



A febbraio si vota

COSA RESTA DI MONTI

**DAL "CRESCI ITALIA" AL DECRETO BALDUZZI.
MA PER IL SSN È STATO UN SALASSO**

SOSTENIBILITÀ SSN

L'intervento del segretario dell'Anaa sul tema del finanziamento del Ssn
alle pagine 2-3

LA RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE

Spesa sanitaria in frenata.
Cresce l'emergenza ambiente
alle pagine 5-7

SPECIALE MOBILITÀ SANITARIA

Un giro d'affari da 3,8 miliardi
di euro l'anno
alle pagine 10-12

SOSTENIBILITÀ SSN

UN DIBATTITO
INQUINATO DA
PREGIUDIZI

Non è stata "una tempesta in un bicchiere d'acqua". Le affermazioni a proposito della necessità di "forme diverse di finanziamento" per garantire la sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale non sono da minimizzare. Sia per il metodo, che ricorda quello usato per mettere in discussione l'art. 18, che per il merito. Da tempo, segnali premonitori, movimenti carsici e messaggi politici, più o meno espliciti, parlano, infatti, di costruire, sull'abbandono della solidarietà fiscale, la sanità per i ricchi, prefigurando lo smantellamento del sistema universalistico. Noi stessi abbiamo da tempo chiaro, e denunciato a più riprese, il rischio di tracollo del welfare, con la sanità nel ruolo di capro espiatorio, laboratorio per sperimentare ricette privatistiche e collaudare soluzioni tecnocratiche di uscita dalla crisi. Difficile, quindi, sfuggire all'impressione di essere di fronte ad una ope-

razione politica, malamente travestita da operazione contabile con l'alibi della neutralità tecnica, "una ghiotta occasione per quanti si oppongono allo stato sociale", per dirla con Naomi Klein.

Reale è oggi il rischio di una deriva verso un modello duale, in cui un sistema pubblico impoverito di risorse economiche, professionali e tecnologiche, come si sta prefigurando, lascia spazio ad un modello assicurativo, alimentato da finanziamenti privati a copertura dell'onere economico di pezzi crescenti di assistenza. Diagnostica e specialistica, per cominciare. Una inevitabile resa.

DANDO VOCE AI MEDICI, PROViamo AD ANDARE CONTROCORRENTE, PARTENDO DA DATI VERIFICATI.

Prevedere la crescita della spesa sanitaria nei prossimi 40 anni, almeno della quota pubblica, è esercizio fattibile. Ma il problema della sanità italiana non è tanto la crescita dei costi quanto l'incapacità a crescere del sistema economico, cui, peraltro, la filiera della salute concorre con circa 13 punti di Pil. Ma è credibile che il Paese possa rimanere nell'attuale recessione per 40 anni?

Il punto inconfutabile, e non confutato quanto banalmente ignorato, è che la sanità italiana non è il pozzo nero e senza fondo che molti si ostinano a descrivere. Lo dicono i risultati (Oecd Health Data, 2012). L'Italia è il paese dell'Oecd dove la tutela della salute assorbe la minore spesa globale, sia pro-capite che in relazione al Pil, associata a lusinghieri esiti cli-

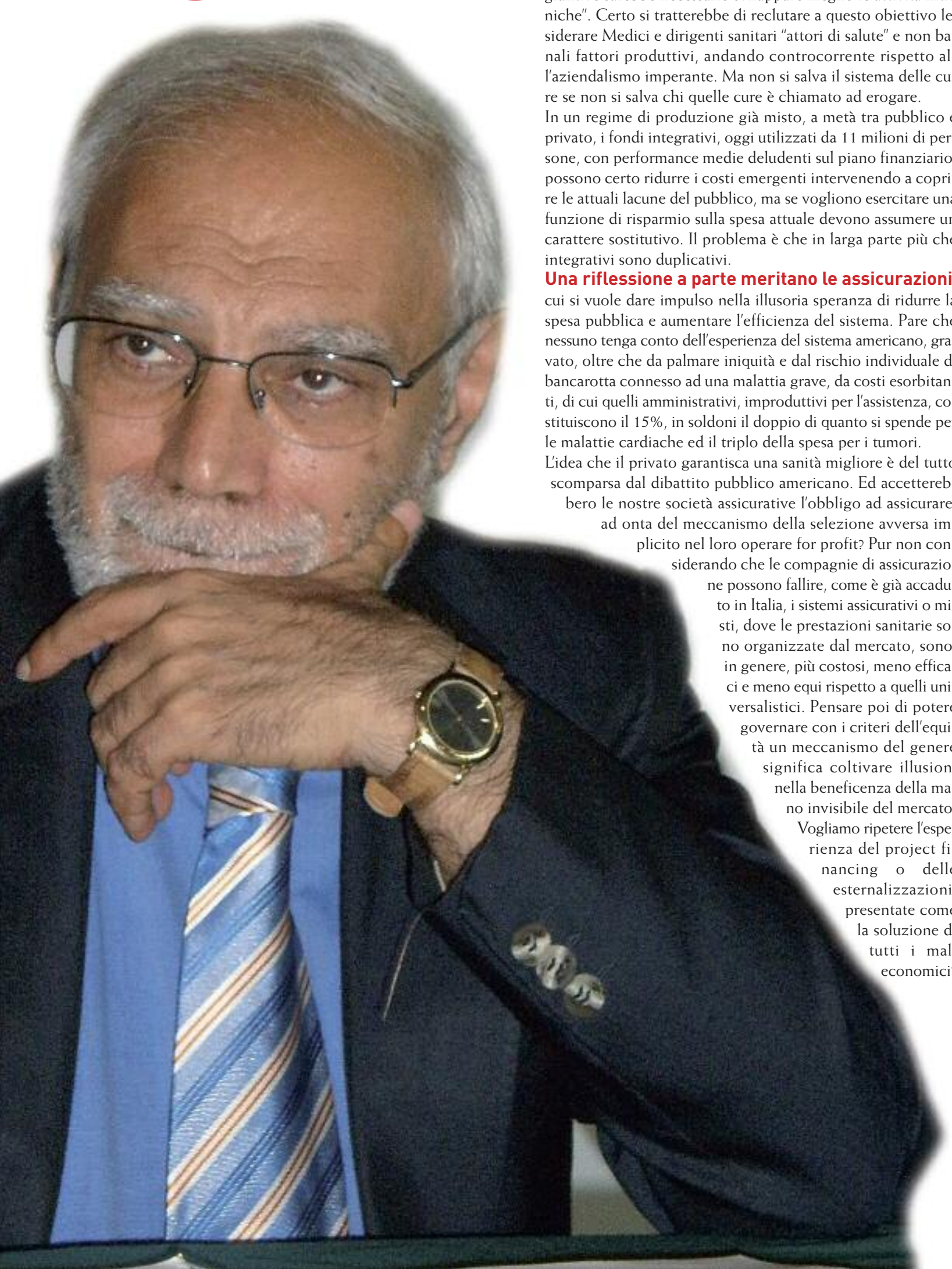
La questione del finanziamento del servizio sanitario è politica, prima che tecnica. In gioco non è solo il destino della sanità pubblica ma la stessa idea di società, di comunità, di coesione sociale, di esigibilità di un diritto alla salute che è uno e indivisibile e non può essere declinato in base al Cap o al reddito. È questa la chiave di lettura sulla sanità, offerta dal segretario dell'Anaao Assomed

nici, un paradosso del nostro Ssn, di cui dovremmo essere orgogliosi. Lo stato di salute della popolazione italiana è, cioè, migliore di quello medio dei paesi Oecd con minore spesa, sia in termini di incidenza sul Pil che pro-capite. La nostra spesa annuale pubblica in rapporto al Pil scenderà al di sotto del 7% nel biennio 2013-2014. Lontanissimi da noi Francia, Germania, Svizzera, che spendono oggi almeno 2 punti in più. Se si trasforma, poi, la spesa sanitaria pubblica e privata in dollari pro-capite, normalizzando per potere d'acquisto, quella italiana è inferiore in media del 21%, al dato europeo (Cergas, Bocconi). Questo si chiama fare le nozze con i fichi secchi! E nessuna proposta potrà sfuggire a misurarsi con questo parametro, dovendo dimostrare di essere capace di estrarre maggiori, e migliori, cure da costi più bassi, dare di più a costi minori. E chi indica il modello tedesco dovrebbe prima ricordare che la Germania spende per la salute di ogni suo cittadino una cifra superiore del 46% alla nostra. Ciò nonostante è ripartito il tormentone del "non si può dare tutto a tutti" o "non si può dare tutto gratis", una variante aggiornata del "meno stato, più mercato" costruita su presupposti errati.

Innanzitutto, è curioso parlare di finanza e affari prima di parlare di governance ed organizzazione. Il che sembra dire che si assumono come fisiologici ed immutabili gli attuali livelli di inefficienza, inappropriatazza, incapacità. O la meri-

Costantino Troise
Segretario nazionale
Anaao Assomed

TROPPI



dionalizzazione del debito e gli attuali flussi di spesa, e di potere. A partire dall'area grigia dei beni e servizi non sanitari, che rappresentano la seconda voce di spesa.

In secondo luogo, è già in atto un processo di privatizzazione, se è vero come è vero che la metà della spesa per farmaci è a carico dei cittadini, che pagano interamente anche il 55 % delle visite specialistiche e parte crescente della diagnostica.

La contrazione dell'offerta pubblica spinge già oggi ceti più o meno abbienti a cercare soluzioni di parziale o totale uscita dal sistema pubblico indirizzandoli verso forme di sanità privata. Uno dei modi per mettere in crisi l'universalismo è proprio quello di creare le condizioni per cui i ricchi, ricevendo pochi benefici, si sentiranno più protetti ed avvantaggiati da un sistema assicurativo privato. Quel che resta del pubblico, senza consistenti entrate fiscali, è destinato a peggiorare, come accaduto in Brasile. E l'assistenza alle fasce fragili è assicurata da un esercito di badanti, in numero superiore ai dipendenti del Ssn, i cui costi sono in gran parte a carico dei cittadini. In quanto al "tutto", non si comprende cosa impedisce di rileggere i Lea alla luce delle evidenze scientifiche e dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, che rimane un forte elemento di contenimento dei costi, e di miglioramento di sicurezza ed efficacia! Secondo una fonte non sospetta quale il Cergas della Bocconi "per attivare risorse aggiuntive sarebbe necessario sviluppare meglio le attività intramoenia e le sperimentazioni cliniche". Certo si tratterebbe di reclutare a questo obiettivo le intelligenze professionali e considerare Medici e dirigenti sanitari "attori di salute" e non banali fattori produttivi, andando controcorrente rispetto all'aziendalismo imperante. Ma non si salva il sistema delle cure se non si salva chi quelle cure è chiamato ad erogare.

In un regime di produzione già misto, a metà tra pubblico e privato, i fondi integrativi, oggi utilizzati da 11 milioni di persone, con performance medie deludenti sul piano finanziario, possono certo ridurre i costi emergenti intervenendo a coprire le attuali lacune del pubblico, ma se vogliono esercitare una funzione di risparmio sulla spesa attuale devono assumere un carattere sostitutivo. Il problema è che in larga parte più che integrativi sono duplicativi.

Una riflessione a parte meritano le assicurazioni, cui si vuole dare impulso nella illusoria speranza di ridurre la spesa pubblica e aumentare l'efficienza del sistema. Pare che nessuno tenga conto dell'esperienza del sistema americano, gravato, oltre che da palmare iniquità e dal rischio individuale di bancarotta connesso ad una malattia grave, da costi esorbitanti, di cui quelli amministrativi, improduttivi per l'assistenza, costituiscono il 15%, in soldoni il doppio di quanto si spende per le malattie cardiache ed il triplo della spesa per i tumori.

L'idea che il privato garantisca una sanità migliore è del tutto scomparsa dal dibattito pubblico americano. Ed accetterebbero le nostre società assicurative l'obbligo ad assicurare,

ad onta del meccanismo della selezione avversa implicito nel loro operare for profit? Pur non considerando che le compagnie di assicurazione

possono fallire, come è già accaduto in Italia, i sistemi assicurativi o misti, dove le prestazioni sanitarie sono organizzate dal mercato, sono, in genere, più costosi, meno efficaci e meno equi rispetto a quelli universalistici. Pensare poi di potere governare con i criteri dell'equità un meccanismo del genere significa coltivare illusioni nella beneficenza della mano invisibile del mercato.

Vogliamo ripetere l'esperienza del project financing o delle esternalizzazioni, presentate come la soluzione di tutti i mali economici?

L'assistenza alle fasce fragili è assicurata da un esercito di badanti, in numero superiore ai dipendenti del Ssn, i cui costi sono in gran parte a carico dei cittadini

Segue in ultima pagina

Dal "Cresci Italia" al Decreto Balduzzi, per il Ssn è stato un salasso

GLI EFFETTI DEL GOVERNO MONTI

Il 16 novembre 2011, s'insediava il Governo tecnico guidato da Mario Monti. Da allora, fino all'annuncio delle dimissioni anticipate del premier, sono passati 13 mesi caratterizzati per la sanità da tre provvedimenti già approvati a cui si aggiungeranno la legge di stabilità e il decreto sviluppo.

Il primo è il Decreto "Cresci Italia" del ministro per lo Sviluppo Corrado Passera (convertito in legge il 23 marzo 2012) che ha messo mano, in salsa liberal, al settore delle farmacie. In seconda battuta, è arrivata in estate la Spending review, con i suoi tagli lineari e soprattutto una riduzione di risorse fino al 2015 da 6,8 miliardi di euro. Terzo intervento, dopo l'estate, il decretone Sanità fortemente voluto dal Ministro della Salute, Renato Balduzzi, un provvedimento che mira a riorganizzare il Ssn ma senza un euro in più da spendere.

Insomma, un anno e poco più molto caldo per il Ssn. E che non ha lasciato indifferenti le imprese del farmaco, che si sono a lungo battute contro la norma che introduce l'obbligo di prescrizione per principio attivo, e tanto meno gli operatori della salute (medici e farmacisti in primis), scesi più di una volta in piazza per protestare contro le misure del Governo Monti. Una protesta che ha trovato il suo culmine nella manifestazione unitaria convocata la scorso 27 ottobre dalla Dirigenza del Ssn e che ha visto riunirsi a Roma oltre 20 mila persone. Accanto ai medici c'erano gli altri operatori della salute, nonché cittadini e rappresentanti politici. Tutti uniti contro i tagli alla sanità.

Ma quali sono gli interventi che hanno "scosso" il mondo della sanità in questi 13 mesi? Iniziamo dalle farmacie, le prime in ordine cronologico ad

Il premier Monti ha rassegnato le dimissioni a 13 mesi dal suo insediamento. La chiusura anticipata della legislatura, ha lasciato molti provvedimenti in sospeso. Soprattutto in quest'anno di Governo la sanità ha pagato anch'essa il suo pegno alla crisi economica. E con il governo Monti assommano a 9,4 miliardi i tagli o risparmi, a seconda del punto di vista, ascriviti al Fondo sanitario dal 2012 al 2015. Ma non sono mancati interventi normativi e regolatori su molti settori della sanità



essere state 'colpite' dalle norme dei tecnici. Il tentativo del ministro dello Sviluppo Passera con il "suo" Decreto Cresci Italia è stato quello di liberalizzare il settore con l'abbassamento quorum farmacie/abitanti, nuovi concorsi, la libertà di apertura oltre i turni e gli orari stabiliti dalla legge, gli sconti su tutti i prodotti e farmaci, l'incentivazione all'uso di farmaci generici, solo per citare le principali misure. Se le misure daranno i risultati, ancora è presto per saperlo, anche se le norme sembrano aver creato un'incompiuta. Da un lato la pulsione liberal è stata un po' frenata e dall'altro non si è nemmeno spinto per rendere la farmacia ancora di più un presidio sempre più ancorato al Ssn, ad esempio rendendo realtà la farmacia dei servizi, un progetto dal largo consenso e dalla piena base legislativa e che tuttavia sembra abbandonato. A parte le farmacie, la sanità

fino alla scorsa estate sembrava essere immune, almeno in forma diretta, ai tagli che il Governo Monti stava attuando in altri comparti. "Già ci sono i tagli di Tremonti, non si può tagliare ancora" era il "mantra" ripetuto dagli addetti ai lavori e dalle Regioni in primis. Sembrava, appunto, perché in estate come una doccia calda a ferragosto è arrivato il Decreto sulla Spending review, in cui ancora una volta erano altri membri dell'Esecutivo a incidere sul settore: il ministro per i Rapporti col Parlamento Piero Giarda e il super commissario Enrico Bondi. Le leggende narrano di duri faccia a faccia tra Giarda e Balduzzi. Ma, a conti fatti, nonostante il titolare della Salute abbia limitato l'impatto delle norme, la mazzata, batosta o che dir si voglia, c'è stata: meno posti letto (circa 7mila che portano così i tagli totali di posti letto dal 2000 ad oggi a quota 72 mila), più sconti per farmacie e aziende, meno beni e servizi e meno spesa farmaceutica, modifiche per la remunerazione del farmacista, spinta per una maggiore integrazione tra pubblico e privato e aumenti addizionali regionali Irpef dal 2013. Il tutto per un ammontare di tagli da 6,8 miliardi di euro tra il 2012 e il 2015. Da registrare poi la polemica, dai toni molto accesi, per la norma sull'obbligo di prescrizione del principio attivo che ha creato una sorta di tutti contro tutti che ha coinvolto, medici, farma-

cisti e imprese, al loro interno divise tra Farmaindustria e Assogenerici.

Nemmeno il tempo di digerire la Spending Review che subito dopo l'estate ha fatto la sua comparsa il Decretone Sanità del ministro Balduzzi. Il testo, al di là dei toni più cauti del ministro che ha sempre parlato di un'attività di "manutenzione" per il Ssn, si è di fatto presentato come una vera e propria riforma, come non se ne vedevano da quella del '99 (alla quale anche Balduzzi partecipò attivamente come capo legislativo dell'allora ministero della Sanità a guida Rosy Bindi). Ma il decreto Balduzzi è stata anche una risposta "tecnico-riorganizzativa" ai tagli lineari della Spending. E in effetti la legge ha affrontato alcuni nodi (riforma delle cure primarie, intramoenia, responsabilità professionale e rischio clinico, dirigenza sanitaria e governo clinico, fumo, alcol, ludopatia e certificati sportivi, norme in materia di sicu-

rezza alimentare e di bevande) ma il punto è che, a prescindere dalle misure, la Legge Balduzzi deve fare comunque i conti con la limitatezza delle risorse e con la resistenza delle Regioni ad "intrusioni" nel suo campo di competenze.

Infine dalle pieghe applicative della spending review è arrivato uno degli ultimi atti del ministro Balduzzi, la messa a punto di un Regolamento che rinnova gli standard ospedalieri e sul quale è atteso un parere importante delle Regioni il 13 dicembre. E il 31 dicembre, ma a questo punto vedremo se vedranno effettivamente la luce, dovrebbero poi arrivare i nuovi Lea secondo quanto stabilito dallo stesso decreto Balduzzi.

E, buoni ultimi il Ddl stabilità e il decreto sviluppo. Il primo decurta il Fondo sanitario di 600 milioni nel 2013 e di un miliardo a decorrere dal 2014, che sommati ai 6,8 miliardi della spending review portano il conto dei "risparmi" per il Ssn deliberati da Monti a 9,4 miliardi nel periodo dal 2012 al 2015. Il secondo prevede una serie di norme sulle prescrizioni farmaceutiche di generici, il fascicolo elettronico sanitario ed altre norme di interesse sanitario.

Grande assente di questo anno di lavoro del Governo sul fronte sanitario è stato però il Patto per la Salute 2013-2015, atteso fin dal mese di aprile e poi via via slittato fino alla data ultimativa dello scorso 15 novembre. Adesso in teoria si potrebbe ancora siglare se Governo e Regioni fossero d'accordo ma vista la ormai vicina scadenza elettorale e le distanze ancora ampie tra i due firmatari è molto più probabile che il Patto passi nella mano del prossimo Governo.

Le affermazioni di Monti

Franco Verde
Coordinatore provinciale Anaao Assomed

■ I media hanno riportato un'affermazione del premier Monti secondo la quale per mantenere gli attuali livelli di assistenza in sanità occorrono fondi integrativi. Il coro dei conservatori non ha esitato a farsi sentire: la Cgil paventa il rischio di privatizzazione e Caldoro afferma che gli indici per il trasferimento di risorse alla Campania vanno modificati implementando i trasferimenti di risorse dal governo, altri, invece, giudicano dette affermazioni

La Relazione sullo stato sanitario del Paese

LA SPESA SANITARIA CRESCE MENO DEGLI ANNI PRECEDENTI

Si sviluppano nuovi modelli organizzativi per le cure primarie. Malattie cardiovascolari e tumori si confermano le prime due cause di morte. Ma preoccupano sempre di più le patologie legate all'inquinamento ambientale

Nata con la legge istitutiva del Ssn nel 1978, la Relazione sullo stato sanitario del Paese affida al ministro della Salute il compito di informare il Parlamento sulle condizioni di salute della popolazione e soprattutto sullo stato dell'arte delle diverse politiche sanitarie adottate a livello centrale e locale dai diversi soggetti che interagiscono nella gestione della sanità.

Di fatto è il "documento" per eccellenza per una valutazione sanitaria ma anche politica di quanto portato avanti dai diversi attori del Ssn in tutte le sue funzioni: da quella di prevenzione delle malattie a quella assistenziale e di ricerca fino a quella gestionale e organizzativa.

Quindi una lettura sintetica, giornalistica, della Relazione è impresa quasi impossibile, per questo vi presentiamo in queste pagine una selezione dei diversi capitoli della Relazione 2011 che il ministro Renato Balduzzi ha presentato alla presenza del Capo dello Stato, Giorgio Napolitano, il quale ha sottolineato come "i tagli alla sanità superiori ai risparmi possibili creano tensioni". "Il Ssn è compatibile con la situazione economica di crisi che stiamo attraversando se vi è la capacità di innovare il sistema – ha detto il Presidente della Repubblica – certo le cose cambiano quando si dice che bisogna tagliare comunque, anche al di là dei risparmi effettivamente possibili dalle azioni di razionalizzazione e selezione. In questo caso – ha aggiunto – nascono tensioni ed anche possibili errori che devo-

no comunque essere evitati proseguendo l'opera di riduzione e contenimento della spesa ma senza tagliare i diritti dei cittadini". Per il Capo dello Stato, però, "chi ha maggiore possibilità di contribuzione" dovrebbe pagare di più, tenendo conto della "sua effettiva capacità di reddito". Il presidente della Repubblica ha infine ricordato che il sistema sanitario pubblico è "fondato in larga misura anche sul settore privato, che deve sottostare a regole e controlli più severi e oculati di quanto si sia fatto per lungo tempo". Per il ministro Renato Balduzzi la riforma del Ssn era necessaria "la crisi l'ha solo reso più evidente e urgente".

Vediamo alcuni indicatori della Relazione 2011.

IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

Gli ultimi dati Istat disponibili indicano che nel 2009 il numero dei decessi avvenuti in Italia ammonta a 588.438, di cui 286.619 maschi (48,7%) e 301.819 femmine (51,3%). L'analisi della mortalità per causa conferma che le malattie del sistema cir-

colatorio sono la prima causa di morte con 224.830 decessi (il 38,2%), seguite dai tumori con 174.678 decessi (il 29,7%). Tra le donne, le malattie cardiovascolari si confermano principale causa di morte con 127.060 decessi (il 42,1%), mentre i tumori rappresentano la seconda causa con 76.112 decessi (il 25,2%). Tra gli uomini, la prima causa di morte è rappresentata invece dai tumori con 98.566 decessi (il 34,4%), seguita immediatamente dalle malattie del sistema cardio-



sulla sanità

destabilizzanti. La Cgil giustamente preoccupata per i livelli di assistenza, oltre che ispirarsi al concetto secondo il quale chi pensa male fa peccato, ma spesso ha ragione, si pone su un terreno strettamente ideologico, laddove Caldoro si pone nel solco del solito assistenzialismo

meridionale, lagnoso e petulante alla ricerca di risorse, dimenticando che gli ultimi quindici anni di cattiva gestione della sanità non avrebbero avuto sorte migliore se fossero pervenute le maggiori risorse richieste. Come uscire da questa difficile situazione che può solo penalizzare i cittadini? Cambiando. Gli sprechi in sanità, l'assenza di meritocrazia, competizione vera tra pubblica e

privato convenzionato, gli interessi di sindacati, operatori, categorie, lobby, interessi economici, corruzione e la sempre più pervasiva presenza del malaffare e della criminalità nella sanità in tutto il Paese, rendono necessario un nuovo sistema di welfare. Non è possibile reggere con le risorse disponibili i livelli attuali di assistenza, quindi occorre battere nuove strade senza pregiudizi e senza con-

servazioni. Ne esistono tante, a partire dal mantenere nel pubblico assistenza limitata ad aree di emergenza, superspecialità, infanzia ed adolescenza, vecchiaia oppure favorendo la privatizzazione di alcuni servizi oppure ripristinando l'assistenza mutualistica oppure favorendo l'assicurazione in un quadro in cui comunque i cittadini deprivati di parte dell'assistenza pubblica possono frui-

re di sgravi fiscali per provvedere all'assistenza sanitaria oppure far pagare di più chi ha di più. Solo alcune idee e certamente in giro ce ne saranno di migliori, ma le condizioni delle finanze e soprattutto il superamento di un sistema di dissipazione del denaro pubblico camuffato da un falso diritto all'assistenza rendono obbligatorio la ricerca in un welfare innovativo riformista ed efficace.

circolatorio con 97.770 decessi (il 34,1%). Le malattie del sistema respiratorio in Italia sono la terza causa di morte, responsabili di 39.949 decessi (6,8%), di cui 22.329 tra gli uomini e 17.620 tra le donne. dati Istat indicano che la prevalenza del diabete mellito in Italia è in regolare aumento nell'ultimo decennio. Risulta diabetico il 4,9% della popolazione (5,0% delle donne, 4,7% degli uomini), pari a circa 3 milioni di persone. La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino al 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Nelle fasce d'età tra 35 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne ed è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 6,0%, seguita dal Centro con il 5,1% e dal Nord con il 4,0%.

Si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70mila alle 83mila morti l'anno, oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età. Su 52 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni, i fumatori sono circa 11,6 milioni (22,3%) di cui 7,1 milioni di uomini (28,4%) e 4,5 milioni di donne (16,6%) (dati Istat).

LIVELLI DEL FINANZIAMENTO DEL SSN E MISURE DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria pubblica sostenuta nell'anno 2011 ammonta a 112,889 miliardi di euro corrispondente ad un valore medio pro-capite pari a 1.862 euro con significative differenze a livello regionale. L'incremento percentuale della spesa nell'ultimo anno è stato pari a 1,4% in aumento rispetto al 2010. Tale incremento ingloba l'effetto dovuto alla contabilizzazione a partire dall'anno 2011 dei costi relativi agli ammortamenti degli investimenti, che non erano inclusi nel livello di spesa degli anni precedenti. Al netto di tale componente di costo, la variazione è pari allo 0,1%.

Il disavanzo è stato nell'anno 2011 pari a 1,779 miliardi di euro e risulta la migliore performance dei risultati di gestione registrati negli ultimi anni grazie all'effetto dell'impianto normativo messo in atto dal legislatore e dall'attuazione regionale dei piani di rientro.

Le risorse destinate al finanziamento del Ssn per l'anno 2011, non considerando i ricavi della gestione straordinaria e quelli per l'intramoenia, che sono stati considerati come saldo nel livello di spesa, ammontano complessivamente a 111,110 miliardi di euro, di cui 110,469 miliardi di euro riferiti alle Regioni e alle Province autonome e 0,641 miliardi di euro riferiti ad altri enti del Ssn finanziati direttamente dallo Stato. Tali valori scontano le entrate proprie effettivamente riscosse dagli enti del Ssn, i trasferimenti da parte delle regioni, del settore pubblico allargato e dei privati.

L'incremento percentuale del finanziamento complessivo del Ssn del 2011 rispetto al 2010, è dell'1,8%, mentre l'anno precedente era del 2,2%, mentre il finanziamento medio pro-capite nazionale è di 1.833 euro, con un'ampia differenziazione a livello regionale.

PIANI DI RIENTRO E MONITORAGGIO DELLO SVILUPPO DEI PIANI

I Piani di rientro dai disavanzi sanitari nascono con legge 311/2004 finanziaria per il 2005.

Le Regioni che hanno sottoscritto l'Accordo negli anni 2007-2008, sono state Abruzzo, Campania,

Liguria, Lazio, Molise, Sardegna e Sicilia; tra queste, le Regioni Liguria e Sardegna hanno concluso il Piano di rientro, l'una (Regione Liguria) a dicembre del 2010, accedendo alla quota premiale per il 2008 e alle risorse relative al Fondo transitorio di accompagnamento per l'anno 2009, l'altra (Regione Sardegna) durante il 2011, essendosi verificati i presupposti per la perdita della possibilità di accesso alle risorse residue. Sono seguite negli anni 2009-2010 le sottoscrizioni degli Accordi per le Regioni Calabria, Piemonte e Puglia. Il Patto per la Salute 2010-2012 (art. 13) e la legge finanziaria 2010

(art. 2 commi 76-91), hanno apportato innovazioni nel quadro normativo pre-

vedente in tema di "Piani di Rientro". In particolare è stato definito il "nuovo livello" dello standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale (passato dal 7%, della previgente normativa, al 5%), al raggiungimento o superamento del quale la regione in disavanzo è tenuta a presentare un piano di rientro.

È stata anche introdotta una "nuova procedura" per l'approvazione e valutazione dei "nuovi piani di rientro" (proposti dalla regione) che dovranno essere sottoposti preventivamente al vaglio della Struttura tecnica di monitoraggio (organismo di supporto della Conferenza Stato-Regioni), della medesima Conferenza Stato Regioni e poi approvati dal Consiglio dei Ministri, divenendo immediatamente efficaci ed esecutivi per la regione. Nell'anno di riferimento (2011) non sono stati approvati "nuovi piani di rientro". Le regioni impegnate nei Piani di Rientro sono:

- quelle che hanno proseguito l'originario Piano di rientro terminato nel 2009, scegliendo di completarne l'attuazione attraverso un Programma Operativo - P.O. (Lazio, Sicilia, Abruzzo, Molise e Campania)
- quelle che stanno ancora attuando il Piano di rientro sottoscritto negli anni 2009 (Calabria) e 2010 (Piemonte e Puglia).

Su 8 regioni in Piano di rientro, ben 5 (Lazio, Calabria, Abruzzo, Molise e Campania) sono state "commissariate" in quanto gli organi istituzionali non hanno raggiunto gli obiettivi prefissati, nei tempi e nelle dimensioni programmate.

Fra le macroaree d'intervento previste nei Piani, quelle su cui le Regioni si sono maggiormente concentrate risultano essere le reti assistenziali, la gestione del personale, l'accreditamento istituzionale, i rapporti con gli erogatori privati, l'assistenza farmaceutica.

In tutte le Regioni, in misura variabile, è stato applicato il blocco totale (in applicazione dell'art. 2, comma 76, l.191/2009) o parziale (come obiettivo di contenimento della spesa del personale, previsto nei rispettivi PdR e Po) del turn over del personale del Ssr. In molti casi, tuttavia, le Regioni hanno dimostrato carenze nella governance di questo settore, con conseguente mancato rispetto anche dei connessi obiettivi economici.

È nell'area dei "rapporti con gli erogatori privati accreditati e dalle connesse procedure di accreditamento istituzionale" che le capacità di governo, dimostrata dalle Regioni monitorate, è risultata assai carente. Le procedure di accreditamento istituzionale, praticamente in tutte le Regioni in PdR non sono state concluse nei termini e secondo le indicazioni prescritte dalla normativa nazionale. La gestione dei rapporti con gli erogatori privati (che in alcuni contesti regionali, come Lazio, Molise e Campania e Sicilia forniscono una quota rilevante del-

l'offerta), si ripercuote sulla capacità dell'Amministrazione di identificare e di rispondere al fabbisogno regionale, sulla corretta distribuzione delle risorse, nonché sulla tempestiva definizione degli accordi contrattuali previsti dal d.lgs. 502/92. In tale contesto si innesta anche un ampio contenzioso, promosso dagli erogatori privati, che rende ancor più complessa e gravosa la gestione del settore.

Dal punto di vista finanziario, negli anni si è registrato un risultato positivo con un rallentamento della dinamica di crescita dei costi e una riduzione dei disavanzi. A certificarlo sono i dati riportati dalla Corte dei Conti nella Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, per gli esercizi 2009-2010, diffusa nell'agosto del 2011. La stessa Corte ha evidenziato che i programmi di riorganizzazione strutturale hanno nel complesso mostrato un trend positivo rispetto all'impatto sull'efficienza e sulla qualità del sistema.

COME CAMBIA L'ASSISTENZA PRIMARIA

Tra i principali modelli adottati dalle Regioni figurano:

- * la Casa della Salute struttura polivalente in grado di erogare, in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie realizzato soprattutto nella Regione Toscana;
- * le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Utap), struttura territoriale ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale, presente soprattutto in Veneto;
- * I Nuclei di Cure Primarie (Ncp), modelli organizzativi di base delle Cure Primarie che operano in aree territoriali omogenee, rappresentati soprattutto in Emilia Romagna.

Un'ampia diffusione invece si sta verificando, in quasi tutte le Regioni per i Modelli H 24, strumenti utili al processo di riorganizzazione della medicina del territorio anche per il contrasto al ricorso improprio alle strutture di emergenza. Anche le forme di aggregazione funzionale territoriale della medicina generale quali le Unità Complesse delle Cure Primarie (Uccp) finalizzate a garantire sia la continuità dell'assistenza che a potenziare percorsi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti (medicina di iniziativa) hanno visto un'ampia diffusione soprattutto nelle regioni del centro-nord. In tale macroarea sono state altresì dedicate risorse all'implementazione di modelli erogativi delle Cure Primarie come il "Chronic-Care-Model". Ampio spazio è stato altresì dato a modelli in grado di garantire la continuità assistenziale h24 anche nell'età pediatrica (Regione Calabria).

Conformemente agli indirizzi concordati con gli Accordi Stato Regioni del 20 aprile 2011 e 27 luglio 2011 in materia di Cure Primarie, sono stati presentati circa 39 progetti con un impegno complessivo di circa 346 milioni di euro.

In particolare dagli atti programmatori inviati dalle singole Regioni risultano attivati e/o in fase di attuazione: 20 Case della Salute ripartite tra Toscana (16), Molise (1), Marche (1), Umbria (2); 220 Nuclei di Cure Primarie (Ncp), dei quali 215 realizzati in Emilia Romagna; 45 Unità Territoriali di Assistenza Primaria (Utap) delle quali 35 nella Regione Veneto.

Inoltre, nell'ambito del processo riqualificazione e miglioramento della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera, cui sono impegnate le Regioni sottoposte ai Piani di Rientro, sono stati individuati alcuni modelli organizzativi finalizzati alla rimodulazione dell'offerta assistenziale dei piccoli ospedali. Tra questi figurano i Centri di Assistenza Primaria (C.A.P.) della Regione Piemonte, i Centri di As-

SPECIALE
RELAZIONE
STATO SANITARIO
DEL PAESE

sistenza Primaria Territoriale (Capt) della Regione Calabria, i presidi Territoriali di Assistenza (Pta) dell'Abruzzo e della Sicilia, nonché i Centri Clinico-assistenziali Distrettuali (CeCAD) della Regione Lazio.

RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI OSPEDALIERE

Il Patto per la salute 2010-2012 ha stabilito lo standard di dotazione dei posti letto ospedalieri pari a 4 per 1000 abitanti comprensivi di 0,7 posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza.

A livello nazionale si registra pertanto nel 2011, rispetto ai dati della Relazione sullo stato sanitario del Paese 2009-2010, una diminuzione della dotazione di posti letto che passano da 211.936 unità (3,5 p.l. per 1000 abitanti) a 202.736 (3,3 p.l. per 1000 abitanti), mentre per la post acuzie si riscontra un leggero incremento (37.252 p.l. nel 2011 rispetto a 37.153 nel 2009) che lascia invariato l'indicatore medio nazionale dei p.l. non acuti, pari a 0,6 per 1000 abitanti.

Per l'assistenza ospedaliera il Ssn si avvale nel 2011 di 1.121 istituti di cura di cui 596 pubblici ed equiparati corrispondenti al 53%, e 525 case di cura private accreditate che rappresentano il 47% del totale degli istituti. Le strutture pubbliche ed equiparate sono passate da un numero di 638 (anno 2009) a 596 (anno 2011), a seguito di accorpamenti, riconversioni o chiusure. La rimodulazione dell'offerta è principalmente concentrata sulle strutture ospedaliere con dotazione fino a 120 posti letto (-31 istituti nel 2011 rispetto al 2009, con una riduzione percentuale del 15% circa). A fronte della riduzione dei posti letto per acuti, si rileva anche una riduzione del relativo tasso di ospedalizzazione, con riferimento ai ricoveri in regime ordinario di residenti, dimessi da strutture pubbliche e private accreditate.

Confrontando i suddetti tassi di ospedalizzazione standardizzati per età e sesso relativi al 2009 e al 2011 si rileva una generale riduzione dell'ospedalizzazione, che a livello nazionale passa da 120 a 108 dimissioni per mille residenti. A livello regionale si rilevano diminuzioni dell'ospedalizzazione anche più accentuate in alcune regioni, come Calabria, Friuli V.G., Puglia e Campania. In particolare il tasso di ospedalizzazione 2011 assume il valore minimo in Friuli V.G. (74 per mille) e a seguire Veneto e Calabria, dove assume valori inferiori a 100 (rispettivamente 92 e 94 per mille).

RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA

Con il decreto 18 marzo 2011 al fine di assegnare risorse nel triennio pari a 8 mln di euro, sono state date indicazioni alle regioni per la realizzazione di programmi finalizzati alla diffusione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici esterni (Dae), con i criteri per l'individuazione dei luoghi, degli eventi, delle strutture e dei mezzi di trasporto dove garantirne la disponibilità, nonché le modalità della formazione degli operatori addetti. In attuazione a tale decreto tutte le regioni hanno inviato programmi unici regionali, approvati dal Comitato Lea e le risorse previste dal Dm per il primo anno di attività (4 mln) sono state erogate a fine 2011, i Dae al momento da acquisire sono circa 2.650. È stata portata avanti una ricognizione a livello nazionale sull'Obi, propedeutica all'elaborazione di specifiche linee guida. La ricognizione evidenzia come tutte le Regioni/Province Autonome esprimono quantomeno la necessità di dotare i Ps di aree di Obi, sep-

pur il grado di attivazione sia piuttosto disomogeneo. Sulla base del Dm 17 dicembre 2008 di istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni in emergenza-urgenza (Sistema Emur), sono stati elaborati i primi dati regionali e dal 1 gennaio 2012 il conferimento dei dati al Nsis è ricompreso fra gli adempimenti regionali per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato. Le Regioni sottoposte a Piani di Rientro hanno previsto, e in molti casi già avviato, azioni mirate a migliorare le prestazioni dal sistema di emergenza urgenza. Notevole è l'attenzione che tutte hanno riservato all'attivazione e/o rafforzamento dei Punti di Primo Intervento, che divengono elemento di "filtro" rilevante, anche ai fini di una risposta alternativa ai PS caratterizzati da iperafflusso. L'attivazione dei Ppi è tutt'ora in corso in molte regioni, in altre è presente in forma di sperimentazione. Dai dati Sis disponibili per l'anno 2010 risultano presenti sul territorio nazionale, 550 servizi di P.S., di cui 513 presso strutture di ricovero pubbliche e 37 presso Case di cura private accreditate; 100 servizi di P.S. pediatrico, di cui 98 presso strutture di ricovero pubbliche e 2 presso Case di cura private accreditate; I Dea attivati sono complessivamente 350, di cui 330 collocati presso strutture di ricovero pubbliche e 20 presso Case di cura private accreditate. Sono stati rilevati, inoltre, 380 centri di rianimazione in strutture pubbliche e 50 in Case di cura private accreditate. Per la rilevazione ed il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza da parte sia del Sistema 118 sia dei presidi ospedalieri con riferimento alle attività di Pronto Soccorso, è stato istituito, con decreto del Ministro della salute del 17 dicembre 2008, il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate in emergenza-urgenza (Sistema Emur). Secondo quanto rilevato dal Sistema Emur, nel mese di marzo 2012, le Regioni/Province autonome che hanno inviato i dati di Pronto Soccorso per l'anno 2011, sono complessivamente 15 su 21. A livello nazionale, le strutture che hanno inviato dati al sistema Emur corrispondono a circa il 61% delle strutture di ricovero dotate di Ps/Dea.

INQUINAMENTO AMBIENTALE E SALUTE

Il Progetto Sentieri (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento), finanziato dal Ministero della Salute nel quadro della ricerca finalizzata 2006, coordinato dall'Iss si è concluso nel 2011, e ha analizzato la mortalità delle popolazioni residenti in prossimità di aree dove sono ubicati grandi centri industriali attivi o dismessi, o di aree oggetto di smaltimento di rifiuti industriali e/o pericolosi. Tali aree presentano un quadro di contaminazione ambientale e di possibile rischio sanitario che ne ha determinato l'inserimento nell'ambito dei "siti di interesse nazionale per le bonifiche" (Sin). Lo studio ha preso in considerazione 44 dei 57 Sin compresi al 2010 nel "Programma nazionale di bonifica", che coincidono con i maggiori agglomerati industriali nazionali; per ciascuno di essi si è proceduto a una raccolta di dati di caratterizzazione e successivamente a una loro sintesi. La mortalità per 63 cause singole o gruppi di cause è stata studiata per ogni sito, nel periodo 1995-2002 ed i risultati sono stati pubblicati nel 2011. Nell'insieme dei Sin la mortalità per le cause di mor-

te, con evidenza a priori "sufficiente" o "limitata" con le esposizioni ambientali presenti, supera l'atteso con 2.439 decessi in eccesso per gli uomini e 1.069 decessi in eccesso per le donne. Anche nell'analisi di tutte le cause di morte si osserva tale sovrarmortalità: il totale dei decessi, per uomini e donne, è di 403.692, in eccesso, rispetto all'atteso, di 9.969 casi, con una media di oltre 1200 casi annui. La quasi totalità dei decessi in eccesso si osserva nei Sin del Centro-Sud. La distribuzione delle cause di morte mostra che l'innalzamento della mortalità rispetto all'atteso nei residenti dei 44 Sin non è uniforme per le diverse cause: la mortalità per tumori è il 30% di tutti i decessi ma è il 43.2% dei decessi in eccesso (4.309 decessi per tumore su 9.969 decessi totali). I risultati indicano, coerentemente con studi precedenti, che lo stato di salute della popolazione residente in prossimità dei Sin, per quanto sinora misurato attraverso l'analisi della mortalità, è meno favorevole di quello della popolazione di riferimento regionale e forniscono un'ulteriore indicazione della necessità di promuovere e realizzare efficaci azioni di bonifica dei Sin e comunque di minimizzare le sorgenti di contaminazione, o, nel caso dei siti industriali in attività, di ridurre significativamente le emissioni industriali, al fine di limitare quanto più possibile le ricadute sulla salute dell'esposizione ad inquinanti ambientali.

L'ASSISTENZA ALLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

Si registra un progressivo incremento del numero di anziani trattati in Adi, tale da rendere conseguibile nelle Regioni del Mezzogiorno, entro il 2013, il target del 3,5% di anziani trattati in Adi rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) previsto dal Quadro Strategico Nazionale 2007-2013. Nel 2011 Ministero e Regioni hanno assunto varie iniziative per migliorare la qualità dell'assistenza e l'individuazione di percorsi assistenziali condivisi e tendenzialmente omogenei a livello nazionale a favore delle persone in Stato Vegetativo o in Stato di Minima Coscienza, e a favore delle persone affette da gravi malattie neuromuscolari degenerative quali la sclerosi laterale amiotrofica. Relativamente alle persone affette da Sla, la letteratura indica una prevalenza di 6-8 casi su 100mila, in base alla quale in Italia il numero dei soggetti affetti può essere stimato tra 3.600 e 4.800. Per questa categoria di malati, come per tutte le persone affette da malattie neuromuscolari gravi e progressive, l'impegno delle istituzioni si è reso manifesto attraverso una serie di iniziative; tra queste, l'Accordo tra il Governo e le Regioni, del 25 maggio 2011, sulla "Presenza in carico globale delle persone con malattie neuromuscolari o malattie analoghe dal punto di vista assistenziale". Per quanto riguarda, invece, il potenziamento degli interventi di assistenza sociale a favore dei malati di Sla, di competenza degli Enti locali, la legge 10/2011, ha previsto la destinazione di un finanziamento, fino a 100 milioni di euro, a valere sulle risorse complessive destinate alla liquidazione del 5 per mille nell'anno 2011, per la ricerca e l'assistenza domiciliare a favore dei malati di Sla. Tale finanziamento, che alimenta il Fondo nazionale per la non-autosufficienza, verrà ripartito tra le Regioni dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali e assegnato sulla base di specifiche progettualità di cui sarà possibile monitorare la realizzazione. Con l'Accordo Stato Regioni del 20 aprile 2011 sull'utilizzo delle risorse vincolate, per la non autosufficienza è stata destinata una somma pari a 240 milioni di euro.

SPECIALE
RELAZIONE
STATO SANITARIO
DEL PAESE



Gentilissimo Dottore,

con la presente, alla luce della scadenza della Sua precedente polizza, siamo a sottoporLe la soluzione intermediata dalla Morganti Insurance Brokers Srl in esclusiva per gli Associati ANAAO per la copertura della Sua RC Professionale – Colpa grave.

Di seguito un breve sunto delle principali condizioni economico / normative e le modalità di adesione.

CONDIZIONI

- La Copertura Assicurativa tiene indenne l'Assicurato per azioni di rivalsa esperite dalla Pubblica Amministrazione in genere nei suoi confronti, a seguito di errori od omissioni compiuti con "Colpa Grave" nell'ambito di **tutte le mansioni svolte alle dipendenze della Struttura Sanitaria**, ivi compresa l'**attività professionale intramoenia** e i danni derivanti da **interventi di primo soccorso per motivi deontologici**;
- Possibilità di adesione da parte di tutti gli Associati ANAAO ASSOMED dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (Dirigenti Medici, Dirigenti sanitari non medici, Medici in formazione specialistica, ecc.);
- Contraenza diretta da parte del singolo Associato;
- Copertura sul singolo, che dunque si vede garantito anche in caso di passaggio da un Ente all'altro;
- Retroattività fino a dieci anni precedenti alla data di decorrenza della polizza;
- Massimale di € 5.000.000,00 per persona, per sinistro e/o sinistri in serie e per anno assicurativo – con possibilità di scelta di un massimale alternativo, pari ad € 3.000.000,00.-;
- La polizza non prevede alcuna franchigia
- La polizza prevede una postuma di due anni, con possibilità di estenderla sino a sette, qualora l'Assicurato dovesse cessare per sua libera volontà l'attività professionale;

PREMIO DI POLIZZA PER I DIRIGENTI MEDICI

Massimale di € 5.000.000,00.-

PREMIO LORDO ANNUO: € 444,00.-

Massimale di € 3.000.000,00.-

PREMIO LORDO ANNUO: € 394,00.-



PER ADERIRE

- Direttamente on line tramite l'apposita Sezione del sito ANAAO (www.anaao.it);
- In alternativa, contattando il Broker Morganti Insurance Brokers Srl (0341-286446 / ssnivalsa@morgantibrokers.it) per supporto all'adesione o per chiarimenti sulle condizioni;

N.B.= in aggiunta, è possibile stipulare una polizza di RC Patrimoniale, a tutela dei danni pecuniari che l'Associato possa causare nell'esercizio della Sua attività con le seguenti caratteristiche:

- Retroattività: 5 anni ;
- Garanzia postuma: 5 anni;
- Massimale per corresponsabilità: € 7.000.000,00.-;
- Massimale: a scelta, da € 500.000,00.- ad € 5.000.000,00.- con varie opzioni intermedie;
- Premio Lordo Annuo: a partire da € 110,00.-;
- Possibilità di acquistare la retroattività illimitata;

Invitiamo gli interessati a contattare direttamente Broker Morganti Insurance Brokers Srl (0341-286446) che provvederà a fornirVi la preventivazione in base alle Vs. esigenze.

La presente scheda ha valore indicativo e non sostituisce in alcun modo le condizioni contrattuali indicate nell'originale di polizza, che possono essere scaricate collegandosi al sito www.anaao.it

Convenzione Tutela Legale



Gentilissimo Dottore,

con la presente siamo a sottoporLe la soluzione intermediata dalla Morganti Insurance Brokers Srl in esclusiva per gli Associati ANAAO per la copertura di Tutela Legale.
Di seguito un breve sunto delle principali condizioni economico / normative e le modalità di adesione.

IN CHE MODO INTERVIENE LA COPERTURA ASSICURATIVA

- La copertura interviene ad integrazione del patrocinio legale previsto dal CCNL o a primo rischio in caso di scelta dell'Avvocato da parte dell'Assicurato;

PECULIARITA' DELLA COPERTURA

- Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzionali;
- Retroattività 24 mesi per la Difesa Penale;
- Garanzia Postuma 12 mesi;
- Difesa Penale per imputazioni dolose, salvo l'obbligo di rifondere a ROLAND quanto da essa anticipato in caso di sentenza di condanna passata in giudicato;
- Patteggiamento ex art 444 ss. c.p.p.;
- Conciliazione e Mediazione;
- Decreto di archiviazione;
- Difesa da richieste di risarcimento ai sensi dell'art. 1917 del c.c. (ad integrazione della polizza di RC)
- Vertenze individuali inerenti il proprio contratto di lavoro, sia esso privato che pubblico a primo rischio;
- Chiamata in causa della compagnia di RC;
- Difesa Penale nell'ambito della circolazione stradale;
- Opposizioni avverso sanzioni amministrative ex. d.lgs 81/2008 (codice sicurezza); d.lgs.196/03 (codice privacy),d.lgs. 152/06 (codice ambiente);
- Avvocato di libera scelta senza alcuna limitazione territoriale;
- Consulente di parte di libera scelta senza alcuna limitazione territoriale;
- Vertenze di lavoro – estensione TAR / Giudice Ordinario per incarichi e concorsi;

Convenzione Tutela Legale



Gentilissimo Dottore,

con la presente siamo a sottoporLe la soluzione intermediata dalla Morganti Insurance Brokers Srl in esclusiva per gli Associati ANAAO per la copertura di Tutela Legale.
Di seguito un breve sunto delle principali condizioni economico / normative e le modalità di adesione.

IN CHE MODO INTERVIENE LA COPERTURA ASSICURATIVA

- La copertura interviene ad integrazione del patrocinio legale previsto dal CCNL o a primo rischio in caso di scelta dell'Avvocato da parte dell'Assicurato;

PECULIARITA' DELLA COPERTURA

- Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzionali;
- Retroattività 24 mesi per la Difesa Penale;
- Garanzia Postuma 12 mesi;
- Difesa Penale per imputazioni dolose, salvo l'obbligo di rifondere a ROLAND quanto da essa anticipato in caso di sentenza di condanna passata in giudicato;
- Patteggiamento ex art 444 ss. c.p.p.;
- Conciliazione e Mediazione;
- Decreto di archiviazione;
- Difesa da richieste di risarcimento ai sensi dell'art. 1917 del c.c. (ad integrazione della polizza di RC)
- Vertenze individuali inerenti il proprio contratto di lavoro, sia esso privato che pubblico a primo rischio;
- Chiamata in causa della compagnia di RC;
- Difesa Penale nell'ambito della circolazione stradale;
- Opposizioni avverso sanzioni amministrative ex. d.lgs 81/2008 (codice sicurezza); d.lgs.196/03 (codice privacy),d.lgs. 152/06 (codice ambiente);
- Avvocato di libera scelta senza alcuna limitazione territoriale;
- Consulente di parte di libera scelta senza alcuna limitazione territoriale;
- Vertenze di lavoro – estensione TAR / Giudice Ordinario per incarichi e concorsi;

MOBILITÀ SANITARIA

Luciano Fassari

A tanto ammonta il costo della mobilità che coinvolge ogni anno più di 860 mila cittadini che "emigrano" in altre Regioni per farsi curare. In media 7,4 ricoveri su 100 sono di pazienti non residenti. Il conto lo paga per più del 40% il Sud a vantaggio delle "casce" del Nord

GIRO D'AFFARI DA 3,8 MLD L'ANNO. 2006/2010 COINVOLTI 4,5 MLN DI ITALIANI

Il fenomeno della mobilità sanitaria ha coinvolto tra il 2006 e il 2010, secondo una elaborazione realizzata da Quotidiano Sanità sui dati Sdo del Ministero della Salute, quasi 4,5 mln italiani che in media risultano essere 860 mila all'anno. Un giro d'affari che nel 2011 si è aggirato intorno ai 3,8 miliardi di euro e che vede nella maggior parte dei casi i pazienti del Sud migrare verso le strutture del Centro-Nord. Ecco una fotografia sia dal punto di vista economico che da quello dei ricoveri ordinari e per day hospital.

Nel 2011 vale 3,8 miliardi di euro. Lombardia ed Emilia Romagna le Regioni che ci guadagnano di più

Ammonta a 3,8 miliardi di euro il valore complessivo della mobilità sanitaria. Ma se il saldo totale è zero, da Regione a Regione e soprattutto dal Sud e Nord le cose cambiano. E non poco. I dati economici sulla mobilità sanitaria (vedi tabella completa) elaborata dalle Regioni evidenziano come il fenomeno riguardi soprattutto i pazienti delle Regioni meridionali e quelle in Piano di rientro che 'migrano' verso nord. Nello specifico a presentare dei saldi passivi sono 12 regioni su 21, (da notare come dalle Marche in giù, a parte il Molise tutte le regioni hanno saldi in passivo). Nello specifico dovendo fare un'analisi dei saldi della mobilità (la differenza tra crediti e debiti) per Regione emerge che il passivo più alto è quello registrato dalla Campania, con 311 milioni da versare ad altre Regioni. A seguire troviamo la Calabria (-238,9 mln), la Sicilia (-197,5), la Puglia (-177,2 mln) e il Lazio (-139,6 mln). Ma chi è invece che guadagna di più dal fenomeno? In testa c'è la Lombardia che dovrà ricevere dalle altre Regioni un ammontare di 492,4 mln di euro. Bene va anche all'Emilia Romagna che segue a + 342,4 mln. Saldo positivo anche per la Toscana (+121,6 mln) e il Veneto (+87 mln).

Quasi 860mila persone all'anno si spostano dal proprio territorio di residenza per farsi curare

Il fenomeno della mobilità sanitaria ha coinvolto tra il 2006 e il 2010 quasi 4,5 mln italiani che in media risultano essere 860 mila all'anno. Nonostante dall'analisi del dato grezzo risulti una diminuzione dell'8,8% delle persone curate fuori dal proprio territorio (dalle 901.715 unità del 2006 si è passati alle 821.804 del 2010, vedi Tab. 1), la mobilità non è calata. Questo è dovuto al fatto che nei 5 anni presi in esame è sceso anche il numero dei ricoveri totali di circa il 12% (dai 12,6 mln del 2006 si è giunti agli 11,1 mln del 2010, vedi Tab. 2). Infatti, se si esamina la percentuale della mobilità sanitaria rapportata al totale dei ricoveri si scopre come il dato della mobilità sia addirittura cresciuto, dal 7,1% del 2006 ci si è attestati al 7,4% nel 2010 (vedi Tab. 3). Insomma, la mobilità in assoluto cala, ma se si considera che scende anche il numero dei ricoveri si scopre che la percentuale di persone che vengono ricoverate fuori dalla propria regione in realtà non scende per niente, anzi sale. I dati, elaborati sui rapporti Sdo tra gli anni 2006 e 2010 evidenziano anche le tipologie generali per cui si sceglie di farsi curare fuori dalla proprio territorio di appartenenza. In primis, troviamo i ricoveri per acuti in regime ordinario che nel 2010 hanno rappresentato il 65,1% del totale, poi vi sono i ricoveri per acuti in day hospital che si attestano al 26,8% e che seguono al 5,3% i ricoveri per riabilitazione in regime ordinario.

Mobilità sanitaria interregionale anno 2011			
Regioni	Crediti	Debiti	Saldi
Piemonte	233.457.364	234.452.664	-995.300
Valle d'Aosta	10.120.504	23.272.900	-13.152.396
Lombardia	818.405.933	325.961.854	492.444.079
P.A. Bolzano	31.306.047	23.910.024	7.396.023
P.A. Trento	45.308.682	60.757.488	-15.448.806
Veneto	307.632.116	220.630.883	87.001.234
Friuli V. Giulia	96.871.052	69.264.221	27.606.831
Liguria	147.528.043	189.030.682	-41.502.639
Emilia Romagna	563.277.290	220.789.762	342.487.528
Toscana	291.650.436	169.974.227	121.676.209
Umbria	96.174.782	87.739.790	8.434.991
Marche	104.603.303	137.498.581	-32.895.278
Lazio	308.313.819	447.971.888	-139.658.069
Abruzzo	102.497.970	170.472.268	-67.974.298
Molise	83.621.783	53.654.889	29.966.894
Campania	87.178.007	398.718.735	-311.540.728
Puglia	108.048.668	285.276.490	-177.227.822
Basilicata	66.234.205	93.771.230	-27.537.025
Calabria	28.382.542	267.359.808	-238.977.266
Sicilia	64.891.995	262.451.450	-197.559.455
Sardegna	18.050.313	84.001.905	-65.951.592
Bambino Gesù	176.755.577	159.662	176.595.915
Acismom	36.810.970	-	36.810.970
Totale	3.827.121.404	3.827.121.404	0

Fonte: Regioni

Mobilità attiva per ricoveri ordinari. Il Centro-Nord attrae di più. In testa Lombardia ed Emilia Romagna

Ma dove vanno gli 860 mila italiani che ogni anno scelgono di andare a curarsi fuori dalla loro regione? Circa due italiani su tre decidono di recarsi al centro nord. Se si considerano il numero di dimissioni per acuti in regime ordinario nel 2010 al primo posto troviamo la Lombardia con 105.286 dimissioni di pazienti non residenti (vedi Tab. 4), ben il 19,7% del totale nazionale per questa tipologia di ricovero. Sul secondo gradino del podio si attesta l'Emilia Romagna a quota 79.081 (il 14,7% del totale), al terzo posto il Lazio con 56.942 dimissioni, seguito da Toscana e Veneto. Da notare che solo in Lombardia ed Emilia Romagna si effettuano il 34,4% delle dimissioni totali. Girando l'obiettivo se si analizza il fondo della graduatoria si trova la Valle d'Aosta con 1.579 dimissioni di pazienti non residenti, seguita dalla Sardegna con 3.895 dimissioni, dalle Pa di Trento e Bolzano e dalla Calabria.

Fin qui il dato grezzo sul numero di dimissioni, ma non cambia molto se si analizzano le dimissioni dei pazienti non residenti in rapporto ai ricoveri totali. Le percentuali che emergono infatti segnalano come siano sempre le Regioni del Centro-Nord ad essere più attraenti, anche se con qualche sorpresa. Ecco la prima. In testa alla classifica, sempre dati 2010, troviamo il Molise (26,7%) e la Basilicata con il 15,1%, cui seguono però Umbria, Emilia Romagna, Toscana, Liguria e Marche. La Lombardia si schiera a metà classifica con l'8,5% ma è la Regione che effettua in assoluto più ricoveri (105.286) di pazienti non residenti. In fondo alla classifica della mobilità attiva troviamo invece cinque regioni meridionali. La Sicilia risulta la regione con il valore più basso (1,8%), segue la Sardegna con l'1,9%, la Campania (2,4%), la Calabria (2,9%) e la Puglia (3,9%).

Volendo ulteriormente approfondire l'analisi raffrontando i dati tra il 2006 e il 2010 si scopre anche che alcune regioni centro-settentrionali come Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Marche hanno aumentato le loro percentuali di mobilità attiva mentre altre come l'Abruzzo, il Lazio e la Calabria hanno diminuito il numero di ricoveri di cittadini non residenti.

Mobilità passiva per ricoveri ordinari. In Basilicata un paziente su 4 si fa ricoverare fuori dalla Regione

Abbiamo visto dove vanno gli italiani che decidono di farsi curare fuori dal proprio territorio di residenza, ma da dove provengono? Secondo i dati, due pazienti su tre sono residenti al centro sud. Oltre al numero assoluto, però, in questo quadro è preferibile utilizzare come cifre le percentuali che emergono dal rapporto tra pazienti curati fuori regione e residenti ricoverati per acuto in regime ordinario. In testa alla graduatoria del 2010 (vedi Tab. 5) c'è la Basilicata che ha una percentuale di pazienti ricoverati fuori regione sul totale dei residenti ricoverati pari al 23,1. Segue la Valle d'Aosta con il 22% e il Molise con il 19,3%. Numeri elevati anche per la Calabria (17%) e l'Abruzzo (16,6%). Subiscono meno il fenomeno della mobilità passiva la Lombardia (3,7%), la Pa di Bolzano col 4,6%, la Sardegna (5,1%) e l'Emilia Romagna con il 5,7%. Volendo fare una comparazione tra il 2006 e il 2010 si nota come in Regioni come la Liguria e la Calabria, ma soprattutto in Abruzzo vi sia stato un peggioramento delle performance, con le percentuali di mobilità passiva in crescita.

Mobilità attiva per day hospital. Piace di più il Centro Nord

Oltre ai ricoveri ordinari per acuti, che occupano il 65,1% del totale della mobilità sanitaria, vi è un'altra tipologia di attività, quella per acuti in day hospital (vedi Tab. 6) che prende una fetta importante della mobilità totale, bel il 26,8%. In questo caso si tratta di una mobilità sanitaria che si esplica spesso verso regioni limitrofe ma che con un ammontare complessivo al 2010 di 220.143 ricoveri segnala come il fenomeno sia ampio e nonostante un calo del numero assoluto rispetto al

2006 (dove erano state 244.394 le prestazioni in day hospital effettuate sui non residenti), la percentuale dei pazienti curati fuori regione sui residenti ricoverati è passata in media dal 6,4% del 2006 al 7,4% del 2010. In ogni caso il fenomeno vede sempre le regioni del centro nord essere più attraenti, il 61,1% delle dimissioni di pazienti non residenti si verifica nelle regioni centro settentrionali.

In cima alla classifica per numero di dimissioni nel 2010 troviamo il Lazio a quota 38.007, seguito dalla Lombardia (27.462), dall'Emilia Romagna con 25.132 e dalla Toscana con 21.041. In fondo alla graduatoria invece si posiziona la Valle D'Aosta con 333 dimissioni per attività di day hospital, la Sardegna con 624, seguita dalle Pa di Trento e Bolzano e dalla Calabria.

Confrontando i numeri del 2010 con quelli del 2006 si scopre come alcuni enti locali abbiano accresciuto la loro mobilità attiva. In primis il Friuli Venezia Giulia, seguito da Liguria, Toscana e Marche. Mobilità attiva in calo invece nelle Pa di Trento e Bolzano e in Umbria.

MOBILITÀ SANITARIA

Tab. 1

Mobilità sanitaria anni 2006-2010 (n° dimessi fuori Regione)					
	2006	2007	2008	2009	2010
Ricovero acuti ordinario	585.986	575.678	560.063	543.358	535.076
Ricovero acuti day hospital	244.934	236.422	241.800	226.868	220.143
Riabilitazione ordinario	48.163	47.042	44.202	43.719	43.645
Riabilitazione day hospital	6.315	6.008	5.345	5.630	5.514
Lungodegenza ordinario	4.664	4.707	5.102	5.007	5.174
Neonati sani ordinario	11.653	11.619	12.480	12.189	12.252
Totale	901.715	881.476	868.992	836.771	821.804

Nota: Tra il 2006 e il 2010 il numero dei dimessi fuori regione è calato dell'8,8%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità sui dati rapporto SDO del Ministero della Salute anno 2006, 2007, 2008, 2009, 2010

Tab. 2

Ricoveri dal 2006 al 2010					
	2006	2007	2008	2009	2010
Ricovero acuti ordinario	7.976.979	7.729.641	7.580.029	7.452.531	7.253.916
Ricovero acuti day hospital	3.806.720	3.541.485	3.453.799	3.155.878	2.994.569
Riabilitazione ordinario	271.684	292.571	290.007	294.245	297.525
Riabilitazione day hospital	70.677	66.464	62.907	61.767	60.072
Lungodegenza ordinario	101.458	103.901	107.449	108.103	109.477
Neonati sani ordinario	405.795	409.116	417.888	413.928	404.132
Totale	12.633.313	12.143.178	11.912.079	11.486.452	11.119.691

Nota: Tra il 2006 e il 2010 i ricoveri si sono ridotti del 12%

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità sui dati rapporto SDO del Ministero della Salute anno 2006, 2007, 2008, 2009, 2010

Tab. 3

% Mobilità sanitaria sul totale dei ricoveri anni 2006-2010					
	2006	2007	2008	2009	2010
Ricovero acuti ordinario	7,3	7,4	7,4	7,3	7,4
Ricovero acuti day hospital	6,4	6,7	7,0	7,2	7,4
Riabilitazione ordinario	17,7	16,1	15,2	14,9	14,7
Riabilitazione day hospital	8,9	9,0	8,5	9,1	9,2
Lungodegenza ordinario	4,6	4,5	4,7	4,6	4,7
Neonati sani ordinario	2,9	2,8	3,0	2,9	3,0
Totale	7,1	7,2	7,3	7,3	7,4

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità sui dati rapporto SDO del Ministero della Salute anno 2006, 2007, 2008, 2009, 2010

MOBILITÀ SANITARIA

Mobilità passiva per day hospital. Al Sud si emigra di più

Se si prende ad esame la mobilità passiva per l'attività di Day Hospital al 2010 (vedi Tab. 7) si scopre come siano maggiormente concentrati al centro sud i pazienti che si muovono per farsi curare. In testa alla classifica del rapporto tra dimessi non residenti sui ricoveri totali troviamo il Molise con il 19,9% seguito dall'Abruzzo col 18,1%. Al terzo posto la Basilicata con il 17,9% cui succede la Calabria con il 17,5%. Scarsa mobilità passiva si trova invece in Sicilia (3,7%) e Sardegna (4,7%) forse anche a causa delle difficoltà di mobilità essendo le regioni due isole. Poca mobilità anche nella Pa di Bolzano, in Lombardia e nel Lazio. Confrontando i numeri con quelli del 2006 si scopre come il fenomeno sia cresciuto soprattutto in Abruzzo (dall'11,7% del 2006 al 18,1% del 2010), ma anche in Umbria dove la mobilità passiva è passata dal 12,5% del 2006 al 17,4% del 2010 e in Calabria. Nella maggioranza delle regioni, però, si è assistito ad una frenata del fenomeno, so-

prattutto in Valle d'Aosta, Pa di Trento, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna e Puglia.

I casi speciali. Basilicata e Molise: alta mobilità sia passiva che attiva. Abruzzo perde posizioni

Da una lettura più approfondita dei numeri si scopre poi come vi siano alcune realtà regionali dove il fenomeno della mobilità sanitaria, sia attiva che passiva è molto elevato. Stiamo parlando della Basilicata e del Molise, regioni in cui le percentuali sono molto elevate. Insomma, le due regioni attraggono sì molti pazienti ma ne vedono anche scappare parecchi. Altro caso, riguarda l'Abruzzo che tra il 2006 e il 2010 ha peggiorato sia l'indice della mobilità attiva sia quello della mobilità passiva diventando al contempo una regione meno attrattiva e in cui i pazienti preferiscono sempre di più andare a curarsi fuori dal proprio territorio.

Tab. 4				
Mobilità attiva su ricoveri acuti in regime ordinario (dimissioni pazienti non residenti e % con i ricoveri totali) anni 2006 e 2010				
	Anno 2006		Anno 2010	
Regioni	Mob. attiva	%	Mob. attiva	%
Piemonte	28.566	6,2	27.704	5,7
Valle d'Aosta	1.471	10,7	1.579	11,1
Lombardia	116.707	8,2	105.286	8,5
P.A. Bolzano	5.262	7,5	4.470	6,9
P.A. Trento	4.931	9,4	4.771	9,1
Veneto	46.276	8,2	41.100	7,9
Friuli V.G.	12.632	8,3	12.266	8,5
Liguria	23.214	10,9	20.066	10,5
Emilia Romagna	77.940	13,3	79.081	13,6
Toscana	42.761	10,0	47.637	10,5
Umbria	15.450	13,9	16.814	13,9
Marche	17.860	8,9	19.804	10,3
Lazio	69.345	8,8	56.942	8,4
Abruzzo	34.012	13,7	16.420	10,4
Molise	15.020	25,4	13.233	26,7
Campania	18.399	2,3	16.155	2,4
Puglia	22.686	3,6	22.445	3,9
Basilicata	8.664	12,7	9.170	15,1
Calabria	9.004	3,3	6.122	2,9
Sicilia	11.647	1,7	10.116	1,8
Sardegna	4.139	1,8	3.895	1,9

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità sui dati rapporto SDO del Ministero della Salute anni 2006 e 2010

Tab. 5				
Mobilità passiva su ricoveri acuti in regime ordinario anni 2006-2010 (pazienti curati fuori regione e % su residenti ricoverati)				
	Anno 2006		Anno 2010	
Regioni	Mob. passiva	%	Mob. passiva	%
Piemonte	39800	8,3	32800	6,7
Valle d'Aosta	3459	22	3549	22
Lombardia	49009	3,9	43887	3,7
P.A. Bolzano	3148	4,6	2908	4,6
P.A. Trento	10244	17,8	8876	15,7
Veneto	29810	5,4	29738	5,8
Friuli V.G.	9491	6,4	8777	6,2
Liguria	23772	11,2	25382	12,9
Emilia Romagna	34475	6,3	30190	5,7
Toscana	25030	6,1	25407	5,9
Umbria	12692	11,7	12886	11
Marche	22639	11,1	20790	10,7
Lazio	52208	6,8	45844	6,8
Abruzzo	25516	10,7	28016	16,6
Molise	11238	20,3	8683	19,3
Campania	64609	7,6	58657	8,1
Puglia	49620	7,6	41446	6,9
Basilicata	18220	23,4	15536	23,1
Calabria	45371	14,7	41726	17
Sicilia	44731	6,1	39244	6,5
Sardegna	11696	4,8	10734	5,1

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità sui dati rapporto SDO del Ministero della Salute anni 2006 e 2010

Tab. 6				
Day Hospital. Mobilità attiva anni 2006-2010 (pazienti curati fuori regione e % su residenti ricoverati)				
	Anno 2006		Anno 2010	
Regioni	Mob. attiva	%	Mob. attiva	%
Piemonte	12991	4,7	8.085	4,2
Valle d'Aosta	338	5,8	333	5,8
Lombardia	42716	7,3	27.462	8,2
P.A. Bolzano	2268	9,2	1.959	8,0
P.A. Trento	1824	7,4	1.917	6,6
Veneto	20862	8,4	17.507	8,9
Friuli V.G.	6666	14,3	8.256	16,1
Liguria	15420	10,2	16.599	11,9
Emilia Romagna	23538	12,1	25.132	12,8
Toscana	24038	11,9	21.041	13,7
Umbria	9640	17,6	6.238	16,8
Marche	6857	9,5	6.974	11,4
Lazio	35232	8,1	38.007	10,8
Abruzzo	8928	10,1	8.891	13,6
Molise	4767	22,9	5.193	24,3
Campania	7312	1,8	7.282	2,0
Puglia	3861	2,1	5.591	2,4
Basilicata	5522	13,5	5.750	15,5
Calabria	2387	2,1	1.978	2,3
Sicilia	8554	1,6	5.324	1,6
Sardegna	673	0,8	624	0,8
Totale	244394	6,4	220.143	7,4

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità sui dati rapporto SDO del Ministero della Salute anni 2006 e 2010

Tab. 7				
Day Hospital. Mobilità passiva tra l'anno 2006 e il 2010 (dimissioni pazienti non residenti e % con i ricoveri totali)				
	Anno 2006		Anno 2010	
Regioni	Mob. passiva	%	Mob. passiva	%
Piemonte	18.030	6,5	13.271	6,7
Valle d'Aosta	1.555	21,9	989	15,5
Lombardia	19.831	3,5	16.334	5,0
P.A. Bolzano	1.198	5,1	1.022	4,4
P.A. Trento	4.640	16,9	4.217	13,5
Veneto	14.216	5,9	14.869	7,7
Friuli V.G.	5.687	12,4	4.239	9,0
Liguria	12.529	8,4	9.705	7,3
Emilia Romagna	15.682	8,4	12.525	6,8
Toscana	11.830	6,2	11.807	8,2
Umbria	6.475	12,5	6.475	17,4
Marche	8.647	11,7	7.382	12,0
Lazio	19.809	4,7	18.677	5,6
Abruzzo	10.515	11,7	12.472	18,1
Molise	4.528	22,1	4.015	19,9
Campania	24.953	5,8	24.308	6,3
Puglia	18.049	9,0	17.197	7,1
Basilicata	6.955	16,5	6.853	17,9
Calabria	20.486	15,3	17.596	17,5
Sicilia	14.699	2,7	12.178	3,7
Sardegna	4.080	4,5	4.012	4,7
Totale	244.394		220.143	7,4

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità sui dati rapporto SDO del Ministero della Salute anni 2006 e 2010

Le riflessioni di due medici in formazione specialistica

Perché ai giovani medici NESSUN FUTURO NEL SSN?

Ormai è in atto da mesi un processo di smantellamento del Ssn e il mezzo con cui tale operazione è condotta è decisamente deplorabile, visto che viene utilizzato il vecchio "giochetto" dei decreti legge, poi rapidamente convertiti in Legge e soprattutto mostrati alle parti sociali solo a pezzi, così da rendere vano qualsiasi tentativo di discussione. È indubbio che questa velocità di cambiamento positiva se concertata, rende qualsiasi nuova riflessione come vecchia. Ma i giovani medici non sono vecchi e il loro futuro è talmente precario che gli articoli qui di sotto riportati sono e saranno sempre attuali. E con questo breve preambolo che introduco Sandro Zorzi e Aristide Gravina.

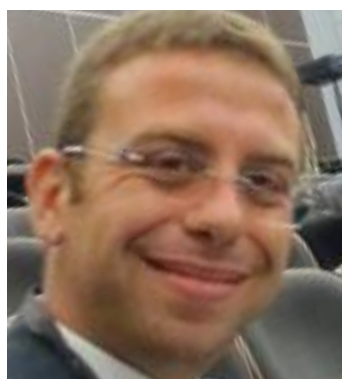
➔ Domenico Montemurro

Circa un mese fa andava in scena il funerale della Sanità pubblica. Migliaia di camici bianchi hanno sfilato con striscioni e bandiere per difendere il diritto dei pazienti ad essere curati e il loro diritto a curare secondo il principio istitutivo del Ssn: l'equità di accesso alle cure. Invece, in alcuni punti della riforma Balduzzi, approvata senza sconti, si intravede un ulteriore aggravamento processo già in atto da alcuni anni: lo smantellamento del Ssn e la regressione verso due servizi sanitari. Un servizio pubblico e sotto-finanziato per i poveri e una sanità privata per i più ricchi. Questo è il motivo principale per cui i medici di tutta Italia sono scesi in piazza. Ma perché con loro anche gli specializzandi? Questa riforma colpisce e colpirà soprattutto i giovani medici in formazione specialistica che in questo nuovo assetto del servizio sanitario nazionale entreranno a lavorare nei prossimi anni.

Un servizio sanitario dove l'utilizzo sistematico di forme di lavoro precario inevitabilmente comporterà un peggioramento della futura condizione lavorativa dei medici in formazione specialistica italiani. Tuttavia, senza guardare al futuro, i danni determinanti dai continui tagli al Ssn hanno già un impatto sulla fragile formazione post-laurea. Le strutture del Ssn (universitarie e non) sono i luoghi dove si realizza la gran parte del tirocinio professionalizzante. Una sofferenza di queste strutture inevitabilmente determina un peggioramento della qualità della formazione specialistica, con gravi ripercussioni non solo sulla classe medica, ma sulla società intera che delle conoscenze e delle competenze dei medici indubbiamente trae beneficio. La manifestazione di Roma è stata un successo e un'esperienza entusiasmante, il recupero dei valori per cui molti di noi hanno deciso di diventare medici e la volontà di tutelare il nostro Ssn che, pur con i suoi difetti, ha certamente numerosi pregi, primo tra tutti l'universalità di accesso a cure sanitarie di alto livello, nel rispetto dell'art 32 della nostra Costituzione.

Nonostante le previsioni meteo infauste e la complessità del decreto per molti aspetti ancora lontano dalla realtà degli specializzandi, una colorata delegazione di giovani medici ha fatto sentire la sua voce, chiedendo un nostro coinvolgimento attivo nei processi di profondo cambiamento che stanno avvenendo nel nostro Paese. Di certo, la nostra è una generazione ed una classe dirigente che deve riprendersi il futuro ed i suoi diritti! Diritti, appunto, sicuramente alla cura, certamente a curare.

Aristide Gravina
SPECIALIZZANDO
PADOVA



Sono anni ormai che si sente discutere della imminente crisi demografica di medici che travolgerà l'Italia o avrebbe dovuto travolgerla a partire dal 2014 in poi. Anni, in cui, effettivamente, si è cercato di porre rimedio ad un errore grossolano di programmazione, aumentando di continuo il numero di posti disponibili per accedere alla carriera universitaria in Medicina. Ma quando arriva la crisi, globale o meno che sia, epocale o no, più o meno superabile, i discorsi cambiano, si modificano alla velocità dell'alternarsi di giorno e notte, smaterializzando tutto ciò che era in previsione di essere fatto. Quando questo succede a danno della salute dei cittadini è del tutto inaccettabile. La carenza di medici a fronte dell'aumento dell'età media della popolazione generale, andrebbe affrontata formando ed inserendo nel mondo del lavoro un numero congruo di giovani medici. Preparati, pronti ad affrontare le responsabilità che la cura di una persona richiede, con un lavoro stabile ed una remunerazione adeguata. E invece oggi è più semplice tagliare il numero di posti letto, chiudere piccoli ospedali di provincia (senza garantire un adeguato riordino dei servizi territoriali né tantomeno degli ospedali hub), disattendendo la necessità e il diritto che i cittadini hanno di curarsi e creando, improvvisamente, un surplus di medici (solo presunto) fino all'anno scorso semplicemente utopistico. Il blocco dei concorsi pubblici, inoltre, sta creando sacche di medici precari, costretti a sostenere turni di lavoro assolutamente inaccettabili, con ore di straordinario non retribuite. Tutto questo con contratti a termine che prolungano, una volta di più, il percorso che un giovane medico deve affrontare prima di arrivare ad una stabilità economica e psichica che possa essere considerata decente. Sei anni per laurearsi, uno per riuscire ad ottenere l'abilitazione (in media), cinque per specializzarsi: 12 anni per immettere nel mondo del lavoro un medico, che a 30 anni si trova costretto da un lato a rimanere precario con tutto ciò che questo comporta, dall'altro a cercare di soddisfare le esigenze dei malati, che in quanto persone, per di più sofferenti, meritano tutte le attenzioni e la delicatezza che un medico deve essere in grado di offrirgli. Il sistema è destinato a morire in questo modo: decidere di diventare medico è una missione, per chi come me lo desidera da sempre, un sogno da realizzare. Eppure ora che sto per specializzarmi inizio a sentire l'angoscia di non poter programmare la mia vita, di non poter fare progetti sul futuro, ma soprattutto di non avere i mezzi necessari a disposizione per poter rispondere alle esigenze di quella persona a cui ho dedicato tutta la mia vita lavorativa fino a questo momento: il malato.

Sandro Zorzi
VICE PRESIDENTE
FEDERSPECIALIZZANDI



Tutela lavoro

Avv. Francesco Maria Mantovani - servizi@anaao.it

Maternità del medico tra garanzie legislative e contrattuali

Al dirigente medico, come a qualsiasi lavoratore dipendente, si applicano le vigenti disposizioni di legge in materia di tutela della maternità e della paternità contenute nel D.lgs. 26 marzo 2001, n.151 (c.d. Testo Unico di tutela e sostegno della maternità e della paternità), così come integrate, in senso migliorativo, dal Ccnl del 10 febbraio 2004 – area dirigenza medica e veterinaria. In questa pagine i principali istituti e tutele previste dalla normativa in favore della lavoratrice madre

Congedo di maternità (c.d. astensione obbligatoria)

Per "congedo di maternità" si intende l'astensione obbligatoria dal lavoro della lavoratrice nel periodo che va dai due mesi precedenti la data presunta del parto, fino a tre mesi successivi la data effettiva del parto. I giorni di astensione obbligatoria non goduti per l'eventuale anticipazione del parto rispetto alla data prevista, vengono aggiunti al periodo di astensione post-partum, ferma restando la durata complessiva pari a 5 mesi (art. 16, comma 1, D.lgs. 151/01).

In assenza di controindicazioni mediche, la lavoratrice può scegliere di posticipare l'inizio del congedo di maternità astenendosi dal lavoro un mese prima della data presunta del parto e quattro mesi dopo la data effettiva del parto (c.d. congedo flessibile). Per esercitare tale facoltà è necessario presentare idonea certificazione medica attestante l'assenza di rischi per la salute della lavoratrice e del nascituro (art. 20, D.Lgs. 151/01).

Per tutta la durata del congedo di maternità, al dirigente medico spetta l'intero trattamento retributivo al 100% (cioè è stabilito non dalla legge, la quale prevede un'indennità all'80%, ma dalla contrattazione collettiva della dirigenza medica - v. art. 15, co. 2, lett. a) Ccnl integrativo 10.2.2004).

Congedo parentale

In aggiunta al congedo di maternità, la lavoratrice ha diritto ad astenersi dal lavoro, durante i primi otto anni di vita del figlio, per fruire dei c.d. congedi parentali (art. 32, D.lgs. 151/01). Tali congedi, la cui durata complessiva non può eccedere i 6 mesi (che diventano 10 in caso di morte o abbandono del padre, ovvero di affidamento esclusivo alla madre), possono essere utilizzati anche in modo frazionato. Ai fini del godimento, continuativo o frazionato, dei congedi parentali, il medico deve presentare la relativa domanda, con l'indicazione della durata, all'ufficio di appartenenza, di norma quindici giorni prima della data di decorrenza del periodo di astensione, salvo casi di particolari e comprovate situazioni personali per i quali è possibile inoltrare la richiesta anche con un preavviso di quarantotto ore (art. 15, co. 2, lett. f) e g), Ccnl 10.2.2004).

Per quanto riguarda il trattamento economico dei periodi di astensione c.d. facoltativa, la legge prevede, fino al compimento dei tre anni di vita del bambino, un'indennità pari al 30% della retribuzione (art. 34, D.lgs. 151/01). Sul punto, tuttavia, la contrattazione collettiva della dirigenza medica contiene una disposizione di miglior favore, garantendo per i primi 30 giorni di congedo parentale, il trattamento econo-

mico intero oltre alla valutazione ai fini dell'anzianità di servizio e della maturazione delle ferie (v. art. 15, co. 2, lett. c., Ccnl 10.2.2004).

Riposi giornalieri

La madre lavoratrice ha diritto, durante il primo anno di età del bambino, a due ore retribuite, anche cumulabili, di riposo giornaliero (se l'orario giornaliero è inferiore alle sei ore, si ha diritto ad una sola ora di riposo), che sono considerate lavorative sia ai fini contrattuali che retributivi (art. 39, D.Lgs. 151/01). In caso di parto plurimo, i periodi di riposo sono raddoppiati (v. art. 41).

In aggiunta ai periodi di congedo parentale e ai riposi giornalieri garantiti dalla legge, al dirigente medico, in occasione della nascita del figlio, è altresì riconosciuto il diritto contrattuale a usufruire di 18 ore di permessi retribuiti nell'arco dell'anno (v. art. 23, Ccnl 5 dicembre 1996, così come modificato dall'art. 27, comma 4, Ccnl 17 ottobre 2008).

Malattia del bambino

Entrambi i genitori, alternativamente, hanno diritto di assentarsi dal lavoro per i periodi corrispondenti alle malattie del figlio. Nello specifico, il diritto al congedo per malattia del figlio spetta senza limiti fino ai tre anni di età del bambino; mentre per un massimo di cinque giorni lavora-

tivi all'anno, tra il terzo e l'ottavo anno di vita del figlio.

Per fruire dei congedi, è necessario presentare al datore di lavoro un certificato di malattia del figlio redatto da un medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato (art. 47, c. 3, D.Lgs. 151/01). Una volta che saranno pienamente attuate le novità introdotte dal D.L. n. 179/2012 (c.d. Decreto Sviluppo), la certificazione di malattia sarà inviata in modalità telematica all'Inps direttamente dal medico curante, e dal predetto Istituto sarà, inoltrata con le stesse modalità, al datore di lavoro.

In questo quadro, si segnala che sino al compimento del terzo anno di vita del bambino, qualora la malattia del figlio dia luogo a ricovero ospedaliero, la contrattazione collettiva della dirigenza medica garantisce alla lavoratrice madre, trenta giorni di assenza retribuita per ogni anno di età del bambino (art. 15, co. 2, lett. d. Ccnl 10.2.2004).

Lavoro notturno

Il Testo Unico sulla tutela della maternità vieta, dall'accertamento dello stato di gravidanza fino al compimento di un anno di età del bambino, di adibire le donne al lavoro notturno, ovvero dalle ore ventiquattro alle ore sei (art. 53, co. 1, D. Lgs. 151/2001, e anche art. 11 D.Lgs. n. 66 del 2003 in materia di orario di lavoro). In ogni caso, fino al compimento del terzo anno di età del figlio, la lavoratrice (o in alternativa il padre convivente) non può essere obbligata a prestare lavoro notturno (art. 53, co. 2). Ciò significa che la stessa è titolare di un diritto soggettivo che limita il potere del datore di lavoro (Trib. Milano 2 marzo 2001). Pertanto, con riferimento al-

la dirigenza medica, ne consegue che è fatto divieto di adibire la lavoratrice alle guardie e alle reperibilità notturne, fino al primo anno di età del bambino, mentre successivamente e fino al terzo anno di vita del figlio, la lavoratrice sarà in ogni caso titolare di un diritto di astensione dalla prestazione notturna.

Part-time

La disciplina contrattuale in tema di part-time del dirigente medico - contenuta nell'Accordo del 20 febbraio 2001, che trova applicazione anche nei confronti dei medici assunti a tempo determinato con contratto non inferiore a tre anni - prevede che, nei casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale, il dirigente medico a rapporto esclusivo può chiedere l'accesso ad un regime di impegno orario ridotto (art. 2, Accordo 20.2.2001). Alle suddette esigenze è riconducibile l'assistenza ai figli sino agli otto anni di età. La riduzione dell'orario lavorativo può essere realizzata, fra l'altro, articolando la prestazione anche solo su alcuni giorni della settimana (c.d. tempo parziale verticale), oppure sull'intera settimana (c.d. part-time orizzontale, v. art. 3, co. 2). L'accesso al regime ad impegno ridotto, che non può essere in ogni caso inferiore al 50% del normale orario di lavoro, comporta l'impossibilità per il dirigente medico di svolgere servizio di pronta disponibilità e di esercitare la libera professione (art. 4, co. 12).

Le modalità di articolazione della prestazione lavorativa ridotta, devono essere necessariamente concordate tra medico e azienda sanitaria, al fine di temperare le esigenze personali della lavoratrice con quelle organizzative della struttura di appartenenza. Il relativo accordo dovrà, in ogni caso, essere formalizzato per iscritto.

Giurisprudenza

↳ a cura di Paola Carnevale

I testi integrali delle sentenze sono disponibili sul sito www.anaao.it - sezione Sentenze in sanità

Le sentenze della Corte di Cassazione

**CORTE DEI CONTI
SEZIONE
GIURISDIZIONALE
SICILIA
SENTENZA N. 2998
DEL 2 NOVEMBRE
2012**

**COMPORTAMENTI
VESSATORI
DEL PRIMARIO:
CONFIGURABILITÀ
DEL DANNO
ERARIALE**

Una Asl, nel 2006, ha segnalato alla Corte di Conti una vicenda ritenuta produttiva di danno erariale collegato ad alcuni fatti avvenuti anni prima che vedevano coinvolti un primario per l'aggressione perpetrata a carico di un suo aiuto e per una serie di ulteriori atti illeciti finalizzati ad esautorarlo dallo svolgimento della attività professionale. L'Azienda Sanitaria in relazione alla vicenda ha effettuato una serie di esborsi e l'organo requirente ha affermato che il danno erariale, rivestendo i caratteri di certezza ed attualità, dovesse essere addebitato al primario. Infatti dall'istruttoria svolta era emerso che l'aiuto aveva convenuto in giudizio il suo primario per il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali determinati da lesioni alla sua integrità personale, subite in conseguenza di un'aggressione ad opera del predetto primario, nonché da una serie di atti illeciti adottati dallo stesso nei suoi confronti e finalizzati ad esautorarlo dallo svolgimento dell'attività professionale. Il Tribunale, con sentenza, aveva ritenuto che i danni connessi all'aggressione non potessero ascrivarsi all'Usl, ma direttamente al primario,

non potendosi il comportamento antiggiuridico addebitare all'Amministrazione; riteneva però che i danni derivanti dalla sistematica ed opprimente serie di abusi e soprusi, culminati nella sua emarginazione dalla sala operatoria e dalle iniziative del reparto, dovessero essere direttamente riferiti all'Ente sanitario. Per tali ragioni l'Azienda veniva condannata in solido con il primario. Tale sentenza veniva poi confermata dalla Corte di Appello con sentenza e passata in cosa giudicata.

L'esborso operato dell'Ente, determinando un'ingiustificata diminuzione del patrimonio pubblico, costituisce danno erariale imputabile al professore titolare della clinica che con i suoi dolosi comportamenti vessatori ha determinato gli esiti del giudizio civile. Questa la decisione della Corte dei Conti a seguito della segnalazione della predetta Asl.

Infatti, il Collegio ha ritenuto che, nella fattispecie, sussistano tutti i presupposti necessari per affermare la responsabilità amministrativa: un danno, economicamente valutabile, prodotto nella sfera patrimoniale erariale dell'ente pubblico; un comportamento doloso o di colpa grave addebitabile a persone legate alla pubblica amministrazione da un rapporto di impiego o di servizio; la sussistenza di un nesso di causalità tra l'evento dannoso e la condotta imputabile ai soggetti medesimi in quanto connessa allo svolgimento delle rispettive funzioni e posta in essere in violazioni di obblighi di servizio.

Si aggiunga, altresì che l'azione in sede civile aveva

determinato l'esborso da parte dell'Ente, determinando un'ingiustificata diminuzione del patrimonio pubblico: ciò costituisce danno erariale, imputabile, in questa sede al primario che, con i suoi comportamenti vessatori posti in essere con dolo nei confronti dell'aiuto aveva determinato la soccombenza nei confronti dell'Amministrazione nel giudizio civile. Il Collegio, ritenendo nel merito la sussistenza di tutti gli elementi per l'affermazione della responsabilità del convenuto, la cui correlativa responsabilità per i medesimi fatti era stata già valutata anche in altre sedi giudiziarie, ritenendo altresì la dimostrazione del danno erariale nella sua esatta consistenza, ha condannato il primario al pagamento in favore dell'Azienda di una somma di denaro oltre alla rivalutazione monetaria dalla data degli illeciti ed alle spese di giudizio.

**CASSAZIONE PENALE
SEZIONE VI -
SENTENZA N. 41215
DEL 22 OTTOBRE 2012**

**È VESSATORIO
ALLONTANARE IL
MEDICO DALLA SALA
OPERATORIA**

Il direttore di una clinica universitaria è stato rinviato a giudizio per abuso d'ufficio ed interruzione di pubblico servizio, poiché aveva emarginato un medico, impedendogli di prestare l'attività chirurgica, e aveva privato di funzioni un dirigente sostituto responsabile di Unità Operativa Complessa.

Il Tribunale aveva riconosciuto l'imputato colpevole di en-

trambi i reati, mentre la Corte d'Appello aveva parzialmente riformato la pronuncia, condannandolo solo per l'abuso d'ufficio.

Il direttore ha proposto ricorso per Cassazione.

La Corte ha precisato che sussiste il reato di abuso d'ufficio con violazione di legge nello stesso momento in cui il direttore pone in essere comportamenti di vessazione ed emarginazione dei medici del reparto che "non assecondano le proprie scelte" (che - nel caso esaminato - erano volte a dirottare pazienti dall'ospedale ad una clinica privata), finalizzati ad una gestione autoritaria e "baronale" della clinica, tesa a punire due qualificati professionisti, emarginandoli al fine di indurli ad abbandonare la struttura per altre destinazioni (finalità raggiunta per quanto riguarda un professionista e fallita per l'altro, grazie all'intervento del giudice del lavoro). Infatti anche al dirigente medico si applica la disciplina del "dovere di collaborazione" volta a disciplinare il comportamento del pubblico dipendente da interpretarsi nella sua più ampia accezione (seguendo anche la giurisprudenza del Consiglio di Stato) in modo da ricomprendere "non soltanto superiori e colleghi in senso stretto, ma tutti coloro i quali siano chiamati ad assolvere, per conto della amministrazione di appartenenza, compiti sia pure indirettamente attinenti all'attività di organizzazione dell'ufficio cui il dipendente appartiene". Pertanto il primario di un ospedale è tenuto, secondo la Corte, quale pubblico dipendente, a prestare la sua opera in conformità alle leg-

gi ed in modo da assicurare sempre l'interesse della pubblica amministrazione, ispirandosi nei rapporti con i colleghi al principio di una assidua e solerte collaborazione. Del resto già le sentenze di merito avevano dato conto dell'intenzionalità del dolo, sottolineando la precisa volontà dell'imputato di colpire i due professionisti nell'attività più importante e qualificante del chirurgo, sospendendone la crescita professionale e procurandogli danno professionale (mancato esercizio della chirurgia, mancata esperienza, mancati contatti e relazioni connessi all'attività chirurgica), alla reputazione e alla vita di relazione (i medici furono pubblicamente additati come diffamatori e disfattisti e poi messi da parte), alla sfera psicologica, per l'effetto di umiliazione e svalutazione in essi determinato.

Sul piano normativo, ai fini dell'integrazione dell'abuso d'ufficio rileva la palese violazione del principio costituzionale di "buona amministrazione", che impone ad ogni funzionario pubblico, nell'esercizio delle proprie funzioni, di non usare il potere che la legge gli conferisce per compiere deliberati favoritismi e procurare ingiusti vantaggi patrimoniali ovvero per realizzare intenzionali vessazioni o discriminazioni e procurare ingiusti danni, come quelli che, secondo la motivata ricostruzione dei giudici del merito, hanno caratterizzato la vicenda in questione ad opera dell'imputato. La Corte di Cassazione ha respinto il ricorso ed ha condannato il ricorrente al pagamento delle spese processuali.

Segue da pagina 3

SOSTENIBILITÀ SSN UN DIBATTITO INQUINATO DA TROPPI PREGIUDIZI

Lo sviluppo di mutualità, ivi comprese le forme di assicurazione collettiva, comporta un cambio di sistema radicale dagli esiti, anche economici, perlomeno incerti. E la crisi economica rischia di essere un alibi per operazioni di questa natura che si alimentano, in un circolo vizioso, della scarsità di risorse dedicate. La spesa sanitaria non è un molo-

Quanto costa avere consentito che la relazione medico paziente venisse inquinata da comportamenti opportunistici e dal gioco del cerino che rimane sempre in mano ai Medici? Quanto vale in punti di Pil il dilagare della medicina difensiva? E perché nessuno ci mette mano prima di parlare di affari?



loch ma è il Paese a dover decidere se l'economia viene prima dei valori costituzionali o sono i valori ad orientare l'economia, se i numeri devono occupare l'intero spazio mentale e materiale o in scena debbano essere rappresentati i diritti dei cittadini ed il valore del lavoro professionale.

La stessa Corte dei Conti ha autorevolmente affermato che: "una visione esclusivamente contabile del settore sanitario rischia di entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema" e "la validità di una gestione (in un settore come quello sanitario) va vista anche e soprattutto in funzione dell'interesse pubblico sostanziale perseguito (tutela della salute)". Ed un governo serio, che voglia fare bene il suo mestiere, non può limitarsi a porre una falsa alternativa tra aumento di tasse e calo di servizi, il che tra l'altro è esattamente quanto sta oggi accadendo simultaneamente. La questione sottaciuta è, infatti, che il problema non è tanto del futuro quanto del presente. Pur in assenza di una esplicita volontà politica in tal senso, il nostro sistema sanitario sta già perdendo pezzi di equità ed universalismo, portato allo stremo da definanziamento, conflitti istituzionali, figli del fallimento del federalismo, marginalizzazione e penalizzazione delle componenti professionali. Ed arretramento tecnologico, se la e-health, da cui si attendono risparmi a tripla cifra, sconta ancora l'assenza di una banda larga per la quale siamo fanalini di coda seguiti solo da Lettonia, Slovacchia e Grecia. Nessuno come i Medici vede limiti, difetti, inefficienze e anche clientele e malaffare che inquinano il mondo della sanità. Ma oggi il dibattito è inquinato da troppi pregiudizi, ideologismi, aneddoti portati a sistema, luoghi comuni strumentalizzati da interessi che vedono la sanità come un mer-

cato, in cui gli utili sono privati, i costi pubblici, i diritti delle persone un inutile appesantimento burocratico e il valore del lavoro e della responsabilità una variabile da saldare al massimo ribasso. La lotta agli sprechi, compresa la corruzione e l'invadenza pervasiva della politica, su cui i cultori della non sostenibilità semplicemente sorvolano, non può rimanere ai margini, quasi un optional, di una discussione sulle modalità di finanziamento del servizio sanitario. Occorre prendere atto della necessità di una riforma quater, un progetto organico in cui definire finanziamento, assetto istituzionale, governance, formazione, ruolo dei professionisti, sicurezza delle cure. Quanto costa avere consentito che la relazione medico paziente venisse inquinata da comportamenti opportunistici e dal gioco del cerino che rimane sempre in mano ai Medici? Quanto vale in punti di Pil il dilagare della medicina difensiva? E perché nessuno ci mette mano prima di parlare di affari?

La questione del finanziamento del servizio sanitario è politica, prima che tecnica, e la scelta del modello di welfare sanitario interroga la democrazia ad onta delle magnifiche e progressive sorti dei sistemi assicurativi.

La sanità ridiventa un tema centrale nell'agenda politica italiana, alla ricerca di partiti o movimenti in grado di declinare politiche sanitarie all'altezza delle sfide di oggi e di misurare il consenso sulle loro proposte. In gioco non è solo il destino della sanità pubblica ma la stessa idea di società, di comunità, di coesione sociale, di esigibilità di un diritto alla salute che è uno e indivisibile e non può essere declinato in base al Cap o al reddito. Sarebbe un ritorno al passato stratificare, di fronte al diritto alla salute, la società in classi caratterizzate da modi diversi di rispondere allo stesso bisogno.

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile
dell'Anaao Assomed

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

Direttore
Costantino Troise

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

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE
EDIZIONI E SERVIZI DI INTERESSE SANITARIO

Editore



Edizioni 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)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di dicembre 2012