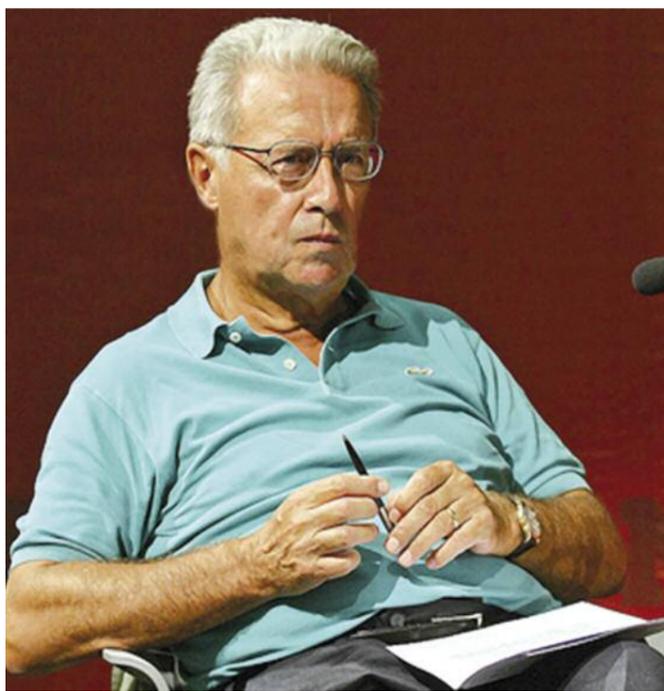
bassa di indennità, pari a circa 2.500 euro. La diminuzione delle spese per l'indennità di esclusività da parte delle Regioni è evidente”. Nel dettaglio, entro i primi 5 anni di servizio l'indennità di esclusività è pari a circa 2.500 euro all'anno. Tra i 5 e 15 anni di carriera è pari a circa 10mila. Oltre i 15 anni di servizio l'indennità raggiunge quota 14mila e a quel punto l'unico ulteriore scatto è quello conseguito per effetto di attribuzione di incarico di direttore di struttura complessa, che comporta il raggiungimento di un'indennità di esclusività pari a circa 18.500 euro. La questione, osserva in conclusione Palermo, è che “non c'è alcun motivo legislativo né tecnico per includere l'esclusività nella legge 122, a meno che non si tratti di un bieco modo per far cassa”.

## Fondazione Onaosi parla il nuovo presidente

# ZUCCHELLI: RIAMMODERNARE È LA NOSTRA PRIORITÀ

**P**romuovere la conoscenza dell'Onaosi, garantire la solidità della Fondazione, svilupparla sul territorio predisponendo anche nuove soluzioni assistenziali e di sostegno diverse, fermo restando la priorità legata agli orfani, il tutto con trasparenza. Questi i primi obiettivi che il nuovo presidente della Fondazione Onaosi, Serafino Zucchelli ha illustrato a Perugia in una conferenza stampa presso la sede della Fondazione (L'Ente assiste gli orfani dei sanitari italiani ed eroga prestazioni e servizi anche ai figli dei contribuenti obbligatori e volontari). All'indomani della lunghissima tornata elettorale che ha visto per la prima volta l'elezione diretta degli organi direttivi, il neo presidente ha incontrato la stampa per presentare obiettivi e progetti della nuova consiliatura. Primo passo: aumentare la conoscenza della Fondazione contro i detrattori e per i contribuenti. "L'obbligatorietà del contributo e la non conoscenza non piacciono mai ed è per questo che bisogna promuovere la Fondazione e le sue iniziative, anche perché ha votato solo il 10-12% degli aventi diritto (circa 175mila) e paradossalmente l'Ente non è conosciuto anche da chi paga il contributo". Dal 2007 sono contribuenti dell'Onaosi obbligatori tutti i medici chirurghi e odontoiatri, i medici veterinari ed i farmacisti iscritti ai

Far conoscere di più l'attività dell'Ente, riadattarlo tenendo presente i bisogni assistenziali di oggi attraverso una gestione trasparente, perché "chi paga deve sapere cosa succede". Questo il messaggio lanciato dal neo presidente dell'Onaosi, Serafino Zucchelli, nella sua prima conferenza stampa dopo l'elezione. In merito alle accuse di ineleggibilità piovutegli addosso dall'Ugl Medici, il neo presidente ha ribadito come tutto sia avvenuto nelle regole



rispettivi ordini professionali italiani che prestano servizio presso le pubbliche amministrazioni. "Rispetto alla quota - ha specificato Zucchelli - che è di circa 10 euro al mese, non c'è nessuna assicurazione che dà risposte assistenziali di questo tipo ed è per questo che dobbiamo valorizzare le prestazioni che noi offriamo in modo da far dimenticare il vizio d'origine della contribuzione obbligatoria imposta per legge". Il

neo presidente ha poi sottolineato di aver trovato "un Ente molto solido con un patrimonio immobiliare significativo e una buona liquidità. La Fondazione è stata gestita artigianalmente, ma bene e con onestà. Sul lato immobiliare abbiamo 23 milioni di euro, mentre quello mobiliare, tra titoli e liquidi è di circa 13 milioni e nonostante gli ultimi anni di crisi il capitale ha reso con una media del 5% all'anno netto".

Ora, però, per il presidente è prioritario riadattare l'Ente per intercettare le fragilità contemporanee, perché "se fosse sufficiente distribuire le risorse secondo tradizioni antiche basterebbe mettere un ragioniere a gestire e potremmo andare tutti a casa". La vera sfida della nuova amministrazione è proprio questa: date le risorse che si hanno si deve cambiare l'impostazione dell'Ente in chiave moderna tenendo conto delle nuove emergenze assistenziali. "Fermo restando la priorità degli orfani - ha spiegato Zucchelli - ci dobbiamo occupare degli anziani, delle fragilità, delle tossicodipendenze, ma più in generale con la crisi del welfare di oggi l'Onaosi è uno strumento di sussidiarietà che per la categoria già c'è e che va solo riammodernato". Infine, il neo presidente ha chiarito la sua posizione in merito alle accuse rivoltegli dall'Ugl Medici che ha considerato illegittima la sua elezione a presidente (a causa del suo status di pensionato, a parere del Sindacato, Zucchelli non avrebbe potuto essere eleggibile) e che ha an-

che portato ad un'interrogazione parlamentare del Pdl. "Improvvisamente - racconta Zucchelli - nel giro di due settimane, per una lista, sono passato da essere un uomo di spessore ad essere indicato come un vecchio arnese della politica allevato nei soviet, il tutto senza nemmeno aver avuto un confronto e senza che nessuno sia venuto misurarsi politicamente con me su nulla. E poi io vengo dal Fuci e dall'azione cattolica e per quanto riguarda il mio impegno politico fui chiamato da Prodi nel 2006 per la mia esperienza nel mondo sindacale medico". Sul piano giuridico Zucchelli ha poi specificato come sia "stata l'amministrazione precedente ad aver cambiato lo Statuto e i regolamenti e ad avermi ammesso all'elettorato attivo-passivo. All'art. 10 dello Statuto si specifica come i gli iscritti vitalizi come me vengono immessi nell'elettorato attivo-passivo nella categoria alla quale appartenevano come contribuenti e che per me è quella della dipendenza". "In ogni caso i ricorsi - ha concluso Zucchelli - non sono stati ancora presentati, certo è che mi dispiace che l'Onaosi vada sulla stampa per questo, ciò non va bene per l'immagine della Fondazione e avevo quasi pensato di fare un passo indietro, mi è stato sufficiente prendere un po' di bicarbonato e ora è tutto passato. (L.F.)

## ASSEMBLEA OMS

# ECCO LA NUOVA AGENDA MONDIALE DELLA SALUTE

**D**opo dieci giorni di confronto si è chiusa alla fine di maggio la 64ª Assemblea generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, che ha visto riuniti a Ginevra 2.700 delegati di 192 Stati. L'incontro, da cui è uscito il programma operativo dell'organizzazione per il prossimo anno, è stato definito "estremamente produttivo e utile" dal direttore generale dell'Oms Margaret Chan, che si è detta certa che gli interventi programmati avranno un forte impatto sulla salute globale.

Ecco le principali decisioni.

**UNA NUOVA OMS.** Sarà un biennio di austerità quello che sta per cominciare per l'Organizzazione mondiale della sanità. Il budget approvato è di quasi 4 miliardi di dollari, una cifra considerata "di transizione" per dar vita a un'Organizzazione più snella. "Siamo stati incoraggiati da esperti esterni a considerare la crisi finanziaria non come un rallentamento temporaneo da governare con misure transitorie, ma come l'inizio di una nuova e duratura era di austerità", ha affermato Margaret Chan nel suo discorso di apertura, aggiungendo: "Abbiamo accettato questo consiglio".

**A/H1N1.** Non ci sono prove di pressioni da parte delle industrie farmaceutiche. Il comitato indipendente chiamato a giudicare l'operato dell'Oms in relazione alla diffusione del virus A/H1N1 ha concluso che non sussiste alcuna prova che l'Organizzazione sia stata influenzata dall'industria farmaceutica nel dichiarare lo stato di pandemia. Piuttosto, l'esperienza ha aiutato a familiarizzare con le emergenze sanitarie globali e a prendere coscienza del fatto che il mondo non è al momento completamente preparato a rispondere adeguatamente a una pandemia aggressiva. Carenze a cui l'Assemblea ha cercato di



rispondere con l'adozione di un nuovo piano antipandemico che prevede soprattutto una maggiore collaborazione tra gli Stati, per esempio nella condivisione di virus e vaccini.

**MALATTIE NON TRASMISSIBILI.** Di questo importante tema, considerato la vera sfida sanitaria del millennio, se ne parlerà a settembre in un meeting di alto livello a margine dell'Assemblea generale dell'Onu. Meeting al quale sono stati invitati a partecipare, proprio per la rilevanza della questione, tutti i capi di Stato.

**RILANCIO DEGLI OBIETTIVI DEL MILLENNIO.** Per evitare che gli Obiettivi fissati dall'Oms dieci anni fa si trasformino in dichiarazioni di intenti, l'Assemblea ha adottato diverse decisioni che im-

pegnano gli Stati membri a approfondire ulteriori sforzi nel campo delle politiche vaccinali, della salute materno-infantile e del contrasto ad alcune malattie infettive come la malaria.

**SISTEMI SANITARI PIÙ FORTI.** Non si raggiungono gli Obiettivi del millennio senza sistemi sanitari forti. È questo il messaggio uscito dall'Assemblea che ha adottato 5 risoluzioni a riguardo.

Tre gli argomenti portanti: formazione e protezione del personale sanitario, soprattutto nei Paesi in via di sviluppo; coniugare universalità e sostenibilità del sistema sanitario; essere in grado di far fronte alle emergenze sanitarie.

**HIV, LA BATTAGLIA CONTINUA.** Una nuova strategia

contro l'Hiv/Aids guiderà l'azione per il 2011-2015. Parola d'ordine: accesso universale a trattamenti e servizi sanitari. Un obiettivo difficile, ma che potrebbe consentire di salvare 2 milioni di vite nei prossimi 5 anni.

**PALESTINA.** La necessità di accesso universale ai servizi sanitari da parte della popolazione palestinese che vive nei territori occupati è stata espressa in una risoluzione.

**DA DISTRUGGERE LE SCORTE DI VAILOLO.** Il vaiolo è stato uno degli argomenti più dibattuti. A 30 anni dall'eradicazione dell'infezione, gli stock rimanenti di virus di vaiolo (custoditi in massima sicurezza in Usa e Russia) dovranno essere distrutti. Non subito, ma quando saranno completate tutte le ricerche che renderanno superfluo il possesso del virus. L'appuntamento è per il 2014, quando si farà il punto sulla situazione. Per emergenze, comunque, stock di vaccini contro l'infezione sono conservati in Svizzera.

**GUERRA A VERME DELLA GUI-NEA E POLIO.** Tra gli obiettivi dell'Assemblea c'è l'eradicazione di entrambe le patologie. La dracunculiasi, una parassitosi

che si contrae bevendo acqua contaminata, e la poliomielite che continua a mietere vittime, anche in Europa. Ma mancano 665 milioni di dollari per finanziare le attività previste nel 2011-2012.

**NON DIMENTICARE IL COLERA.** Resta un problema di sanità pubblica in molti Paesi e un utile indicatore della qualità dell'ambiente. Occorre rivitalizzare la Global Task Force on Cholera Control.

**FARMACI DI QUALITÀ, PER TUTTI.** Rafforzare gli sforzi contro medicinali contraffatti, falsificati e di scarsa qualità. È un passo essenziale per garantire progressi nella salute dei Paesi in via di sviluppo.

**OMS AMBIENTALISTA.** Anche l'ambiente nel suo rapporto con la salute è al centro di diverse decisioni. L'invito è a porre la massima attenzione al ciclo di gestione dei rifiuti, all'uso e allo smaltimento di sostanze tossiche con un occhio ai cambiamenti climatici.

**ACQUA SICURA E PER TUTTI.** La sanificazione e la potabilizzazione dell'acqua, ancor più dei farmaci, è determinante. Le malattie trasmesse attraverso l'acqua infetta continuano a uccidere ogni anno due milioni di persone.

**DIRIGENZA MEDICA**  
Il mensile  
dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via XX Settembre 68  
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23  
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27  
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it  
www.anaao.it

Direttore  
**Costantino Troise**

Direttore  
responsabile  
**Silvia Procaccini**  
Comitato  
di redazione:  
**Giorgio Cavallero**  
**Domenico Iscaro**  
**Mario Lavecchia**  
**Gianluigi Scaffidi**

Coordinamento  
redazionale  
**Ester Maragò**

Progetto grafico  
e impaginazione:  
**Daniele Lucia**  
**Barbara Rizzuti**

Periodico Associato

**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIA PERIODICA E SPECIALIZZATA

Editore



**Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario  
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 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 Roma  
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"  
garantisce la massima riservatezza  
dei dati forniti dagli abbonati  
nel rispetto della legge D.Lgs. 196/2003

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di maggio 2011