



IL SENATO ABOLISCE IL DIVIETO DI SEGNALAZIONE DEGLI IMMIGRATI IRREGOLARI

**I MEDICI
NON POSSONO
ACCETTARE LIMITAZIONI
ALL'ACCOGLIENZA
DEI MALATI**

L'Anaa Assomed esprime profonda disapprovazione per l'emendamento al ddl sicurezza approvato dal Senato che elimina il divieto di denuncia da parte del personale sanitario dei pazienti immigrati clandestini che si rivolgono alle strutture pubbliche, commettendo una grave violazione dei principi costituzionali e negando il rispetto dei principi del codice deontologico.

“Come rappresentante dei medici che operano negli ospedali pubblici e che quotidianamente vivono a contatto con pazienti di qualsiasi provenienza – ha detto il Segretario nazionale Anaa Assomed Carlo Lusenti – posso testimoniare l'importanza di non avere limitazioni nell'accoglienza dei malati per prevenire pericolose quanto evitabili forme di discriminazione che in questo ambito potrebbero portare a situazioni di vero e proprio allarme sanitario. Ci impegneremo insieme a quanti sono in prima linea nella difesa di questo principio, affinché il Parlamento, con l'esame del provvedimento alla Camera, possa modificare questo provvedimento assurdo”.

Intervista a Carlo Lusenti

“UNA GRANDE VITTORIA PER I MEDICI”

↳ Ester Maragò

Un voto formidabile. L'11 febbraio scorso il voto del Parlamento ha infatti cancellato due norme fortemente penalizzanti per i medici del Ssn. Quella che prevedeva il pensionamento coatto dopo 40 anni di contributi (compreso il riscatto della laurea), varata con la legge 133 del luglio scorso, e quella contenuta nel Ddl Brunetta sul Pubblico impiego che, di fatto, avrebbe comportato

una perdita secca del 30% delle retribuzioni dei medici. Un risultato non scontato, reso possibile dal pressing dell'Anaa Assomed e delle altre organizzazioni della dirigenza del Ssn che ha portato alla sconfitta in Aula alla Camera delle posizioni del Governo. Ma la partita non si chiude qui. Sono infatti in arrivo altri importanti provvedimenti sui quali occorre la massima vigilanza dei medici. A partire dal Ddl sul Governo cli-

nico di cui si è avviato l'iter di discussione alla Commissione Affari Sociali della Camera. Di come si è arrivati al ribaltamento della situazione e sulle strategie da attuare per la prossima stagione di iniziativa sindacale e professionale, parla, nell'intervista pubblicata su questo numero, il segretario nazionale dell'Anaa Assomed Carlo Lusenti.

pagine 2-3

Sommario

I NOSTRI SOLDI

Il futuro economico dei dirigenti medici del Ssn durante il Governo Berlusconi
pagina 4

COSA CI ASPETTA PER IL 2009

La parola a parlamentari e assessori regionali alla sanità: ecco le loro priorità
pagina 5

RAPPORTO CEIS SANITÀ 2008

Con il federalismo aumentano i rischi di disuguaglianze nel diritto alla salute
pagina 8

ALLEGATO

CON QUESTO NUMERO

Iniziativa Ospedaliera con il sondaggio Swg su: gli Italiani e il Ssn

La parola al Segretario nazionale ANAAO ASSOMED

“CARO BERLUSCONI, NON CI SIAMO”

“Tirando le somme – dice Lusenti – i provvedimenti sanitari del Governo sulla base di fatti e non di posizioni ideologiche, meritano un giudizio fortemente negativo”

Un vero e proprio colpo di scena quello consumatosi lo scorso 11 febbraio alla Camera. Dopo settimane di pressing di tutta la dirigenza del Ssn il Parlamento ha finalmente un sussulto e approva due emendamenti che stracciano lo “scippo” del 30% delle retribuzioni per medici e dirigenti previsto da un emendamento approvato precedentemente dal Senato e vanificano la norma voluta dal ministro Brunetta nella legge 133 dell'estate scorsa con la quale si prevedeva la rottamazione dei medici dopo 40 anni di contributi, compresi gli anni del riscatto della laurea. **Dottor Lusenti, una gran bella vittoria per l'Anao.**

Non c'è dubbio. Dopo mesi tutti in salita per la nostra professione abbiamo finalmente segnato un punto vincente a nostro vantaggio bloccando l'iniziativa del Governo. Il 2008 si è chiuso sì con qualche obiettivo raggiunto, con alcuni provvedimenti avviati, ma anche con misure adottate dall'Esecutivo che non hanno soddisfatto la categoria medica. **Ma perché Berlusconi ce l'ha con i medici?**

Non penso sia un problema del presidente del Consiglio. Sono purtroppo i fatti a parlare. È infatti incontestabile che le azioni messe in atto da questo Governo investono con esiti pesantemente sfavorevoli i medici ospedalieri. E questo

non è un giudizio di parte, ma una valutazione attenta e imparziale di iniziative concrete e verificabili.

Proviamo ad analizzarli uno per uno.

Basta partire dagli atti contenuti nella Legge 133 del 2008, sui quali ci siamo espressi prima dell'estate denunciando la presenza di norme discriminanti e lesive per i medici. Dall'insufficienza del finanziamento alla riduzione dei posti letto passando per le disposizioni relative alla certificazione delle assenze per malattia fino alla rottamazione dei medici con 40 anni di contributi, tutto tende a penalizzare il nostro lavoro.

A questo si aggiungono due provvedimenti legislativi che avranno ricadute negative sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale e sulla Dirigenza medica e sanitaria in particolare: quello in materia di governo clinico, presentato da Domenico Di Virgilio e Giuseppe Palumbo, che si avvia a diventare un Testo Unico con le proposte anche dell'Opposizione; e soprattutto il Disegno di Legge promosso dal Ministro Brunetta per delegare il Governo alla riforma del Pubblico impiego.

Partiamo dal Governo clinico. Questo progetto di legge, nonostante presenti aspetti indiscutibilmente utili e positivi, contiene due “polpette avvelenate”. Si prospetta

una divisione della dirigenza in due livelli, quindi un ritorno all'antico che non siamo disposti a tollerare. L'altra, sempre sull'onda di un ritorno al passato, è quella della reintroduzione del membro universitario nella commissione per i concorsi di nomina dei dirigenti di struttura complessa nelle Aziende a gestione mista Ospedale Università: una proposta anche questa da rigettare. Detto ciò, riteniamo che il provvedimento ha moltissimi punti di forza che valorizzeranno l'esercizio della professione medica. Infatti, affronta temi di cui parliamo e sui quali ci battiamo da tempi

immemorabili, come la nomina dei Direttori generali, la selezione dei direttori di struttura complessa, la gestione del rischio clinico, solo per citarne alcuni. Quindi, se riusciamo ad eliminare le due note negative avremo un buon provvedimento.

Altra spina nel fianco è il Ddl Brunetta.

Sì e le assicuro che abbiamo dovuto impegnarci con tutta la nostra forza affinché il Parlamento cancellasse l'emendamento Ichino che prevedeva un sostanziale scippo del 30% del nostro stipendio, approvato precedentemente dal Senato.

In un primo momento ho veramente temuto di non farcela, quando le Commissioni riunite della Camera avevano respinto tutte le modifiche che



l'Anao Assomed e le altre organizzazioni sindacali avevano richiesto.

Poi, nell'Aula della Camera lo scorso 11 febbraio il colpo di scena. Con un emendamento dell'opposizione, ottenuto grazie a un pressing formidabile dell'Anao e delle altre forze sindacali, la situazione si è ribaltata. E lo scippo del 30% è stato cancellato.

Ma perché eravate così contrari a questa norma?

Perché era una disposizione iniqua ed ingiustificata, che avrebbe ridotto drasticamente le retribuzioni attuali di medici e dirigenti sanitari, già largamente sottostimate. Non solo, avrebbe avuto pesantissime ripercussioni sul trattamento previdenziale e su quello di fine rapporto che è calcolato sulle voci a carattere fisso e continuativo. E poi è arrivato anche l'altro emendamento che ha modificato decisamente la norma sul pensionamento dopo quaranta anni di contributi prevista dalla legge 133. Anche contro questa norma avete opposto da subito una ferma contrarietà.

Per forza. Si tratta di una disposizione totalmente assurda. Basta pensare che in quei 40 anni ci sono anche quelli del riscatto della laurea e quindi il risultato è il pensionamento dei medici nel pieno della loro maturità professionale. Tutto questo senza contare che per legge ci vengono imposte norme di natura strettamente contrattuale marginalizzando, di fatto, il ruolo delle organizzazioni sindacali e dell'Aran. Quindi, dopo aver offerto circa 90 euro netti medi mensili, senza arretrati, per il biennio 2008/2009 – pari ad un aumento del 3,2%, in realtà del 2,8% se si considera la mancata rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto, che non ripaga dell'inflazione già registrata nel 2008

– il Governo arriva con misure che non solo mettono le mani nelle tasche dei medici, ma soprattutto porteranno il Ssn ad un impoverimento complessivo di competenze professionali con ricadute imprevedibili sulla quantità e qualità delle prestazioni erogate.

Un giudizio inequivocabile, mi sembra. Non temete che qualcuno vi accusi di avercela a priori con questo Governo?

Non diciamo stupidaggini. Tirando le somme, l'insieme di tutti questi provvedimenti costruisce, sulla base di fatti e non di posizioni ideologiche, un giudizio fortemente negativo sulle scelte di politica sanitaria compiute dal Governo e indirizzate in particolar modo al personale medico. Ad ulteriore dimostrazione che non nutriamo pregiudizi negativi nei confronti di questo Esecutivo, voglio ricordare come mentre dopo un anno dall'insediamento del Governo Prodi abbiamo fatto ben due scioperi e una manifestazione nazionale, contro il governo Berlusconi questo non si è verificato. A riprova che i nostri sono giudizi autonomi.

Se così è la battaglia appena vinta non sarà l'ultima. Cosa ci dobbiamo aspettare nei prossimi mesi?

Attenzione e proposta.

Si spieghi.

Grande attenzione e vigilanza costante sulle iniziative del Governo, del parlamento ma anche delle regioni nei confronti di medici italiani e dello stesso Ssn. E poi porteremo avanti le nostre proposte e le nostre soluzioni per ridare finalmente slancio alla sanità pubblica e per offrire ai medici e agli altri operatori un contesto normativo e professionale entro cui agire che sia finalmente al passo con le grandi trasformazioni del "fare sanità" che si stanno affer-

mando in tutto il mondo. Dalla grande rivoluzione tecnologica alla capacità di offrire risposte adeguate ai nuovi bisogni di salute.

I medici devono e vogliono avere responsabilità di governo in questi processi e invece c'è qualcuno che ci vorrebbe ridurre a impiegati signorì. Ma sbagliano di grosso se pensano che staremo lì fermi a guardare.

Ma quali armi ha oggi un sindacato medico per far sentire la propria voce?

Sicuramente "l'arma dello sciopero" è uno strumento da usare con grande attenzione dal momento che offriamo un servizio pubblico essenziale. Ma è indubbio che esso è diventata da tempo un'arma spuntata che a volte può trasformarsi in un boomerang in quanto riduce il consenso sociale verso la categoria ed è anche poco partecipata e gradita da chi si occupa della salute delle persone. Tant'è che sono moltissimi i medici che, pur essendo in sciopero, lavorano comunque proprio per il grande senso del dovere che ci caratterizza.

E allora?

Dobbiamo insistere nell'azione di proposta. Non c'è altra via. E dobbiamo farlo al fianco dei cittadini che giustamente sono stanchi di servizi poco efficienti, di ambienti sanitari vetusti, di liste d'attesa insopportabili. Tutte queste carenze colpiscono infatti anche noi medici. Ci impediscono di lavorare al massimo delle nostre potenzialità. Ci mortificano nella nostra volontà di accoglienza e partecipazione alle esigenze e ai bisogni del paziente. Per questo dobbiamo costruire un'inedita e formidabile alleanza con i cittadini. Noi e loro insieme per una sanità migliore, moderna ed efficiente.

Nel contempo dobbiamo anche diffondere tra i medici la consapevolezza dell'impatto che le azioni adottate dal Governo possono avere sulla nostra categoria. Molti provvedimenti sono stati adottati con tempi diversi e con iniziative diverse, quindi non sono facilmente leggibili dai medici "non addetti ai lavori". Inoltre, non

Dobbiamo costruire un'inedita e formidabile alleanza con i cittadini. Noi e loro insieme per una sanità migliore, moderna ed efficiente

possono non colpire tutti in eguale misura, come nel caso della misura sulla "rottamazione" dei medici: se non hai 40 anni di anzianità non sei interessato. I medici devono quindi comprendere quando viene messo in atto un disegno complessivo di impoverimento della categoria e del Ssn.

E con il Governo riuscite a dialogare?

In realtà molto poco. Abbiamo constatato, anche con stupore, che il ministro Sacconi non dimostra particolare interesse a instaurare correnti relazioni sindacali. Si comporta come se ci sfidasse a mettere in campo comportamenti estremi e situazioni di emergenza, le uniche in grado di suscitare un interesse e provocare un intervento. La strada del dialogo e del confronto non sembra essere possibile e comunque fino ad ora non abbiamo constatato alcuna volontà in tal senso.

L'alternativa reale che abbiamo a disposizione per costruire un consenso sulle nostre proposte è quella di allargare la platea dei nostri interlocutori istituzionali. Stiamo portando avanti da mesi un'azione capillare di confronto con tutti i parlamentari, di maggioranza e opposizione. E, vista la vittoria dell'11 febbraio dobbiamo dedurre che lo abbiamo fatto bene!

Allora niente più scioperi dei medici?

Una cosa è usare con parsimonia lo sciopero. Un'altra è pensare di rinunciarvi del tutto. Questo non avverrà mai. Ma è certo che bisogna ragionare anche su altre manifestazioni di dissenso che, da un lato, non confliggano con i bisogni del cittadino e, dall'altro, rendano evidenti all'opinione pubblica le nostre posizioni e le difficoltà in cui ci troviamo ad operare.

È ancora in pista l'ipotesi di un ritorno al ministero della Salute. Qual è il suo auspicio in proposito?

Abbiamo sempre sostenuto l'importanza del ministero della Salute, che è elemento di ga-

ranza ed equilibrio tra le Regioni. Un elemento organizzativo e di governo ineludibile. Ritengo però che se l'unificazione nel più ampio ministero del Welfare avesse garantito sul piano operativo un'elevata attenzione verso i problemi della salute, al dunque si sarebbe potuta superare qualsiasi ostilità verso l'unificazione. In poche parole: "Se prende i topi, non mi interessa il colore del gatto!". Ma è lo stesso ministro Sacconi ad ammettere – a neanche un anno dell'istituzione del ministero – come questo sia un impegno ingovernabile.

Alla prova dei fatti, l'unificazione dei ministeri si è mostrata una scelta che risponderà pure alla necessità di razionalizzare i costi di gestione dello Stato, ma che non realizza adeguatamente la funzione di governo, che è quella di far lavorare con efficienza un settore che riveste la massima importanza nella vita del Paese. Ci vuole, perciò, una linea di comando chiara.

L'Anao Assomed quest'anno compie 50 anni, un'attività lunga e intensa. Ma oggi c'è ancora spazio per il sindacalismo medico?

Da anni c'è una crisi generale del sindacalismo che colpisce tutti i Paesi occidentali e quello medico non ne è esente. Paghiamo anche un elevato numero di organizzazioni sindacali che può portare ad una eccessiva frammentazione. Tuttavia, sono fermamente convinto che rappresentare una categoria autonoma, indipendente, che riunisce 100 mila professionisti, che si occupa della tutela della salute e di un luogo critico qual è l'ospedale, è importantissimo: serve una difesa dei diritti dei professionisti, ma anche una difesa delle persone di cui ci prendiamo cura. Insomma, è un'impresa che vale ancora la pena di sostenere.

Quanto all'Anao è una signora che compie 50 anni, io ne ho 52... spero quindi che il fidanzamento regga! (E.M.)

Abbiamo dovuto impegnarci con tutta la nostra forza per scongiurare il micidiale inciucio bipartisan che si stava consumando al Senato

I PROVVEDIMENTI GOVERNATIVI di interesse medico

IL FUTURO ECONOMICO DEI DIRIGENTI MEDICI DEL SSN (durante il Governo Berlusconi)

Il Governo Berlusconi, nato con la promessa (elettorale) di non mettere le mani in tasca degli italiani, si prepara ad attaccare le attuali condizioni economiche dei medici del Ssn, evidentemente divenuti talmente marginali da perdere anche il diritto di cittadinanza italiana. L'Atto di indirizzo del Comitato di settore per il biennio economico 2008/2009 del IV Ccnl della Dirigenza medica e veterinaria, il Ddl "Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico" presentato dal Ministro della Funzione pubblica Brunetta, attualmente in discussione al Parlamento e l'accordo quadro sulla riforma della contrattazione appena siglato tra Governo e parti sociali, rappresentano parti di un unico disegno e richiedono una lettura integrata per comprenderne pienamente le ricadute sulla categoria dei medici dipendenti. L'Atto di indirizzo prevede un aumento stipendiale articolato nello 0,4% per il 2008 ed in un ulteriore 2,8% nel 2009, pari, a regime, al tasso di inflazione programmata dal Governo del 3,2% (1,7% per il 2008 e di 1,5% per il 2009), inferiore perfino all'incremento già consolidato per il 2008 (3,3%). In sostanza, si dispone il sostanziale azzeramento degli arretrati ed un aumento medio di 22 euro lordi/mese per il 2008, cui si aggiungono 157 euro lordi/mese per il 2009, per un totale a regime di 179 euro lordi/mese. Si tratta di una riduzione secca della nostra capacità economica, senza che sia controbilanciata da eventuali benefici fi-

↳ **Carlo Palermo** - Coordinatore della Conferenza permanente Anaao Assomed dei Segretari delle Regioni e Province autonome

scali, senza una chiara previsione di un recupero qualora l'inflazione reale si discosti da quella programmata e senza, ovviamente, la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto, ferma ormai da quasi un decennio, che di fatto già sottrae il 15% della massa salariale ad ogni recupero inflattivo. Come se tutto ciò non bastasse, il Comitato di settore ha anche previsto l'utilizzo della retribuzione individuale di anzianità (Ria), maturata dai medici dipendenti andati in quiescenza, nel fondo di risultato e non più nel fondo di posizione, come oggi avviene. La Ria è una componente economica importante della nostra retribuzione, il cui peso crescerà in modo esponenziale nei prossimi anni. Dati della Fnom-Ceo evidenziano che circa il 50% dei medici dipendenti del Ssn attualmente in servizio acquisirà entro un decennio (2018) il diritto ad andare in pensione con 65 anni di anzianità o 40 anni di contribuzione previdenziale. In considerazione

ne delle disagiate condizioni attuali di lavoro (turni notturni e reperibilità, che richiedono un notevole impegno psico-fisico ad una categoria sempre più anziana) e dei recenti provvedimenti legislativi in materia, è prevedibile che la gran parte di essi eserciterà il diritto, o vi sarà "costretto". Stiamo quindi parlando di circa 50.000 medici titolari di una Ria complessivamente valutabile in una cifra superiore a 300 milioni di euro. Questo primo dato va letto anche alla luce dei contenuti del Ddl "Delega al Governo finalizzata all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico" che dispone di "prevedere che la componente della retribuzione legata al risultato sia fissata per i dirigenti in una misura non inferiore al 30% della retribuzione". Come riportiamo nelle pagine precedenti, questa parte del Ddl è stata fortunatamente soppressa nel voto alla Camera, ma è comunque utile soffermarsi sul perché della nostra contrarietà. È infatti evidente che una tale misura, che intende portare al 30% un salario di risultato che

La Ria è una componente economica importante della nostra retribuzione, il cui peso crescerà in modo esponenziale nei prossimi anni

attualmente vale in media il 5-6% della retribuzione complessiva dei Dirigenti medici, potrà essere attuata (in che tempi?) utilizzando non solo la Ria ma anche altre quote stipendiali fisse e gran parte degli incrementi contrattuali futuri, se ce ne saranno.

In ogni caso, comporterà una riduzione secca delle retribuzioni attuali, pari ad almeno il 20% delle voci a carattere fisso e continuativo, sulle quali il trattamento di pensione e di buonuscita è prevalentemente basato.

Dovremo riguadagnare quote economiche in godimento nel campo minato degli obiettivi di risultato, gestiti in genere da amministrazioni incapaci di condurre con competenza, correttezza ed equilibrio, il complesso processo di budget. Tale pesantissima, iniqua ed ingiustificata penalizzazione, insieme all'ipotesi, che già si sta verificando in concreto, della "rottamazione" discrezionale di medici con 40 anni di contributi, porterà il Ssn ad un "impoverimento" complessivo, sia in termini culturali/qualitativi, che economici, dalle ricadute imprevedibili e pericolose per la sua stessa tenuta. Ma non è escluso che anche questo rientri tra gli obiettivi di un Governo che non perde occasione per declamare la necessità di un secondo pilastro sanitario (Ndr. È da sottolineare che, nonostan-

te al momento la norma dei 40 anni sia ancora in vigore, l'11 febbraio scorso un emendamento approvato alla Camera al Ddl Brunetta sul pubblico impiego, ha trasformato i 40 anni di contribuzione in "40 anni di servizio effettivo". Una volta approvata anche dal Senato, questa modifica annullerà di fatto gli effetti della Legge 133).

La recentissima sottoscrizione dell'accordo quadro sulla riforma della contrattazione tra Governo e parti sociali, esclusa, tra altre, la Cosmed, aggiunge, infine, ulteriori elementi di preoccupazione.

Il protocollo prevede la durata triennale dei contratti, tanto per la parte economica che per quella normativa, e la scomparsa dell'inflazione programmata.

La definizione del calcolo delle risorse da destinare agli incrementi contrattuali sarà effettuata con l'utilizzo di un nuovo nebuloso indice previsionale, elaborato da un soggetto terzo, sulla base dell'Ipca, che fa riferimento all'andamento dei prezzi al consumo in ambito europeo depurato dalla dinamica dei prezzi dei beni energetici importati. Secondo una prima proiezione, il nuovo indice avrebbe permesso nelle contrattazioni 2004-2008 un recupero economico inferiore a quello dell'inflazione programmata.

Quello che più preoccupa sono però le disposizioni riguar-

segue in ultima ➔

Parlano **POLITICI E ASSESSORI** alla salute

2009: PROBLEMATICHE ED AUSPICI

Sono molte le questioni riguardanti la sanità rimaste in sospeso nel 2008: contratti, convenzioni, Patto per la Salute e governo clinico, solo per citarne alcune.

In questa serie di interventi che abbiamo raccolto, presentiamo una rassegna delle priorità da affrontare nel 2009 secondo alcuni rappresentanti del mondo politico e delle Regioni. Ognuno ha detto la sua. Nonostante per ognuno cambi l'ordine delle priorità da affrontare, su un aspetto tutti hanno concordato: il Servizio sanitario è, e deve rimanere, nazionale

ANTONIO TOMASSINI
Presidente della
Commissione Igiene e
Sanità del Senato

L'EQUILIBRIO DEI BILANCI REGIONALI È CONDIZIONE NECESSARIA PER MIGLIORARE LA QUALITÀ DEI SERVIZI

Se da un lato è consuetudine unire agli auguri di un buon anno una lista di priorità e di impegni per i prossimi mesi, dall'altro l'agenda politica segue un altro ritmo che normalmente va dal settembre al luglio successivo, e ciò soprattutto in un anno che ha visto dopo le elezioni il mutamento del quadro politico ed importanti ristrutturazioni na-

zionali proprio nelle deleghe ministeriali e nell'azione di Governo. Rimangono sicuramente validi i tre obiettivi di fondo che avevano caratterizzato il nostro programma elettorale: garantire un reale accesso ai cittadini alle prestazioni in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale; estendere le prestazioni sanitarie ad alcuni bisogni non riconosciuti e particolarmente collegati alla cronicità ed alla malattia dell'invecchiamento; distribuire incarichi secondo meriti e controllare adeguatamente.

È evidente che quanto è stato già iniziato da giugno 2008 va ora proseguito: la ridefinizione ed il rilancio dell'Aifa, la diversa collocazione del-

l'Agenzia sanitaria per i servizi regionali che viene tramutata in Agenzia di controllo e Agenzia per l'aggiornamento, ed infine una concreta attuazione ed avvio per i fondi integrativi.

Per quanto riguarda la Commissione Igiene e Sanità del Senato, che ho l'onore di presiedere, i disegni di legge che sono già in corso di esame e che devono al più presto essere conclusi riguardano la responsabilità professionale del personale sanitario, le malattie rare e il problema di urgente attualità delle dichiarazioni anticipate di trattamento. Da ultimo, però, mi pare opportuno sottolineare quella che a mio avviso sarà la sfida più importante: nella tragica situazione economica internazionale in cui vediamo saltare molti sistemi di tutela sanitaria e sociale di Paesi sulla carta più robusti e strutturati del nostro, il primo principale risultato da ottenere sarà quello di mantenere l'attuale investimento in tutela della salute. Per fare questo sarà elemento cruciale ed irrinunciabile ottenere un miglioramento dei conti nelle Regioni in rosso e soprattutto in quelle commissariate: è evidente che in queste Regioni non si potrà pensare di raggiungere solamente un pareggio dei con-

ti, ma bisognerà avere la forza di riuscire a renderne concreti i diritti di salute che già le altre Regioni offrono.

DOMENICO ZINZI
Capogruppo Udc alla
Commissione Politiche
Ue della Camera

AFFIDARE MAGGIORE RUOLO GESTIONALE ALLE ASL

La centralità del cittadino, con il paziente che deve es-

tivo che – anche, ma non solo, ovviamente – per il 2009 deve essere in cima alla scala delle priorità del nostro sistema sanitario.

Per riuscirci, l'organizzazione deve innanzitutto vedere lo Stato e le Regioni sempre più orientate a programmare e a controllare senza gestire, attribuendo alle Asl un ruolo di effettiva terzietà per premiare i servizi migliori in termini di costi economici e di benefici per la collettività.

Risulta quindi indispensabile una corretta programmazione – oggi non esercitata – con due principali obiettivi: 1) realizzazione di una rete ospedaliera efficiente che ottimizzi le risorse economiche e umane presenti sia nel pubblico che nel privato, eliminando le strutture superflue e riducendo i posti letto per favorire contestualmente i modelli day-hospital; 2) contenimen-



Antonio Tomassini



Domenico Zinzi

sere posto concretamente nelle condizioni di scegliere liberamente il luogo di cura: è questo, a mio parere, l'obiet-

to della spesa mediante un'accorta politica delle tariffe. È poi indispensabile tenere fuori la politica dalle scelte di

carriera dei medici e, per i Direttori generali, prevedere un concorso nazionale con graduatoria unica cui attingere per le nomine regionali.

Tutto questo in un contesto di riaffermazione del Ssn con le sue caratteristiche originarie di universalità e solidarietà, pur valorizzando il carattere misto degli erogatori delle prestazioni, sia pubbliche che private.

SERAFINO ZUCHELLI

Coordinatore della
Consulta sanitaria
nazionale del Pd

INTERROMPERE LA POLITICA DELLA RIDUZIONE DELLA SANITÀ PUBBLICA

Ci sono molti motivi di preoccupazione per le cose dette in materia di sanità dagli esponenti dell'attuale Governo, a partire dal ministro Sacconi e dal presidente del Consiglio, e ancor più per gli atti compiuti.

Innanzitutto Sacconi, nel Libro Verde, ha fatto un'affermazione grave, sostenendo che, mancando le risorse, occorre restringere l'area delle prestazioni sanitarie garantite ai cittadini e far crescere la partecipazione delle famiglie e dei singoli alla spesa attraverso forme di assicurazione. Berlusconi ha poi rincarato, sostenendo la necessità di una maggiore presenza del privato in sanità e

parlando di "privatizzazione degli ospedali".

E alle parole sono seguiti i fatti, con una riduzione del finanziamento per la sanità a partire dal 2010 e la sparizione, già per il 2009, dei fondi ex art. 20 (circa 1 mld e 200 mln) e con una forte riduzione degli stanziamenti per le strutture.

Anche l'originaria proposta del sottosegretario Fazio sui Lea, fermata per ora dalla decisa opposizione delle Regioni, comportava un forte ridimensionamento delle prestazioni di diagnostica, in particolare Rm e Tac, tanto che era stato previsto un risparmio di 2 mld.

Insomma la linea complessiva del Governo mira ad una riduzione della sanità pubblica, mentre noi siamo convinti che proprio in questa fase di crisi è necessario accrescere le tutele offerte ai cittadini e non solo perché ciò è giusto ed equo, ma anche perché le risorse spese nella sanità sono un volano di sviluppo, che producono occupazione e ricchezza del Paese.

NERINA DIRINDIN

Assessore alla Sanità
Regione Sardegna

RIBADIRE L'UNICITÀ E L'UNIVERSALITÀ DEL SSN

Le problematiche da affrontare sono numerose, ma vanno anzitutto ribaditi i princì-



Nerina Dirindin

pi, cioè che il Servizio sanitario è uno, nazionale e pubblico. Pur con tutte le sue diramazioni regionali e l'apporto del privato. Negli ultimi mesi abbiamo assistito a troppi attacchi a questo principio, sia con le preoccupazioni che hanno investito la discussione sul federalismo, sia con le ipotesi lanciate dal Governo di potenziare fortemente la componente privata della sanità.

Questa è la priorità assoluta: ribadire l'unicità e l'universalità del Ssn. Anche in vista del federalismo, che per essere attuato nel migliore dei modi deve anzitutto essere definito chiaramente, e questo significa anche non mettere in discussione la nazionalità del sistema sanitario.

Al più presto, inoltre, dovrà essere sciolto il nodo dei Lea, che non possono essere semplicemente tagliati, ma devono essere modificati e ridotti in relazione a quelli che sono i bisogni di salute.

L'auspicio, poi, è il ripristino del ministero della Salute, che io ho sempre sostenuto, soprattutto nel suo passaggio dal concetto di "sanità" a quello più ampio di "salute". La salute è un bene prezioso e la sanità è un sistema impegnativo, non può essere amministrato come appendice di altri dicasteri. Non può, inoltre, essere sottomesso al ministero dell'Economia, perché se è vero che i vincoli economici esistono e vanno rispettati, è anche vero che la salute è un diritto fondamentale dell'uomo e una condizione necessaria per il buon funzionamento di un Paese.

Per questo la sanità deve essere vista come un investimento e non come una spesa. Certo, le risorse devono essere ben amministrate, ma non si possono sacrificare prestazioni importanti e fondamentali in nome dei tetti economici".

CLAUDIO MONTALDO

Assessore alla Sanità
Regione Liguria

PATTO PER LA SALUTE E DEFINIZIONE DEI CRITERI DI RIPARTO

Il sistema sanitario ha bisogno di una progettualità in grado di rispondere ai nuovi bisogni di salute, ma condizione necessaria per ogni nuovo investimento è la firma del nuovo Patto per la Salute e la definizione dei criteri per il riparto delle risorse. Senza questo, è impossibile fare progetti di miglioramento.

Per quanto riguarda il Patto, il primo nodo da sciogliere è quello dei Lea, che vanno ri-

definiti ma nella logica di modularli secondo i bisogni e non riducendoli. Credo, ad esempio, che sia essenziale introdurre nei Lea le prestazioni per le malattie rare, che ora non sono comprese e che invece si stanno rivelando una priorità e un'urgenza per molte famiglie.

Rispetto ai criteri di riparto delle risorse, consideriamo non praticabile la strada dei costi standard stabiliti sulle Regioni virtuose o senza tener conto dell'età media della popolazione. La Liguria ha un alto tasso di popolazione anziana e se lo "standard" fosse sulla base di un'età media bassa, la Liguria non potrebbe che ricevere risorse insufficienti a coprire i costi che l'assistenza agli anziani comporta.

Vi è inoltre la necessità di fare investimenti, riorganizzare la rete ospedaliera, potenziare il territorio, ma si tratta di progetti che non possono essere realizzati senza risorse appropriate. E dal momento che abbiamo assistito a un dimezzamento dei finanziamenti, è davvero difficile prospettare nuovi investimenti.

L'auspicio, in generale, è che nel 2009 il Governo rilanci la politica sanitaria, che un po' per l'accorpamento dei ministeri, un po' per le altre urgenze che è stato necessario affrontare o per altre ragioni, è rimasta piuttosto silente in questi primi mesi di Legislatura.



Serafino Zucchini



Claudio Montaldo

I RISULTATI DELL'INDAGINE ANAAO ASSOMED-SWG sugli italiani e il Ssn

LA SANITÀ PUBBLICA vince sul privato

Sembra invecchiato e inefficiente e paga lo scotto dei numerosi casi di malasanità che ogni anno vengono resi pubblici dai media. Eppure il Servizio sanitario pubblico a trent'anni dalla sua istituzione incassa la fiducia di un numero cospicuo di italiani: lo promuove a pieni voti il 54% degli Italiani. Non solo, è preferito alla sanità privata che, contrariamente a molti luoghi comuni, piace solo a 3 italiani su dieci. Tuttavia, l'Italia della salute sembra spaccata in due: una al Nord promossa a pieni voti e una al Centro-Sud, dove disfunzioni e carenze, in particolar modo organizzative e strutturali, fanno scendere il gradimento e la fiducia sotto la soglia del 50%.

Sono questi i risultati principali dell'indagine promossa dall'Anao Assomed "Gli italiani e il Ssn" e realizzata dalla Swg di Trieste su un campione rappresentativo della popolazione italiana di età superiore ai 25 anni.

Una disparità di giudizi, quella tra Nord e resto d'Italia, che sembra però annullarsi quando ci si rivolge a persone che hanno avuto una esperienza diretta recente con i servizi sanitari. È questo il caso degli ospedali pubblici la cui qualità di prestazioni e servizi viene promossa in tutto il Paese da parte di cittadini che ne hanno usufruito direttamente o per i loro cari.

Dall'indagine l'ospedale pubblico risulta, infatti, come punto di riferimento principale per l'assistito e sembra resistere come presidio di qualità cui gli italiani continuano a rivolgersi con soddisfazione, anche al Centro e al Sud del Paese.

La qualità delle cure e delle prestazioni ospedaliere è infatti giudicata soddisfacente dal 72% degli intervistati. Una media che comprende la soddisfazione del Nord (82%) ma

anche quella del Centro (68%) e del Sud (57%). Giudizi quasi analoghi sul personale medico e sanitario, che risulta promosso dal 70% degli italiani (80% Nord, 63% Centro e 60% Sud). Gli ospedali del Sud sono invece penalizzati

per la gestione, con giudizi che scendono sotto la soglia del 50% quando si parla di comfort, vitto, organizzazione, servizi di informazione e igiene. Complessivamente, quindi, più della metà della popolazione interpellata dichiara di avere fiducia nel sistema sanitario nazionale, fiducia che tocca oltre il 66% al Nord e cala di 20 punti percentuali nelle regioni del Centro (46%) e ulteriormente al Sud (41%). Circa la metà degli intervistati giudica positivamente la Sanità della sua Regione ed il servizio ospedaliero della sua città. I dati disaggregati evidenziano il disagio dell'utenza meridionale. Si passa infatti, da una valutazione positiva pari al 74% dei residenti nelle regioni del Nord ad una pari al 23% (che significa 77% di insoddisfazione) di chi sta al Sud. Ciò che colpisce sono le risposte fornite da quanti risiedono nelle regioni del Centro che si avvicinano più al dato del Sud che a quello del Nord, segnalando anch'essi un diffuso stato di insoddisfazione. C'è da ritenere che le vicende della "sanitopoli abruzzese" e le vicende della Sanità Laziale influiscano pesantemente sulle valutazioni dei cittadini.

E infine il dato forse più sorprendente dell'indagine è quello sul privato. Nel confronto la sanità pubblica esce decisamente vincente, sia per quanto riguarda le strutture (70% italiani preferisce quelle pubbliche) che per la preparazione dei medici. La valutazione sulla buona preparazione dei medici ospedalieri pubblici appare addirittura trasversale alle differenze geografiche e anche nelle zone più critiche del meridione, dove la sanità ha messo in evidenza più ombre che luci, la differenza con le rispo-

ste di chi vive al Nord appare limitata (72% contro 80% di risposte positive); leggermente più basso è invece il dato che si registra tra coloro che risiedono nelle regioni del centro che scende anche al di sotto di quello meridionale (68%). "Chiedere agli italiani, dopo 30 anni, cosa pensano della sanità pubblica era per noi fondamentale" ha dichiarato il segretario dell'Anao Assomed Carlo Lusenti, precisando che "non si è trattato di un'indagine autocelebrativa, ma di un mezzo per poterci controllare e migliorare".

Per Lusenti, dallo studio emerge chiaramente che esiste un forte pregiudizio. Probabilmente legato a un'enfatizzazione di fatti gravi, ma episodici, di malasanità che alimenta giudizi negativi di chi non conosce e non usa i servizi. Dall'altra parte, però, ha precisato "la qualità percepita quando si ha esperienza diretta dell'assistenza è molto superiore. E ciò ci conforta". Ma questa discrepanza è anche indice del fatto che i cittadini spesso sono vittime, insieme al personale sanitario, "di un sistema che potrebbe avere tutti i requisiti per funzionare, per quanto riguarda il fattore umano, ma che spesso è penalizzato da carenze percepite e legate a fattori strutturali, gestionali e organizzativi". Per il segretario dell'Anao Assomed, la collaborazione tra utenti e camici bianchi potrebbe quindi

aprire un inedito tavolo di iniziative utili a migliorare l'offerta della sanità pubblica.

"I medici italiani sono bravi e competenti e lo riconoscono anche i pazienti", ha sottolineato il sottosegretario al Welfare Ferruccio Fazio intervenuto alla conferenza stampa di presentazione dell'indagine. "Quello che manca un po' - ha precisato Fazio - e che i pazienti chiedono, è l'umanizzazione, la possibilità di occuparsi degli ammalati, di dedicare loro del tempo. Questa è una cosa su cui dobbiamo lavorare". Per questo il sottosegretario ha chiesto la collaborazione anche del dell'Anao Assomed, perché non "ci può essere umanizzazione delle cure senza la formazione del personale". Per quanto riguarda il gap Nord-Sud "è un problema che conosciamo - ha commentato - da anni stiamo mettendo mano a questi problemi con i piani di rientro che stanno avendo anche un importante successo".

Il sottosegretario ha anche ricordato l'impegno del Ministero sul fronte del miglioramento delle strutture dal punto di vista architettonico, perché siano più accoglienti e a misura d'uomo: "Una commissione ad hoc sta lavorando - ha spiegato - e sono stati già preparati alcuni modelli che saranno d'aiuto, per il momento, alle Regioni sottoposte a piani di rientro, per la riorganizzazione degli spazi nelle diverse strutture".



VI RAPPORTO CEIS 2008

SANITÀ FRAMMENTATA, A RISCHIO L'EQUITÀ DI ASSISTENZA

La spesa sanitaria italiana continua a crescere, e più rapidamente del Pil. Al punto che nel 2010 la forbice tra finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi. Gap che le Regioni dovrebbero colmare con recuperi di efficienza o inaspriendo la compartecipazione dei cittadini o tagliando i servizi. È quanto rileva il VI Rapporto Sanità del Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma, presentato a Roma il 27 gennaio scorso, secondo il quale già oggi gli italiani pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla gestione economica della famiglia. Sono, infatti, 349.180 famiglie italiane che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie. Un numero pari a circa l'1,5% del totale delle famiglie italiane. Alle quali si aggiungono 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei) che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie out of pocket.

È senza un assetto istituzionale appropriato e un ridimensionamento ben calibrato del modello di compartecipazione, il federalismo – mette in guardia il Ceis – rischia di inasprire le differenze già evidenti tra servizi sanitari regionali. Ma parlare di equità e uniformità è difficile anche allo stato attuale: a partire dalla spesa sanitaria, le Regioni registrano dati fortemente diversificati, che confermano la netta divisione tra Nord e Sud d'Italia. Se la media nazionale pro-capite è di 1.744 euro, classificando le

Giunge alla VI edizione il Rapporto Ceis Sanità elaborato dagli esperti della Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma che quest'anno ha puntato l'indice sul federalismo sanitario e sui rischi che i nuovi assetti istituzionali possano avere per l'equità del Ssn

Regioni si nota che il Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta hanno una spesa superiore a 1.970 euro pro-capite, mentre in Basilicata e Calabria la cifra scende a meno di 1.600 euro. Anche per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, il Rapporto rileva che nonostante vi sia una sostanziale omogeneità nei ticket applicati nelle Regioni italiane, questo non garantisce equità, perché l'adozione di nomenclatori tariffari differenti comporta una diversa incidenza di costi sui pazienti. Iniquità non solo tra Regioni, ma anche tra fasce della popolazione. Gli anziani si confermano i più fragili, insieme ai nuclei con tre o più figli.

Il Rapporto passa in rassegna i diversi sistemi di assistenza (ospedaliera, territoriale, farmaceutica, specialistica...) evidenziando, in particolare, alcune discrasie nella politica ospedaliera, che rimane l'area che assorbe maggiori risorse. Se il numero complessivo delle strutture si è ridotto del 7,9% nel periodo 2000-2006, infatti, non c'è stata una proporzionale riduzione del personale che, anzi, è leggermente aumentato. È cresciuto il numero di medici e figure amministrative (rispettivamente dell'1,87% e del 2,05%, contro lo 0,09% del personale infermieristico). Sceso del 2,32%, invece, il personale tecnico. Anche la generale contrazione della dotazione complessiva di posti letto è stata applicata secondo modalità differenti: se in alcune Regioni si è assistito alla riduzione del numero di strutture di ricove-

ro, soprattutto pubbliche, in altre è stata di fatto ridimensionata la dotazione media delle strutture esistenti. Nel periodo 2000-2006, circa i due terzi delle Regioni sono intervenute riducendo sia la percentuale di strutture che quella dei posti letto. Casi estremi il Veneto (-42,1% delle strutture e -15,4% dei posti letto) e Friuli Venezia Giulia (-8,3% e -21,1% rispettivamente). In netta controtendenza il Molise, con un +22,2% di strutture e +16,6% di posti letto.

"La sensazione – si legge sul Rapporto Ceis – è che le politiche di riduzione dei posti letto siano spesso un'operazione di facciata, mancando una reale razionalizzazione del settore". In cui si assiste a un "parziale fallimento del meccanismo di pagamento a prestazione (peraltro applicato molto parzialmente), con una forte variabilità regionale nei livelli di remunerazione ospedaliera. La tariffa media regionale, calcolata sulla

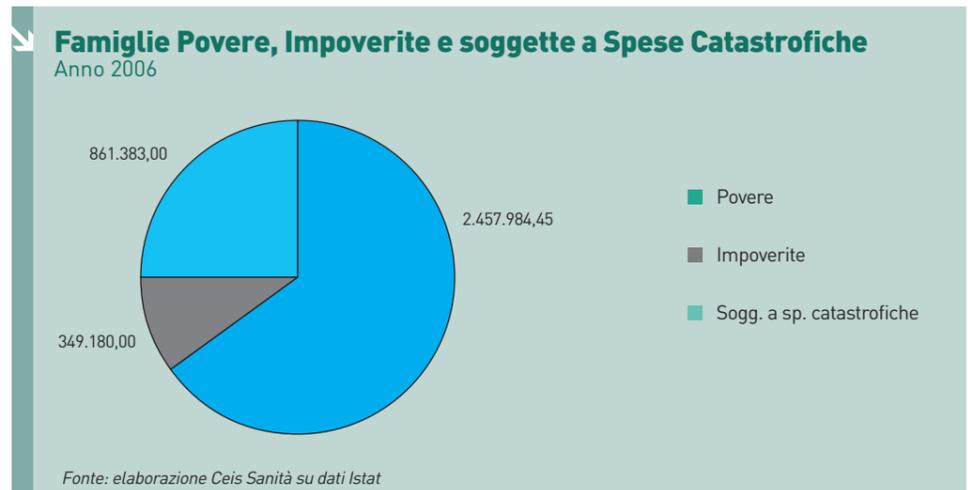
base dei tariffari vigenti, evidenzia differenze che sfiorano il 60%, "difficilmente giustificabili su un piano razionale".

Le Regioni che presentano tariffe più elevate sono Friuli Venezia Giulia (+33,7% della media nazionale), Umbria (+27,2%) e Provincia Autonoma di Trento (+21,9%); al contrario le Regioni con livelli tariffari più bassi sono Veneto (-11,3%), Abruzzo (-11,8%) e Marche (-15,4%). Insomma come ha spiegato Federico Spandonaro, docente di economia all'università di Tor Vergata di Roma, il rapporto delinea luci e ombre. "Non c'è – ha spiegato – l'auspicabile riduzione dell'impoverimento e delle spese catastrofiche per le famiglie. L'imminente crisi si rifletterà negativamente sul sistema sanitario con conseguenze sulle famiglie 'fragili'. Di contro si fanno passi in avanti sul federalismo e speriamo che le Regioni con i conti in rosso riescano a rientrare dal deficit. E

per fortuna va avanti la riduzione delle strutture sanitarie marginali e dei posti letto, seppure in maniera disomogenea".

Le preoccupazioni sull'equità del sistema sono condivise dal ministro del Welfare **Maurizio Sacconi**. "Abbiamo un sistema sperequato al suo interno con realtà diverse a seconda della latitudine. Occorre – ha affermato – organizzare un modello di servizi integrati di tipo sociosanitario di prima scelta. Il federalismo fiscale se riuscirà a promuovere equità sarà un vero successo".

Per il Ministro per rimettere in sesto la spesa sanitaria e renderla virtuosa occorre che il 60% di questa, venga destinata alla medicina del territorio e la parte restante a quella ospedaliera. "Il modello lo abbiamo già davanti agli occhi – ha detto – seppure con sfumature diverse e cioè delle Regioni virtuose: Veneto, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana". Sacconi ha poi ricordato che un punto di svolta è la chiusura degli ospedali generalisti e marginali per potenziare la medicina del territorio. "È un processo inevita-



bile che servirà non per tagliare servizi e bisogni ai cittadini, bensì per liberare risorse mal impiegate e migliorare il servizio sanitario attraverso l'assistenza sul territorio, più vicina ai bisogni del cittadino, e la creazione di grandi ospedali altamente specializzati".

IL FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ

Il finanziamento pubblico rappresenta la scelta prevalente, con una quota, in Italia, superiore alla media dei Paesi Oecd (nel 2006, 77,2% contro il 73,4%). L'incidenza del finanziamento del Ssn italiano sul Pil è aumentata dell'1,7% dal 1982 (4,9%) al 2007 (6,6%).

La sostanziale assenza sanitaria integrativa ha fatto registrare nell'ultimo decennio, in tutta l'area Oecd, un aumento dell'incidenza della spesa out of pocket sul totale dei consumi delle famiglie. Sono i Paesi con il più alto reddito pro capite a registrare la quota minore di spesa out of pocket. Stenta a decollare in Italia il mercato delle assicurazioni private: nel 2006 la quota sul totale della spesa privata si stabilizza al 4,1%, restando sostanzialmente invariato rispetto all'anno precedente; la quota sul totale della spesa sanitaria totale si ferma allo 0,9%.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Il numero complessivo di Istituti si è ridotto dal 2000 al

2006 del 7,9% a causa della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Tra il 2000 e il 2006 vi è stata una riduzione della dotazione complessiva di posti letto del 10,8% nello stesso periodo. Il processo di riduzione ha riguardato soprattutto le strutture di ricovero pubbliche.

Il tasso di ricovero (acuti in regime ordinario) è pari a 140,0 ricoveri per 1.000 abitanti residenti: fra le Regioni centro-settentrionali presentano un tasso superiore rispetto alla media solo la Provincia Autonoma di Bolzano (+15,4%) e il Lazio (+14,1%). Le Regioni meridionali invece, malgrado una età media inferiore, sono caratterizzate da livelli di ospedalizzazione superiori alla media. L'unica Regione del Sud a presentare un tasso di ricovero significativamente minore del livello nazionale è la Basilicata (-16,5%).

La distinzione tra Nord e Sud Italia risulta ancora più evidente analizzando la complessità dei ricoveri. La casistica è più complessa al Settentrione, in particolare in Piemonte, Liguria e Toscana. Le altre Regioni centrali si posizionano nella zona intermedia, mentre tutte le Regioni meridionali presentano valori nettamente inferiori, soprattutto Calabria e Campania.

Anche in termini di (in) - appropriatezza dei ricoveri per acuzie risulta evidente una distinzione tra le Regioni meridionali e quelle settentriona-

li; le prime sono caratterizzate da un indice sintetico di (in)appropriatezza maggiore: Calabria, Molise, Sardegna ed Abruzzo presentano i risultati peggiori. I risultati migliori si registrano in Toscana, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Veneto.

EMERGENZA SANITARIA

Sostanziali differenze regionali anche in questo settore: Lombardia e Lazio sono le Regioni per le quali si evince una maggior coerenza e razionalità tra l'offerta (misurata in numero di strutture) e domanda (in termini di complessità degli accessi).

In generale, la complessità degli accessi che si rileva, sembra infine mediamente bassa rispetto alla complessità organizzativa che caratterizza l'emergenza: solo il 16% degli accessi genera ricovero e il tasso di decessi fra i pazienti che accedono al Pronto Soccorso è meno del 0,1%.

ASSISTENZA RESIDENZIALE

L'analisi evidenzia come negli ultimi anni si sia assistito ad una crescente attenzione verso l'assistenza di tipo residenziale non ospedaliera. Tuttavia emerge una forte eterogeneità definitoria con significati e ruoli assegnati alle Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa) molto differenti da Regione a Regione; tale differenziazione ed indeterminazione porta in talune Regioni ad una

Classifica regionale della spesa sanitaria pubblica per residente pro capite (popolazione pesata) Anno 2007

Regioni	Euro
Valle d'Aosta	2108,28
Trentino A. A.	2063,51
Lazio	1974,81
Molise	1793,60
Piemonte	1756,65
Abruzzo	1752,63
Veneto	1749,32
Liguria	1746,26
Sicilia	1746,15
Campania	1734,63
Friuli V. G.	1727,45
Emilia Romagna	1714,24
Calabria	1701,14
Puglia	1689,92
Lombardia	1686,28
Toscana	1681,85
Sardegna	1661,93
Marche	1657,86
Basilicata	1647,08
Umbria	1637,46

Fonte: elaborazione Ceis Sanità su dati Ministero della Salute e Istat

ridefinizione delle Rsa scindendone l'universo sulla base non solo delle tipologie di utenza (Rsa, Rsa demenze, nuclei Alzheimer) ma anche, introducendo nuove tipologie di strutture più o meno temporanee in relazione al gradiente assistenziale fornito, si pensi ad esempio alle Residenze Sanitarie Flessibili (Rsf), alle Residenze Sanitarie a Sede Ospedaliera (Rsao) o alle Rsa medicalizzate (Rsa-M). L'emergere di tali sottotipologie mostra di fatto la necessità di classificare l'utenza sulla base del livello di assistenza sanitaria fornita calcolato su parametri il più possibile oggettivi.

ASSISTENZA SPECIALISTICA

Si rileva una evidente correlazione tra spesa specialistica totale pro capite e Pil pro capite (proxy anche del titolo di studio), e tuttavia non si riscontra una correlazione tra la quota di visite totalmente a pagamento e Pil pro capite. Questo indica che il ricorso a visite specialistiche private non dipende dal reddito del cittadino, ma presumibilmente è una necessità dovuta alle liste di attesa o alla qualità delle prestazioni e dei servizi. Secondo le stime, la spesa sanitaria specialistica totale è intorno ai 12 mld di euro, imputabile per il 70% circa alle strutture pubbliche e per il resto a quelle private accreditate, nonostante queste ultime costituiscano circa la metà delle strutture totali. Valle d'Aosta e Liguria si stima spenda-

no oltre 300 euro pro capite di specialistica pubblica e privata; ultime in graduatoria Sicilia, Sardegna e Abruzzo con una spesa pro capite inferiore a 140,00 euro.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Cresce l'attenzione verso i servizi sociosanitari e i modelli di assistenza domiciliare. Alla elevata variabilità della percentuale di over 65 che ogni Regione prende in carico domiciliariamente, si aggiunge quella dell'intensità assistenziale (quantità di ore annue mediamente erogate per abitante anziano preso in carico), ma senza una significativa correlazione fra le due variabili. Nel 2006 ad ogni paziente anziano assistito in Adi sono state dedicate, in media, 24 ore annue. Tuttavia il dato passa dalle 183 ore della Valle d'Aosta, alle 71 della Sardegna, fino a Veneto Molise che rimangono sotto le 15 ore. Su 180 Asl presenti sul territorio nazionale nel 2006 ce ne sono 7 (due in Sicilia e Calabria, una nel Lazio, Puglia ed Umbria) che ancora non offrono il servizio di Adi, sebbene questo tipo di prestazione rientri nei Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio.

LA SPESA SANITARIA

In generale l'Italia può definirsi, per quanto riguarda la spesa, un Paese virtuoso, registrando una spesa inferiore alla media e una crescita contenuta. Analizzando la com-

Finanziamento del SSN in percentuale del PIL

Valori percentuali - Anni 1982-2007



Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute e ISTAT.

posizione della spesa, emerge come la maggior parte delle Regioni del Nord e il Lazio registrino una spesa pro capite sia pubblica che privata superiore alla media. In Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Veneto c'è una spesa pubblica pro capite inferiore alla media italiana ma una spesa privata superiore. Abruzzo e Molise sono le uniche due Regioni con una spesa pubblica superiore alla media e una spesa privata inferiore. La maggior parte delle Regioni del Sud e del Centro fanno osservare una spesa pubblica e privata pro capite inferiori alla media. Come era lecito aspettarsi, quindi, nelle Regioni meridionali, dotate di minor reddito pro capite la spesa privata è inferiore. Tranne che in Abruzzo e Molise (Regioni soggette a piano di rientro) in queste Regioni anche la spesa pubblica è inferiore alla media. Solo Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lombardia fra le Regioni del Nord, hanno una spesa pubblica inferiore alla media. La variabilità della spesa pubblica risulta superiore di quella privata. Classificando le Regioni secondo la spesa pubblica cor-

retta per la popolazione pesata, ai primi posti in graduatoria troviamo Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta con una spesa superiore del 18%, 14% e 13% sopra la media. Le Regioni, invece, con spesa pro capite per popolazione pesata inferiore sono Basilicata, Calabria e Sardegna con valori inferiori alla media del 9,4%, 8,5% e 6,8%.

L'EQUITÀ NEL SSN

Anche quest'anno il Rapporto Ceis Sanità dedica un capitolo alle misure dell'equità misurata nel cosiddetto *burden space* ossia quell'insieme di misure proposte dalla World Health Organization (Who) che tengono conto del peso delle spese per consumi sanitari effettivamente lasciato direttamente a carico delle famiglie.

Nell'analisi condotta si è scelto di privilegiare le misure di impoverimento e "catastroficita" ed in particolare l'impoverimento che appare una misura particolarmente versatile ed in grado di dare interessanti indicazioni di policy.

Nel 2006 in Italia risultano impoverite 349.180 famiglie (pari a circa l'1,5% del totale); se si utilizzano le soglie

epurate della componente sanitaria il numero di nuclei impoveriti risulta invece pari a 299.923 (circa l'1,3% del totale). Nel 2005 erano risultati invece impoveriti 345.363 nuclei (sempre pari all'1,5% del totale) ovvero 310.822 nuclei applicando le soglie al netto della componente di spesa out of pocket (Oop). Quindi una sostanziale stabilità del fenomeno, e di conseguenza sembra confermarsi l'incapacità delle politiche sanitarie in atto di intervenire sul problema.

Risultano invece soggette a spese catastrofiche 861.383 famiglie (pari al 3,7% dei nuclei). Tale percentuale nel 2005 era del 4,1%: si è quindi assistito un calo degli episodi di catastroficita.

È stata confermata anche nel 2006 l'estrema fragilità di quei nuclei caratterizzati dalla presenza di uno o più anziani che, pur essendo circa un quarto del totale, costituiscono circa la metà dell'impoverimento complessivo.

L'IMPATTO DEL SISTEMA SANITARIO SULL'ECONOMIA

Nel 1996 l'incidenza sul Pil del cosiddetto indotto della

filiera della salute risultava pari al 4,9%, nel 2004 si attestava al 5,6 (stimati in euro 73,5 mld) in valutazione a prezzi costanti. Nel periodo 1996-2004, la produzione e il valore aggiunto della filiera si sono accresciuti ad un tasso medio annuo del 4% circa.

L'attività produttiva farmaceutica mondiale in termini di valore (519,5 mld di euro) è cresciuta del 6,4% rispetto al 2006. L'industria farmaceutica italiana ha registrato nel 2007 un fatturato ex factory totale (farmacia+ospedali) di 16,7 mld di euro (+1,4% rispetto al 2006), pari al 3,2% del mercato mondiale. Si attesta così al 6° posto nel ranking mondiale. Tuttavia l'aumento del +1,4% risulta inferiore alla media del +5% dei principali Paesi produttori di farmaci (Usa, Giappone, Germania, Francia e Regno Unito) e provoca una perdita di quota di mercato dello 0,2% rispetto all'anno precedente. L'Italia ha una bilancia commerciale positiva (euro+1,2 mld) se si considera il solo commercio di medicinali (confezionati e non) e negativa (euro 2,6 mld) nel caso del commercio totale del settore farmaceutico (commercio dei medicinali, materie prime farmaceutiche e altri prodotti finiti).

La spesa italiana in R&S è stata, nel 2007, di 1.170 mln di euro, pari al 14% della spesa totale in R&S del settore manifatturiero e al 10,4% del settore industriale italiano. Si registrano investimenti fissi lordi nel settore farmaceutico di 1.075 mln di euro (+3,9% rispetto al 2006); un valore aggiunto di 6.853 mln di euro (+0,5% rispetto al 2006); e un investimento per occupato di 14.930 euro (il doppio rispetto alla media dell'industria italiana).

A livello internazionale, si valuta che nel 2005 la spesa per dispositivi sia stata di circa euro 188 mld e il valore della produzione pari a euro 145 mld. Gli Usa rappresentano il Paese con la quota di spesa (42%) e di valore della pro-

In Europa, la spesa per dispositivi medici nel 2005 ha rappresentato il 6,3% della spesa sanitaria totale. L'Italia si trova al di sotto della media europea con una incidenza sulla spesa sanitaria totale del 5,6% e al decimo posto se si considera la spesa pro capite per dispositivi medici (122 euro)

duzione (51%) maggiore, seguono i Paesi dell'Unione Europea con una quota di spesa del 34% e un valore della produzione pari al 30%. L'Italia ha un 11% di quota di spesa e un 12% di valore della produzione.

In Europa, la spesa per dispositivi medici nel 2005 ha rappresentato il 6,3% della spesa sanitaria totale. L'Italia si trova al di sotto della media europea con una incidenza sulla spesa sanitaria totale del 5,6% e al decimo posto se si considera la spesa pro capite per dispositivi medici (122 euro). Le Regioni che hanno presentato una spesa pubblica pro capite più alta, nel 2007, sono il Friuli Venezia Giulia (146 euro), le Marche (125 euro) e la Liguria (106 euro). Le Regioni che presentano una spesa pubblica pro capite più basse sono la Calabria (23 euro), la Lombardia (31 euro) e la Basilicata (38 euro).

La quota di spesa pubblica pro capite regionale per dispositivi medici non sembra correlata al numero di ricoveri chirurgici pro capite (Ordinari e in Day hospital). Non sembra quindi esserci una chiara relazione fra volumi e costi: le differenze possono quindi essere attribuite tanto a diverse registrazioni contabili, quanto a diversa efficienza negli acquisti.



Disavanzi regionali, IL PARERE DI POLITICI, REGIONI E TECNICI

IL DIFFICILE PERCORSO DEI PIANI DI RIENTRO

I Piani regionali di rientro dai disavanzi sanitari hanno sostanzialmente fallito l'obiettivo.

Sembra essere questa l'opinione di **Francesca Martini**, sottosegretario alla Salute, almeno a leggere l'intervista pubblicata sull'ultimo numero di *Monitor*, il trimestrale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, che ospita un ampio approfondimento sulla questione con interventi di esperti e "diretti interessati", compresi quelli del presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, di Norberto Cau, dell'Ufficio del Commissario ad acta del Lazio, e degli assessori alla Sanità di Campania e Sicilia, rispettivamente Angelo Montemarano e Massimo Russo.

Il severo giudizio del sottosegretario, peraltro, non sembra equivocabile visto che nell'intervista sostiene che gli accordi tra Stato e Regioni (a cominciare dall'intesa del 2001) e gli impegni di conseguenza presi "sono stati tutti calpestati" e "in alcune aree del Paese ci si è abituati a sfiorare comunque e a trovare poi sempre la possibilità di un ripiano, contando sull'intervento dello Stato". Ora però "questa mentalità a mio avviso distorta - avverte - non è più utilizzabile. Per questo la politica che stiamo intraprendendo è una politica di estremo rigore". Non solo: per Martini anche i tavoli tecnici ai quali sono demandate le attività di verifica sull'attuazione dei Piani avrebbero evidenziato "un sostanziale mancato raggiungimento degli obiettivi". Insomma, è ora che lo Stato intervenga con decisione. Il che, detto da un esponente di spicco della Lega Nord, potrebbe suonare quasi blasfemo. Tanto più in

↳ Michele Musso



Francesca Martini

un momento politico nel quale il tema del federalismo fiscale è quanto mai "caldo". Ma per Martini la contraddizione, ammesso che ci sia, è solo apparente poiché "parliamo di Regioni che secondo le norme vigenti andrebbero commissariate tout court" anziché "semplicemente" sostenute; e che almeno le si sostenga "con rigore e trasparenza". Anche perché, tiene a sottolineare, è la gente a chiedere che si proceda assumendosi ciascuno le proprie responsabilità: i cittadini del Centro-Sud vogliono che finalmente i servizi funzionino davvero, mentre quelli del Nord mal sopportano di dover pagare le inefficienze altrui, soprattutto dopo aver patito per mettere a posto i conti di casa propria. Insomma, "la

cura d'urto - assicura il sottosegretario - è assolutamente necessaria: rigore, nel rispetto dei Piani di rientro e dunque delle prerogative di un patto che è stato firmato da ambo le parti. Il Governo sente questo come dovere morale, nel rispetto dei cittadini di tutte le Regioni". Perciò, visto che la farmaceutica ormai è sostanzialmente sotto controllo ed equilibrata in tutte le Regioni, per Martini gli obiettivi prioritari rimasti sono tre: programmazione della spesa; razionalizzazione della rete ospedaliera; definizione dei budget da destinare ai servizi privati, individuando correttamente quale quota di privato è necessaria al raggiungimento degli obiettivi di salute indicati con i Lea.

D'altro canto le Regioni, assicura **Vasco Errani** nell'intervista a *Monitor*, non hanno alcuna intenzione di sottrarsi al confronto su un processo di riforme del sistema. "Ma una cosa - precisa il presidente della Conferenza delle Regioni - non possiamo accettare: che vengano meno i diritti fonda-

l'inflazione". È vero, ricorda il presidente della Conferenza delle Regioni, che dopo insistenti sollecitazioni è arrivata la cosiddetta "intesa dei quattro punti", ma se dovesse persistere la sottostima del fabbisogno e la sovrastima dei risparmi, la situazione potrebbe degenerare. "Come è possibile che il Governo continui a fissare (e a pretendere che siano rispettate) norme nazionali che stabiliscono obiettivi che devono essere perseguiti attraverso programmi elaborati e decisi a livello regionale, quando il suo impegno finanziario per gli obiettivi comuni che lui stesso ha individuato viene progressivamente diminuito? Molti osservatori - rileva - hanno formulato il dubbio che si voglia portare un attacco al cuore del servizio sanitario, minandone il carattere universalistico. Certamente viviamo una fase delle relazioni Stato-Regioni in cui legittimi obiettivi di contenimento della spesa sembrano preludere a un'oggettiva riduzione del welfare". Una riduzione della "sovranità" regionale, piuttosto, è certa e implicita negli stessi Piani, almeno secondo **Aldo Ancona**, già direttore dell'Agenas, proprio in ragione del fatto che tutte le misure in essi previste, così come le verifiche sull'attuazione, devono essere concordate preliminarmente con i ministeri interessati: una sorta di «amministrazione controllata», dice. Tuttavia Ancona suggerisce, nel suo intervento su *Monitor*, una riflessione sui risultati raggiun-

mentali, come quello alla salute, garantiti dalla Costituzione". Si tratta, secondo Errani, di avviare "un ragionamento politico sul tema generale del finanziamento della sanità" partendo però dalla constatazione della "differenza amministrativa" tra le diverse parti del Paese. Perciò, aggiunge, i Piani di rientro "dovrebbero esprimere l'acquisizione - che è necessariamente lenta e faticosa - della capacità politica e amministrativa di governo dei processi, a livello regionale come locale". Detto ciò, per le Regioni rimane comunque il problema della scarsità di risorse con le quali dovrebbero garantire a tutti i livelli essenziali di assistenza sanitaria. Ma proprio su questo, secondo Errani, il Governo, in occasione del varo della manovra finanziaria "è stato quanto meno carente sul piano delle relazioni istituzionali" visto che "non vi è stata alcuna forma di concertazione" e le Regioni si sono trovate "con un fondo sanitario al di sotto non solo della crescita tendenziale della spesa sanitaria, ma addirittura del-



Vasco Errani

Per Francesca Martini anche i tavoli tecnici ai quali sono demandate le attività di verifica sull'attuazione dei Piani avrebbero evidenziato "un sostanziale mancato raggiungimento degli obiettivi"

Filippo Palumbo e Maria Giuseppina La Falce sottolineano su Monitor che i Piani - e il complesso delle misure premiali e sanzionatorie connesse - avrebbero contribuito a rallentare la spesa negli anni 2006, 2007 e, stando all'andamento, anche nel 2008; e questo sia nelle Regioni sottoposte ai Piani sia nelle altre

ti con i Piani, visto che nelle Regioni interessate i deficit non appaiono ancora completamente sotto controllo nonostante i buoni esiti riscontrati in alcuni settori, come la farmaceutica. Il rischio è, precisa, che in un futuro tutt'altro che remoto molte altre Regioni possano trovarsi nelle condizioni di quelle che furono costrette ad adottare i Piani. E questo, precisa, anche in considerazione dei finanziamenti "piuttosto contenuti" previsti per il triennio 2009-2011. Insomma, anzi-

ché restare una procedura eccezionale, straordinaria, i Piani potrebbero diventare una procedura pressoché normale nella quale potrebbe essere coinvolta la maggior parte delle Regioni. Per evitarlo, secondo Ancona, è indispensabile "rivedere l'intero processo dei Piani" stessi, risolvendone le criticità emerse in questi anni. A cominciare, per esempio, da quel ruolo di tutor che Regioni "virtuose" avrebbero dovuto esercitare nei confronti di quelle in deficit e che invece, secondo l'ex

direttore Agenas, non è mai partito. E che - giocoforza solo in parte, ma con buoni risultati - è stato in qualche modo surrogato dall'Agenzia che si è posta come "intermediario" tra le Regioni in deficit e le tutor. Ancona, tuttavia, mette in guardia anche rispetto ad altre criticità: per esempio, il conflitto di competenze all'interno della Regione per cui può verificarsi, come è stato in Molise, che il Psr approvato dalla Giunta regionale in coerenza con il Piano di rientro è stato poi modificato dal Consiglio in maniera tale da renderlo incoerente con il Piano stesso.

In ogni caso, come si deduce dall'intervento su Monitor di **Giovanna Baraldi**, responsabile dei Piani per l'Agenas, questi ultimi sono stati l'occasione per individuare strumenti, definire indicatori e produrre metodologie che permettessero innanzitutto di individuare elementi strutturali comuni nei differenti "linguaggi", metodologie e logiche dei diversi Piani; ciò ha permesso di poterli monitorare utilizzando griglie che li "traducesse" in un linguaggio condiviso, generalmente comprensibile, e li rendessero verificabili nelle diverse fasi di definizione e attuazione. Neanche a dirlo, la "criticità più rilevante" emersa in questo caso è la disponibilità di dati e informazioni a livello locale che permettano tempestività, comple-



Filippo Palumbo

➤ Promemoria

La nascita ufficiale dei Piani di rientro dai disavanzi risale, di fatto, a cinque anni fa, con l'approvazione, a dicembre 2004, della Finanziaria per il 2005. Fu in quella legge che venne prevista la possibilità, per le Regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, di stipulare con i ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze un accordo per individuare gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei Lea. Insieme con l'accordo bisognava definire un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale cioè, appunto, il Piano di rientro dai disavanzi.

Seguirono poi altri altre intese e patti tra Stato e Regioni, nonché leggi e decreti per mettere a punto il meccanismo. Chi li ha sottoscritti
Gli Accordi con lo Stato per i rispettivi Piani di rientro sono stati sottoscritti nel 2007 da Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Liguria e Sicilia, oltre che dalla Sardegna che, però, si trova in una diversa situazione rispetto alle altre Regioni poiché proprio da quell'anno non beneficia più di finanziamenti a carico dello Stato per la spesa sanitaria.

tezza e attendibilità delle verifiche.

Queste ultime, come **Filippo Palumbo** e **Maria Giuseppina La Falce**, rispettivamente direttore generale e direttore dell'Ufficio X della programmazione sanitaria del ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali, sottolineano su *Monitor*, hanno interessato oltre mille provvedimenti regionali sui quali sono stati formulati 1.173 pareri espressi di concerto dai ministeri del Welfare e dell'Economia. Ne è venuto fuori, tra l'altro, un quadro di elementi di carattere generale che **Francesco Massicci**, ispettore generale

capo del ministero dell'Economia, riassume nel suo intervento sulla rivista dell'Agenzia. In breve, i Piani - e il complesso delle misure premiali e sanzionatorie connesse - avrebbero contribuito a rallentare la spesa negli anni 2006, 2007 e, stando all'andamento, anche nel 2008; e questo sia nelle Regioni sottoposte ai Piani sia nelle altre. Al risultato, sottolinea peraltro **Massicci**, ha dato un sensibile contributo la farmaceutica, settore nel quale sono stati raggiunti risultati migliori rispetto a quelli attesi. Nonostante ciò, aggiunge, restano alcune criticità, relative soprattutto al contenimento della spesa in alcune aree strutturali (quali il personale e l'acquisto di beni e servizi) e il rapporto con i privati accreditati (in relazione alle prestazioni di tipo ospedaliero). Secondo **Massicci**, comunque, bisognerà attendere la conclusione dei Piani di rientro in corso per poter apprezzare pienamente i risultati strutturali che saranno conseguiti "anche con riferimento alla riorganizzazione dei procedimenti regionali di programmazione e controllo della spesa, strategici per la futura gestione dei servizi sanitari regionali".

➤ Come funzionano

In sintesi, l'affiancamento alle Regioni da parte dei ministeri della Salute e dell'Economia si realizza attraverso quattro passaggi principali: la preventiva approvazione dei provvedimenti che le Regioni si propongono di adottare per l'attuazione dei loro Piani di rientro; la verifica trimestrale degli obiettivi intermedi; il monitoraggio delle modalità e dei tempi pianificati nel Piano e la valutazione degli effetti ottenuti; il coordinamento dei Nuclei di affiancamento regionali con funzione consultiva che supportano la Regione stessa nella definizione degli interventi previsti dal Piano. La legge finanziaria 2007 ha poi previsto

che le funzioni di affiancamento alle Regioni vengano svolte nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo dell'assistenza sanitaria (Siveas) che ha avviato le sue attività nell'aprile del 2007. La disciplina relativa ai Piani di rientro stabilisce una serie di interventi che vanno dall'incremento delle aliquote fiscali alla creazione di un fondo transitorio di accompagnamento (un miliardo per l'anno 2007, 850 milioni per il 2008 e 700 per il 2009) all'erogazione di tre miliardi di euro a favore delle Regioni che abbiano adottato misure fiscali ulteriori rispetto all'incremento nella misura massima dell'Irap e dell'addizionale regionale all'Irpef e

destinate al settore sanitario (decreto-legge 23/2007). In caso di mancata correzione strutturale degli andamenti della spesa sono previsti poi la diffida alla Regione ad adempiere a quanto previsto nei Piani e, in caso di mancato adempimento, la nomina di un Commissario. È stata inoltre prevista la verifica del debito pregresso e la sua estinzione. A questo proposito, dato che quasi tutte le Regioni interessate dai Piani presentavano anche una gestione finanziaria con consistenti debiti sanitari, si è resa necessaria un'anticipazione da parte dello Stato per complessivi 9.100 milioni che le Regioni restituiranno in trent'anni.

Giurisprudenza

→ Paola Carnevale

Carcere al medico in pronta reperibilità che rifiuta di recarsi in ospedale

Il chirurgo chiamato in pronta reperibilità non può sindacare sull'effettiva "urgenza" dell'intervento. Il suo reiterato rifiuto a recarsi in ospedale integra il delitto di rifiuto di atti di ufficio a norma dell'articolo 328 del codice penale

Rischia il carcere il chirurgo reperibile che, chiamato da un collega per una presunta urgenza, non si reca immediatamente in ospedale per visitare il paziente, a prescindere dal fatto che si tratti di un caso grave oppure no. Con sentenza 48379 depositata il 30 dicembre scorso, la Suprema Corte Penale ha confermato la condanna di un medico in pronta reperibilità che, utilizzando espressioni volgari opponeva un indebito e reiterato rifiuto a recarsi in ospedale, nonostante le sollecitazioni del collega già presente nel nosocomio. In tale condotta i giudici di merito hanno individuato la sussistenza di tutti gli elementi costitutivi del delitto di rifiuto di atti di ufficio.

I FATTI

Nel 2002 una donna affetta da grave occlusione intestinale era stata trasferita dal Pronto Soccorso al reparto di medicina dove era stata visitata dal medico di turno, il quale, sulla base dei risultati radiografici, aveva disposto la chiamata del suo collega di seconda reperibilità per una consulenza. Il chirurgo arrivò in reparto e, dopo aver visitato la paziente ed esaminato la cartella clinica, dispose una terapia di mantenimento in attesa di una "risoluzione spontanea" del blocco intestinale rin-

viando ulteriori valutazioni al giorno successivo. Nel corso della notte le condizioni della donna peggiorarono ed i medici della chirurgia richiamarono il collega reperibile che però si rifiutò di tornare in ospedale per una nuova visita, rifiuto reiterato qualche ora più tardi in seguito ad una nuova telefonata anche da parte del collega rianimatore - anestesista. Quindi, su sollecitazione del vice direttore del presidio, venne contattato il primario dell'ospedale che sottopose la paziente ad intervento chirurgico con esito tecnicamente positivo. Dopo qualche giorno la paziente morì.

DIRITTO

La Cassazione, confermando la decisione del giudice di primo e di secondo grado (sei mesi di reclusione per il delitto di cui all'articolo 328 comma 1 - *Rifiuto di atti d'ufficio* -) ha affermato che il chirurgo in servizio di reperibilità, chiamato dal collega già presente in ospedale che ne sollecita la presenza in relazione ad una urgenza di intervento chirurgico, deve recarsi subito in reparto e visitare il malato; infatti l'urgenza ed il relativo obbligo di recarsi immediatamente in ospedale per sottoporre a visita la paziente si configurano "in termini formali, senza possibilità di sin-

dacato a distanza da parte del chiamato. Ne consegue che il rifiuto penalmente rilevante si consuma con la violazione del suddetto obbligo e la responsabilità non è tecnicamente connessa all'effettiva ricorrenza della prospettata necessità ed urgenza dell'intervento chirurgico". Il professionista era il chirurgo anziano di cosiddetta "seconda reperibilità", la cui presenza e valutazione, per disposizioni interne dell'ospedale, erano necessarie a richiesta del chirurgo di prima reperibilità per decidere sull'eventuale sottoposizione della paziente ad intervento chirurgico. L'istituto della reperibilità o di "pronta disponibilità" è caratterizzato dall'immediata reperibilità del dipendente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio ospedaliero nel più breve tempo possibile dalla chiamata: questo istituto costituisce una modalità organizzativa dei servizi apprestati dalle aziende sanitarie già previsto e disciplinato nel 1983 dall'articolo 25 del D.P.R. 25 giugno n. 348 recante trattamento del personale delle unità sanitarie locali, testo disapplicato nel 2001 dal Testo Unico sul pubblico impiego che ha rinviato la disciplina ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro della categoria. Continua la Cassazione che nessun rlie-

vo assume la circostanza che il medico avesse già visitato la paziente ed in quella occasione escluso l'intervento chirurgico immediato (infatti il reato ascritto e addebitato non è l'omesso intervento). Le reiterate chiamate telefoniche, effettuate nel corso della notte, seguite dalla sollecitazione anche da parte del medico rianimatore-anestesista le quali attestavano un peggioramento del quadro clinico della paziente avrebbero dovuto obbligare il chirurgo reperibile a tornare in ospedale ed a visitare nuovamente la malata, rimanendo ovviamente nella sua discrezionalità tecnica la decisione di sottoporre o meno la stessa ad intervento chirurgico. Ed è proprio il rifiuto indebito dell'atto dovuto (vale a dire il pronto ritorno in ospedale e la nuova valutazione, previa visita medica, sulla necessità dell'operazione chirurgica) richiestogli reiteratamente dai medici suoi colleghi in adempimento delle disposizioni organizzative dell'ospedale a concretare l'elemento costitutivo del delitto. Atto dovuto ed urgente, aggiunge la Corte, dato che l'urgenza gli derivava direttamente dalla dettagliata e allarmata valutazione resa dai medici che avevano proceduto a visita della paziente, successivamente a quella effettuata dall'imputato, il

quale non era obbligato a condividere la valutazione dei suoi colleghi, cosa che peraltro avrebbe potuto fare solo se avesse proceduto ad una nuova e diretta visita. Pertanto a nulla sarebbe valsa la prova tecnica atta a provare che l'intervento chirurgico non doveva essere eseguito in quelle particolari condizioni generali dello stato di salute della paziente, e che la valutazione dell'imputato in tal senso fosse stata corretta. Del resto l'articolo 328 del codice penale delinea una fattispecie volta ad "assicurare il regolare funzionamento della pubblica amministrazione, imponendo ai pubblici funzionari di assolvere, con scrupolo e tempestività, ai doveri inerenti alla loro attività funzionale al fine di prevenire situazioni di pericolo in materia di giustizia o sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità". Di conseguenza è del tutto irrilevante che dall'indebita condotta di rifiuto derivi un effettivo pregiudizio "per il bene finale preso in considerazione dalla norma" (e quindi nella fattispecie del tutto irrilevante era l'accertamento tecnico sulle reali condizioni in cui versava la paziente). Al chirurgo, in ogni caso, è stata concessa la sospensione della pena e la non menzione nel casellario giudiziario.

Previdenza

↳ Claudio Testuzza

Fondi pensione o Tfr? Tutto da valutare

La crisi economica globale avviata nel luglio del 2007, e tuttora in corso, ha coinciso con l'avvio della riforma del Tfr ed il suo passaggio, volontario, nei fondi di previdenza complementare sia negoziali sia individuali.

È giusto a distanza di quasi due anni dalla novità introdotta dal Governo Prodi, interrogarsi se questa opportunità sia stata una scelta positiva o meno.

La risposta, ad una prima analisi, non può che essere negativa. I fondi pensione negoziali hanno ottenuto, fra dicembre 2006 e l'ottobre del 2008, un tasso di rendimento netto del -5,3% a fronte di un +6,1% del Tfr. Risultati ancora meno soddisfacenti si sono avuti nei comparti azionari sia ad investimento parziale (50% azionario) sia in quelli definiti più "dinamici" (70% azionario) con perdite di circa il 12% per i primi e del 17% per i secondi.

Da questi dati appare inevitabile valutare che l'investimento in fondi sia stato negativo rispetto a coloro che avessero

deciso di lasciare il Tfr nella propria azienda. Ma in realtà le cose non sono così certe. Infatti il sistema previdenziale prevede degli elementi di convenienza che non possono essere dimenticati ove si voglia fare un confronto corretto fra liquidazione rimasta in azienda e quella investita per creare, per il futuro, una rendita aggiuntiva per la pensione.

La prima condizione di maggior vantaggio a favore dei fondi è rappresentata dalla tassazione al momento del trattamento pensionistico. Mentre gli importi del Tfr sono tassati con una aliquota minima del 23%, gli accumuli del fondo pensione scontano, in fase di liquidazione, un prelievo massimo del 15% che si riduce ulteriormente in relazione agli anni di adesione al fondo raggiungendo un minimo del 9% con 35 anni di contribuzione.

Se a questo non indifferente vantaggio si somma la contribuzione a carico della stessa azienda e soprattutto il beneficio fiscale che prevede una deducibilità Irpef per versa-

menti dell'importo fino ai 5.164,75 euro annui ci si accorge che, anche in tempi di vacche magre dell'economia, la previdenza complementare può dare ancora dei frutti positivi.

Ma queste più favorevoli condizioni, che permettono ai lavoratori del settore privato di poter valutare che il sorpasso del Tfr rispetto alla previdenza complementare è solamente apparente, le stesse non possono essere trasferite anche ai dipendenti della pubblica amministrazione.

Il decreto legislativo n. 252/2005, che ha disciplinato le forme pensionistiche complementari nei termini di delega dispone che ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni, fino all'emanazione del decreto legislativo che li riguarda, continua ad applicarsi "esclusivamente e integralmente la previgente normativa".

In pratica, nonostante sia stato introdotto, per gli assunti dal 2001, il trattamento di fine rapporto, Tfr, al posto della pree-

sistente liquidazione (indennità premio di servizio nel caso dei dipendenti della sanità) questa disposizione, così netta, pone su diversi piani economici realtà che si erano volute confluenti.

E i comparti, sia della scuola con il fondo Espero già in attività e quello della sanità, Perseo, in fase di realizzazione, si trovano in una ingiustificata disparità di trattamento fra dipendenti privati e dipendenti pubblici.

Disparità del trattamento fiscale che non può essere che fonte di disaffezione da parte di coloro che, invece avrebbero la necessità di aderire al più presto a forme integrative dei prevedibili modesti importi pensionistici della previdenza pubblica.

Vi è, poi, sempre aperta, a carico dei dipendenti pubblici, la questione del trattamento di fine rapporto che viene accantonato figurativamente all'Inpdap, e che, alla cessazione dal servizio del lavoratore, sarà conferito solo allora al Fondo pensione di riferimento con

un tasso di rendimento corrispondente alla media dei rendimenti netti di un paniere di fondi presenti nel mercato.

Il conferimento virtuale del Tfr all'Inpdap descrive la contraddizione più evidente tra sistema di finanziamento a capitalizzazione della previdenza complementare e il non versamento di risorse liquide al mercato finanziario con conseguenti tassi di rendimento fittizi.

Ma è ancora più grave la possibilità che il capitale non investito, rappresentato dal Tfr accantonato nell'istituto previdenziale, può subire un decremento per l'influenza negativa di rendimenti non derivanti da una scelta finanziaria del lavoratore pubblico iscritto al fondo, a differenza del lavoratore privato. Tutte queste disparità, oltre a costituire un disincentivo all'adesione alle forme pensionistiche complementari, presentano, anche, profili di illegittimità costituzionale che, ci auguriamo, andrebbero rapidamente rimossi.

Per le donne pensioni di vecchiaia a 65 anni

La Corte di giustizia europea, con la sentenza relativa alla causa C-46/07, ha richiesto allo Stato italiano di eliminare la disparità di trattamento pensionistico che attualmente trova il limite per la vecchiaia delle donne a 60 anni rispetto a quello degli uomini posto a 65 anni.

In verità la Corte di giustizia non indica soluzioni ma sollecita il legislatore nazionale a modificare l'attuale situazione. Inoltre il procedimento della pronuncia si riferisce solamente alle pensioni dei dipendenti pubblici, in particolare, gestite dall'Inpdap.

Infatti le pensioni dei dipendenti pubblici sono qualificate come "retribuzioni" e di

conseguenza il trattamento viene considerato quale continuità per quanto attiene il datore di lavoro (pubblico).

Esso è, poi, proporzionale agli anni di servizio e il suo importo è calcolato in base all'ultima retribuzione. Da tutto ciò la Corte rileva che la pensione viene considerata comparabile a quello che sarebbe concesso da un datore di lavoro privato.

L'assegno dell'Inpdap essendo, quindi, retribuzione, deve essere posto nelle condizioni di assicurare la parità di trattamento tra lavoratori, sia donne che uomini, per un medesimo lavoro ovvero per un lavoro di pari valore. Appare di conseguenza non

giustificata la differenziazione dei requisiti anagrafici richiesti per il trattamento pensionistico di vecchiaia.

Da questa determinazione è sorta la sollecitazione a poter intervenire sulla problematica previdenziale che ha consentito, sino ad ora, di differenziare il regime previdenziale fra uomini e donne almeno per quanto attiene il pensionamento di vecchiaia. Esigenza che era già presente, da tempo, in iniziative da parte diversi settori politici controbilanciata da altre valutazioni, invece, favorevoli a mantenere questa condizione di maggior favore.

Queste ultime hanno, sempre, sottolineate

to che la necessità di una differenza nasce dalla necessità di favorire le donne che entrano più tardivamente nel mondo del lavoro e che spesso, per le condizioni di gestione familiare (doppio lavoro), si trovano in difficoltà a proseguire il proprio rapporto più a lungo degli uomini, fermo restando che alle stesse è attribuita, comunque, la possibilità di continuare a lavorare fino ai 65 anni.

Gli assertori dell'equiparazioni sostengono, invece, che bisogna puntare non tanto al mantenimento di questa disparità, ma ad investire risorse nei servizi necessari ai fini di migliorare le condizioni del lavoro femminile. Condizione,

Tutela lavoro

Avv. Francesco Maria Mantovani - Servizio Tutela Lavoro - Cref

Orario di lavoro: illegittime le norme nazionali in contrasto con le direttive comunitarie

Come noto, il D.lgs. n. 66 del 2003 fissa l'orario normale di lavoro in 40 ore settimanali, senza determinare un orario normale giornaliero. Tuttavia, il D.lgs. n. 66 del 2003 pone dei limiti massimi all'orario di lavoro, sia sul piano giornaliero che settimanale, i quali risultano insuperabili: ai sensi dell'art. 7, il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore e dunque di fatto la durata massima dell'orario giornaliero, compreso lo straordinario, non può superare per legge le 13 ore; l'art. 4 prevede che l'orario di lavoro settimanale non può superare il limite delle 48 ore (complessive, quindi compreso lo straordinario) "per ogni periodo di sette giorni", limite relativo non ad ogni singola settimana ma calcolato in media su un periodo legale di 4 mesi al massimo (periodo che i contratti collettivi possono elevare a 6 o 12 mesi). La recente Legge n. 133 del 2008 ha modificato la disciplina in materia di orario di lavoro, escludendo l'applicabilità

alla dirigenza medica dei predetti limiti in materia di orario massimo settimanale e giornaliero.

In particolare, l'art. 41, comma 13, della predetta Legge prevede che "Al personale delle aree dirigenziali degli Enti e delle Aziende del Ssn, in ragione della qualifica posseduta e delle necessità di conformare l'impegno di servizio al pieno esercizio della responsabilità propria dell'incarico dirigenziale affidato, non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 4 e 7 del D.Lgs 8 aprile 2003, n. 66. La contrattazione collettiva definisce le modalità atte a garantire ai dirigenti condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata ed il pieno recupero delle energie psico-fisiche".

La portata di tale deroga va valutata alla luce dei principi in materia di orario di lavoro dettati dall'ordinamento comunitario. Infatti, la materia dell'orario di lavoro è disciplinata dalla Direttiva CE 23 novembre 1993 n. 93/104 (successiva-

mente modificata dalla Direttiva 23 giugno 2000 n. 2000/34) che fissa delle "prescrizioni minime di sicurezza e di salute in materia di organizzazione dell'orario di lavoro" con riferimento a tutti i settori di attività, sia privati che pubblici.

Gli Stati membri della CE (tra cui l'Italia), sono dunque tenuti a trasporre fedelmente le prescrizioni della Direttiva nei rispettivi ordinamenti interni. Pertanto, le eventuali disposizioni degli ordinamenti nazionali, che contrastino con le predette prescrizioni comunitarie, risultano illegittime con conseguente obbligo di disapplicazione da parte del Giudice nazionale.

Più nello specifico, il Giudice nazionale può procedere alla immediata disapplicazione della disposizione nazionale in contrasto con l'ordinamento comunitario (senza necessità di rimettere la questione della conformità della disposizione nazionale alla Corte di Giustizia ai sensi dell'art. 234 del Trattato CE), allorché la corretta interpretazione del diritto co-

munitario si impone con tale evidenza da non lasciare adito a ragionevoli dubbi (la cosiddetta teoria dell'"atto chiaro"), ovvero la Corte di Giustizia si è già pronunciata sull'interpretazione della norma comunitaria.

Ebbene la Corte di Giustizia 9 settembre 2003 n. C-151/03 ha affrontato il problema dei medici ospedalieri che operano in situazione di:

- 1) permanenza obbligatoria (cioè attività lavorativa sempre vigile);
- 2) guardia (cioè il medico impiega il tempo come vuole, potendo anche dormire in locali vicini al luogo di lavoro, ma è pronto ad intervenire);
- 3) reperibilità (cioè il medico non è sul luogo di lavoro ma rimane disponibile a raggiungerlo).

La citata Corte di Giustizia, oltre a stabilire che il servizio di guardia deve essere considerato come vero e proprio orario di lavoro, ha dettato degli specifici limiti alla facoltà del legislatore nazionale di derogare ai limiti massimi di orario

rispetto alla categoria medica. La Corte ha riconosciuto che il legislatore nazionale può introdurre rispetto al personale medico una deroga alla regola delle 11 ore di riposo giornaliero, grazie all'art. 17, n. 2, par. 2.1. della Direttiva, secondo cui per "i servizi relativi all'accettazione, al trattamento e/o alle cure prestati da ospedali o stabilimenti analoghi", "si può derogare per via legislativa, regolamentare o amministrativa o mediante contratti collettivi o accordi conclusi fra le parti sociali" (tra le altre disposizioni) ai limiti massimi di durata della prestazione giornaliera. Viceversa, il citato art. 17 non include il limite massimo di durata dell'orario settimanale tra le regole derogabili rispetto alla categoria medica. Pertanto, la Corte di Giustizia ha subordinato la deroga al limite massimo giornaliero alla condizione che il recupero di ore equivalenti sia immediato - cioè sia effettuato nel riposo giornaliero immediatamente successivo - e che non si superi comunque il limite delle 48 ore settimanali.

In altri termini, se il legislatore nazionale può scegliere di escludere un limite all'orario giornaliero del medico, analogo discrezionalità non sussiste rispetto all'orario massimo settimanale che non può superare (in media) le 48 ore.

Dunque, alla luce della giurisprudenza della Corte di Giustizia sembra possibile affermare che l'art. 41, comma 13, della Legge n. 133 del 2008 risulta illegittimo per contrasto con la Direttiva CE 23 novembre 1993 n. 93/104, laddove esclude il personale dirigenziale medico dall'applicazione dell'art. 4 del D.lgs. n. 66 del 2003, che appunto prevede il predetto limite all'orario settimanale.

questa, sostenuta anche dalla stessa Corte di giustizia europea che valuta la fissazione di termini diversi per il trattamento pensionistico non compensativa degli svantaggi ai quali sono esposte le carriere dei dipendenti pubblici donne e non sembra aiutarle nella loro vita professionale.

A fronte di questo conflitto le donne, impiegate nella pubblica amministrazione, hanno da tempo anticipato la sentenza della Corte di giustizia europea.

Infatti dai dati esposti dall'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti si rileva che proprio le donne mostrano una propensione al pensionamento, anno dopo

anno, indifferente ai limiti indicati dall'attuale legge. Tra il 1996 e il 2008 le donne che si sono ritirate in un'età compresa fra i 60 e 64 anni, in assenza del requisito minimo dei 35 anni di contribuzione, sono state il 18,75% del totale.

La maggior parte ha deciso di lasciare il lavoro al raggiungimento dei 35 anni di contribuzione (circa il 44%) ancorché con un'età inferiore ai 60 anni, mentre un altro 30% si è pensionato con età superiore, e addirittura il 13% dopo aver compiuto il limite, anche previsto per gli uomini, dei 65 anni.

L'aspetto "virtuoso" nasce dalla condizione di differente calcolo della pensione in-

tervenuto con le riforme del 1992 (D.lgs. n. 503) e del 1995 (legge n. 335). Infatti se, in passato, per gli iscritti alle casse previdenziali gestite dal Tesoro, il riferimento quantitativo per il calcolo della pensione era sostanzialmente basato sull'importo dell'ultimo stipendio in godimento, le riforme, intervenute negli anni Novanta, hanno ridotto il trattamento ponendo, invece, quale riferimento la media degli stipendi degli ultimi anni o addirittura, con il sistema di calcolo contributivo, un tasso di sostituzione (rapporto fra ultimo stipendio e trattamento pensionistico) particolarmente più basso.

(C.T.)

segue da pag. 4

IL FUTURO ECONOMICO DEI DIRIGENTI MEDICI DEL SSN (durante il Governo Berlusconi)

danti il settore pubblico, e quindi i medici dipendenti. Innanzitutto, l'indice verrà applicato ad una base di calcolo costituita dalle sole voci di carattere fisso e non dalla intera retribuzione. Tutte le voci accessorie saranno, quindi, escluse dal calcolo degli incrementi della massa salariale, che, nel nostro caso, già non comprende la indennità di esclusività. Inoltre, al contrario di quello che avverrà nel privato, la verifica degli eventuali sco-

stamenti con l'inflazione certificata dall'Istat sarà effettuata alla scadenza del triennio contrattuale, per un eventuale recupero, nel successivo triennio, e l'incentivo fiscale sarà concesso, "gradualmente e compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, ai premi legati al conseguimento di obiettivi quantificati di miglioramento della produttività e qualità dei servizi offerti, tenendo conto degli obiettivi e dei vincoli di finanza pubblica". Considerati i deficit crescen-

ti delle Regioni in campo sanitario, valutati dal Ceis di Roma in 14 miliardi di euro per il biennio 2009/2010, è facile immaginare quali siano per i dirigenti pubblici le reali possibilità di recuperare a livello della contrattazione decentrata i pesanti tagli economici previsti a livello centrale.

Non vorremmo che alla fine si applicassero, anche al settore pubblico, i contenuti del punto 16 dell'accordo secondo cui "in situazioni di crisi... le specifiche intese potranno definire apposite procedure, modalità e condizioni per modificare in tutto o in parte, anche in via sperimentale e temporanea, singoli istituti economici o



normativi dei contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria". Che, detto in modo più esplicito, significa potersi accordare nella trattativa aziendale su livelli salariali e/o

normativi inferiori a quelli stabiliti nella contrattazione nazionale. Tanto per non perdere il vizio...

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anao.it
www.anao.it

Direttore
Carlo Lusenti
Direttore responsabile
Silvia Procaccini
Comitato di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.

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 675/96

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

Finito di stampare nel mese di febbraio 2009



Partnership Banking Un vantaggio tira l'altro



Cogli l'opportunità di avere tutta l'esperienza di un grande gruppo bancario, al fianco degli associati ANAAO Assomed, e una gamma di prodotti a condizioni davvero esclusive, per gestire al meglio i tuoi bisogni bancari. E i vantaggi non finiscono qui...

L'accordo di Partnership stipulato con Deutsche Bank prevede condizioni economiche esclusive e vantaggiose. Qualche esempio:

- tre conti correnti: "Senza Spese" e "Canone fisso" oppure ad "Alto Rendimento" (tutti con numero illimitato di operazioni);
- prelievo bancomat senza commissioni da qualsiasi sportello bancario in Italia e all'estero, anche di altre banche* (valido solo per i conti db Partner e db Solution New);

- deposito titoli gratuito e Home Banking senza canone;
- assistenza gratuita per l'estinzione del vecchio conto e la gestione di servizi e prodotti finanziari collegati (utenze, titoli, prestiti personali, mutui e carte di credito);
- promozione "Amici colleghi, colleghi vincenti" con la possibilità di vincere fantastici premi o acquistare prodotti della vetrina db Interactive a prezzi scontati;
- mutui a tassi vantaggiosi e senza spese di istruttoria.

Per ulteriori informazioni:

- visita il sito internet dedicato <http://b2e.deutsche-bank.it/anaao> (password: customer)
- scrivi a info.b2e@db.com
- telefona al nostro call center 02.6995

* Prelievo gratuito nei paesi aderenti all'Area SEPA (Single Euro Payments Area): i 27 membri dell'Unione Europea, più Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

Message pubblicitario: prima dell'adesione leggere le condizioni contrattuali riportate nei Fogli Informativi disponibili presso gli Sportelli Deutsche Bank. La vendita dei prodotti e servizi presentati è soggetta alla valutazione della Banca.

