

DIRITTO ALLA CURA DIRITTO A CURARE

**Per un servizio sanitario pubblico e nazionale
Per dare valore al nostro lavoro
Contro tagli e ticket**



Medici dipendenti e convenzionati, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici, professionali ed amministrativi del SSN e della Ospedalità privata, precari e medici in formazione

MANIFESTAZIONE NAZIONALE

ROMA 27 OTTOBRE 2012

**ore 11.00
Piazza della Repubblica
e corteo fino al Colosseo**



OSSEO

I PERCHÉ DI QUESTA MANIFESTAZIONE
Di Costantino Troise
pagina 2

IL DECRETO BALDUZZI
Tutte le norme in sintesi
articolo per articolo
alle pagine 3-5

PER TE IL MANIFESTO DISEGNATO DA VINCINO
Nelle pagine interne la locandina della manifestazione da attaccare nel tuo ospedale

EDITORIALE

Diritto alla cura.

DIRITTO A CURARE

Un Paese impaurito ed in crisi globale rischia di non comprendere la portata generale del ciclone che sta investendo il suo servizio sanitario

di Costantino Troise

A dispetto del merito di associare, pur tra carenze e limiti, una spesa tra le più basse in Europa con indicatori di salute tra i migliori, e della importanza economica della filiera della salute, capace di produrre, compreso l'indotto, l'11% del PIL ed occupazione complessiva di circa 2,5 milioni di unità, la Sanità italiana è diventata il settore più bersagliato da tagli lineari come testimoniano le ultime leggi finanziarie.

La spending review produrrà un'ulteriore riduzione quantitativa e qualitativa delle prestazioni, a dispetto del velleitario ed ipocrita obiettivo della "invarianza dei servizi per i cittadini", grazie ad un defianziamento superiore a 20 miliardi nel prossimo triennio, un taglio dei posti letto pubblici che, aggiungendosi a quanto è stato

fatto dal 2004 in poi, ne fa scomparire 50.000 relegandoci a fanalino di coda in Europa, un blocco del turnover del personale esteso fino al 2015 che riduce progressivamente gli organici aumentando la età media degli operatori sanitari italiani alla faccia dei lavori usuranti. Senza dimenticare la dinamica retributiva azzerata fino al 2014, con perdita del potere di acquisto valutabile nel 20%, in un contesto caratteriz-

zato da dinamica inflattiva e significativo incremento della pressione fiscale e ben 25 provvedimenti legislativi ad hoc negativi per il pubblico impiego. In queste condizioni è più difficile rispondere ad una domanda di prestazioni sempre più numerose e complesse, ricoverare ed effettuare dimissioni in un sistema in cui l'ospedale rimane l'unico ammortizzatore sociale ed il lavoro del medico ospedaliero equivale già a 14 mesi/anno con livelli di contenzioso, anche penale, senza eguali al mondo.

La crisi della sanità pubblica, stretta tra carenza di risorse economiche, strutturali e professionali, conflitti istituzionali, commissariamento dei commissari regionali alla Sanità, afasia della politica, sta cambiando pelle al nostro servizio sanitario. Diminuisce il perimetro di intervento pubblico ed il numero dei presidi sanitari, cresce il ticket a carico dei cittadini favorendo il trasferi-

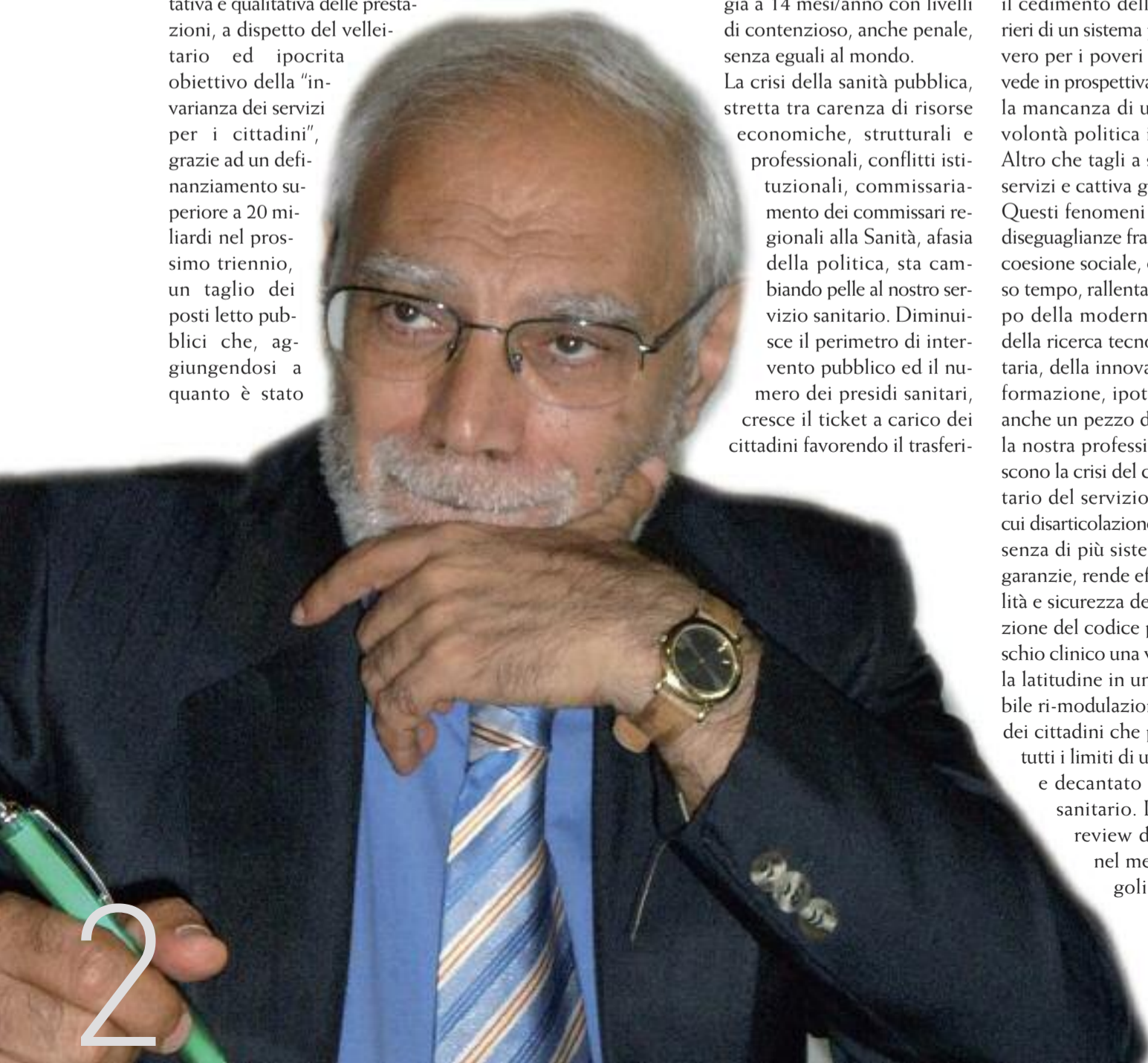
mento di risorse economiche nel settore privato puro, sale il carico fiscale mentre calano quantità e qualità delle prestazioni erogate. Si attaccano i principi di universalismo ed equità, propri di un servizio sanitario pubblico e nazionale, caricando la spesa sanitaria, pur inferiore del 40% a quella dei nostri vicini europei, sulle tasche dei cittadini. Ticket, tagli e tasse sono gli unici provvedimenti in campo, insieme con il cedimento delle tutele, forieri di un sistema pubblico povero per i poveri che si intravede in prospettiva, al di là della mancanza di una esplicita volontà politica in tal senso. Altro che tagli a sprechi, disservizi e cattiva gestione.

Questi fenomeni allargano le disegualianze frantumando la coesione sociale, e, nello stesso tempo, rallentano lo sviluppo della moderna medicina, della ricerca tecnologica sanitaria, della innovazione, della formazione, ipotecando così anche un pezzo di futuro della nostra professione. E acuiscono la crisi del carattere unitario del servizio sanitario la cui disarticolazione, con la presenza di più sistemi a diverse garanzie, rende efficace, qualità e sicurezza delle cure funzione del codice postale, il rischio clinico una variabile della latitudine in una inaccettabile ri-modulazione dei diritti dei cittadini che porta a galla tutti i limiti di un declamato e decantato federalismo sanitario. La spending review del Governo nel merito dei singoli fattori pro-

duttivi condanna le Regioni ad una sostanziale irrilevanza, di cui si lamentano almeno quanto della entità dei tagli subiti, costrette a subire una gestione centralistica della crisi ed a rifugiarsi in una logica di sindacato. Il braccio di ferro osservato durante la lunga gestazione del decreto Balduzzi è un esempio lampante dei guasti di una legislazione concorrente i cui confini vengono spostati a seconda delle convenienze di ognuno ed invocati a garanzia di un sostanziale nichilismo. Sono oggi a rischio gli obiettivi di tutela della salute fissati dalla Costituzione e senza risposte i problemi quotidiani di medici e dirigenti sanitari:

- la crisi del Pronto Soccorso, scomparsa dalle prime pagine dei giornali, continua sotterranea pronta a riesplodere;
- il contenzioso medico-legale cresce in maniera esponenziale favorendo la fuga delle e dalle assicurazioni ed il trionfo della medicina difensiva;
- i carichi di lavoro non sono diventati meno pesanti, solo perché le Aziende, pur di risparmiare, negano i servizi;
- le dotazioni organiche continuano a ridursi sino a pregiudicare i livelli di assistenza;
- aumenta la solitudine del medico, alle prese con cittadini arrabbiati e magistrati che gli negano ciò che rivendicano per se stessi: il diritto di giudicare in serenità richiama il diritto di curare in serenità;
- sono decimate le prospettive di carriera dalla riduzione numerica delle strutture

segue in ultima pagina



Consiglio nazionale ANAAO ASSOMED

DECISO LO STATO DI AGITAZIONE

Sotto accusa le norme su valutazione, mobilità e intramoenia del "Decreto sanità"

Il Consiglio Nazionale dell'Anaa Assomed, dopo aver analizzato i contenuti del decreto sanità, ha proclamato lo stato di agitazione a difesa della specificità della Dirigenza Medica e sanitaria e per contrastare il processo di mutilazione di norme contrattuali per via legislativa che mira ad una assoluta deregulation della forza lavoro professionale.

L'Associazione, alla vigilia dell'esame parlamentare del decreto legge, denuncia gli aspetti più allarmanti contenuti nel testo e chiede alle Commissioni di introdurre modifiche senza le quali si produrrebbe:

1) una disarticolazione del sistema della valutazione professionale, il cui appiattimento sul modello della pubblica amministrazione cancella elementi specifici della Dirigenza Medica e sanitaria all'interno del Pubblico impiego, a garanzia di quella autonomia che la Corte di Cassazione esige a tutela dei cittadini, lasciando le loro carriere in balia della politica;

2) uno stravolgimento delle norme che regolano la mobilità che trasforma i medici e sanitari in "pacchi postali" a disposizione delle Regioni, senza alcuna certezza di coerenza con la disciplina, di salvaguardia dell'incarico professionale e del trattamento economico;

3) una morte annunciata della libera professione in-

tramoenia, caricata di oneri burocratici ed economici che avranno come unico risultato quello di spingere i medici fuori del regime esclusivo.

Il sistema sanitario - prosegue l'Anaa Assomed - è stato messo in ginocchio dagli effetti che le manovre economiche degli ultimi anni hanno prodotto sugli assetti organizzativi e funzionali della sanità pubblica. Tagli lineari per complessivi 24 miliardi di euro nel quadriennio 2012-2015 del Fondo Sanitario Nazionale ridurranno progressivamente l'esigibilità da parte dei cittadini del diritto alla salute. E renderanno insostenibili le condizioni di lavoro dei medici e sanitari del SSN, già duramente colpite dal perdurante blocco del turnover, dal taglio delle strutture complesse e semplici, dalla scomparsa di 20.000 posti letti, dall'abuso di contratti precari e dal ritardo di programmazione e riorganizzazione della rete territoriale ed ospedaliera con pesanti ricadute sulla qualità e sicurezza del sistema. La mancanza di un contratto di lavoro è già penalizzante sul piano professionale ed economico. Lo svuotamento del contratto in vigore è inaccettabile.

Per l'insieme di queste ragioni l'Anaa Assomed si impegna per la manifestazione nazionale del 27 ottobre a Roma, pronta ad ogni altra iniziativa per difendere i Medici e dirigenti sanitari del SSN".

LA SCHEDA

IL DECRETO BALDUZZI. Ecco tutte le novità

In tutto 16 articoli che intendono cambiare a fondo le regole per le cure primarie, l'intramoenia e le nomine. Norme anche su farmaci, giochi, fumo e responsabilità professionale. Il Decreto Legge n.158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Ma prima di diventare legge dovrà passare il vaglio delle Camere e i veti delle Regioni

RIFORMA DELLE CURE PRIMARIE (art. 1)

CURE PRIMARIE: VIA ALLE AGGREGAZIONI TRA PROFESSIONISTI MA SENZA L'OBBLIGO DI ADESIONE

La norma contiene la modifica all'articolo 8 del Dlgs. n. 502/92 e prevede l'aggregazione, ma senza obbligo, per i medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali in nuove forme organizzative. L'obiettivo è quello di "garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, adottando forme organizzative monoprofessionali e multi professionali", che erogano "prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale".

RISORSE NEI LIMITI DELLE DISPONIBILITÀ DEL SSN

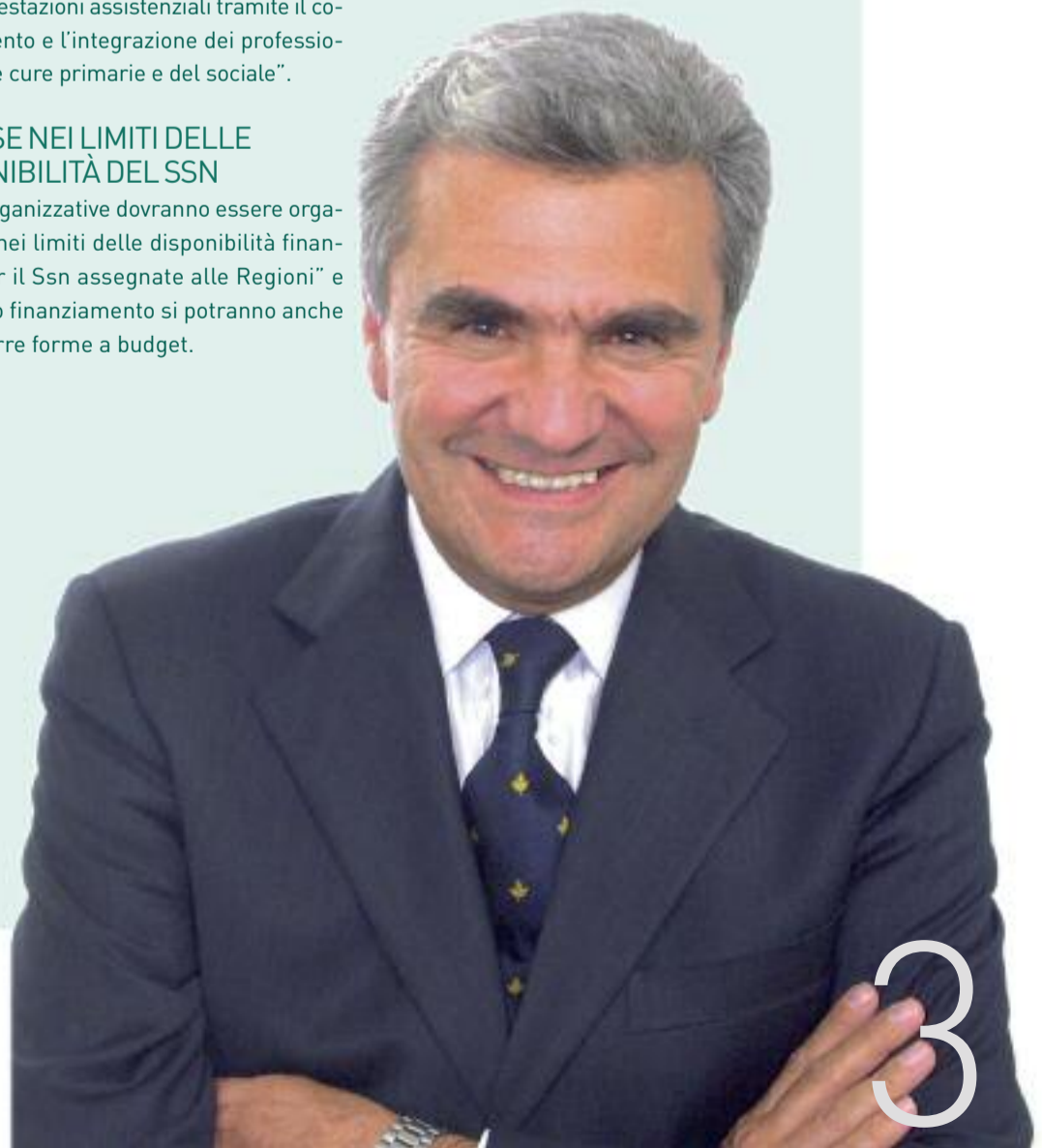
Forme organizzative dovranno essere organizzate "nei limiti delle disponibilità finanziarie per il Ssn assegnate alle Regioni" e per il loro finanziamento si potranno anche predisporre forme a budget.

REGIONI POTRANNO METTERE IN ATTO PROCESSI DI MOBILITÀ

Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale le Regioni potranno mettere in atto processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della Regione situate al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie.

ACCESSO ALLA PROFESSIONE

Per il ruolo unico di medico di medicina generale e per quello di pediatra di libera scelta, esso avverrà attraverso una graduatoria



LA SCHEDA

unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale. Per l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale (medico, odontoiatra, biologo, chimico, psicologo, medico veterinario) esso avverrà invece secondo graduatorie provinciali alle quali sarà consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente la branca in interesse.

INTRAMOENIA ALLARGATA (art. 2)

LE NUOVE SCADENZE

Entro il 31 dicembre 2014 dovranno essere disponibili nelle strutture sanitarie delle Regioni i locali per esercitare la libera professione intramuraria.

Entro il 30 novembre 2012, dovrà essere effettuata una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero professionale (Alpi) e una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni dell'ultimo biennio nelle strutture interne, esterne e negli studi professionali. I dati della ricognizione dovranno essere trasmessi all'Agenas e all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale

Le aziende potranno, ove necessario e nel limite delle risorse disponibili, acquistare, affittare, presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate nonché stipulare convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di Lpi ordinaria. La congruità e l'idoneità degli spazi devono ricevere il parere vincolante del collegio di direzione o, se non costituito, di una commissione paritetica di sanitari costituita a livello aziendale. Si potrà adottare in alcune Aziende dove non sono disponibili spazi ad hoc, previa autorizzazione regionale, un programma sperimentale per svolgere la Lpi presso studi professionali privati collegati in rete con convenzione annuale rinnovabile sulla base di uno schema tipo approvato dalla Conferenza Stato Regioni, e solo a condizione che il fatturato del singolo professionista sia pari o superiore a 12mila euro annui (le vecchie autorizzazioni

cessano il 30 novembre 2012). Le regioni garantiscono che tutte le strutture sanitarie comprese le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli Irccs gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'Alpi con le seguenti modalità:

REALIZZAZIONE DELL'INFRASTRUTTURA PER IL COLLEGAMENTO IN RETE

Entro il 31 marzo 2013 dovrà essere predisposta e attivata una infrastruttura di rete telematica per la Lpi. Previsto l'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente, dei dati relativi a: impegno orario del medico; pazienti visitati; prescrizioni ed estremi dei pagamenti, anche in raccordo con il fascicolo sanitario elettronico. Le modalità tecniche per la realizzazione dell'infrastruttura sono determinate, entro il 30 novembre 2012, con decreto non regolamentare del Ministro della Salute previa intesa con la Conferenza Stato Regioni. Agli oneri si provvede mediante adeguata e preventiva rideterminazione delle tariffe. Prevista la possibilità di continuare, su domanda dell'interessato e con l'applicazione del principio del silenzio-assenso, in via temporanea lo svolgimento dell'Alpi in studi professionali già autorizzati oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete, e comunque non oltre il 30 aprile 2013.

TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI

Dovrà essere assicurata la tracciabilità dei pagamenti delle prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Ssn. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, e a suo carico, entro il 30 aprile 2013.

TARIFFARIO UNICO

Dovranno essere definiti, d'intesa con i dirigenti e previa contrattazione integrativa aziendale: gli importi idonei per remunerare ogni prestazione; i costi pro-quo-

ta per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature e per assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende. Il 5 per cento del compenso del libero professionista è trattenuto dalle Aziende per interventi la riduzione delle liste d'attesa.

DIVIETO DI SVOLGIMENTO DELL'ALPI

Non potrà essere svolta presso studi professionali collegati in rete nei quali operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Ssn, ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga dell'azienda del Ssn e a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni, senza oneri economici per il Ssn.

LA VERIFICA DEL PROGRAMMA SPERIMENTALE

Dovrà essere effettuata, entro il 28 febbraio 2015. In caso di verifica positiva l'attività potrà continuare in via permanente ed ordinaria negli studi professionali collegati in rete. In caso di verifica negativa l'attività cessa entro il 28 febbraio 2015.

SANZIONI PER I DG INADEMPIENTI

Prevista, nell'ipotesi di grave inadempienza dei direttori generali delle aziende, policlinici oltre alla loro "destituzione" anche "la decurtazione della retribuzione di risultato pari almeno al 20 per cento".

RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE (art. 3)

L'IMPORTANZA DI ATTENERSI ALLE LINEE GUIDA

Il giudice, nell'accertare la colpa lieve nelle valutazioni di responsabilità professionale, dovrà tenere conto con particolare attenzione dell'osservanza, da parte del professionista, delle linee guida e delle buone pratiche riconosciute dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. Per agevolare l'accesso alla copertura assicurativa, con Dpr - su proposta del Ministro della salute di concerto con il MEF, sen-

tati l'Ania, le Federazioni degli ordini e dei collegi e le OoSs - sono disciplinate le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti.

Per alcune categorie di rischio professionale si prevede l'obbligo di garantire copertura assicurativa con un Fondo ad hoc per il quale dovrà essere determinato il soggetto gestore. Il fondo è finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano richiesta e da un ulteriore contributo a carico delle imprese assicuratrici determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, e comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso.

Il danno biologico è risarcito sulla base delle tabelle previste dalla legge 209/2005.

GOVERNO CLINICO (art.4)

NOMINA DEI DG

Dovranno essere garantite misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula, nonché trasparenza nella valutazione degli aspiranti. La regione nomina i direttori regionali attingendo obbligatoriamente dall'elenco degli idonei. La selezione dei candidati è effettuata da esperti indipendenti dalla Regione. E gli elenchi sono periodicamente aggiornati.

Gli aspiranti Dg, che non potranno avere più di 65 anni, dovranno essere in possesso di un diploma di laurea magistrale e avere un'esperienza dirigenziale di almeno cinque anni nel campo delle strutture sanitarie e di sette anni negli altri settori. Per la nomina dei Dg nelle Università resta ferma l'intesa con il Rettore.

Le regioni devono individuare i criteri e i sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei Dg sulla base degli obiettivi di salute definiti in base alla programmazione regionale.

NOMINA DEI PRIMARI

Per gli incarichi di direzione di struttura complessa la selezione è effettuata da una commissione presieduta da tre direttori di struttura complessa nella medesima specialità; i candidati sono individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale costituito

dall'insieme di quelli regionali (almeno uno dei direttori sorteggiati deve provenire da una regione diversa da quella dell'azienda interessata alla copertura del posto). Il direttore generale individua il candidato sulla base di una terna predisposta dalla commissione, se non vuole nominare il candidato con il migliore punteggio deve motivarne la scelta. Deve essere garantita piena pubblicità a tutte le procedure e alle motivazioni di nomina sul sito internet dell'azienda.

Nelle Università le nomine sono effettuate dal Dg d'intesa con il rettore.

NOMINA DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE

L'incarico di responsabile di struttura semplice è attribuito dal Direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo.

COLLEGIO DI DIREZIONE

Deve essere istituito dalle Regioni quale organo dell'Azienda, individuandone la composizione per garantire la partecipazione di tutte le figure professionali. Il collegio di direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca, didattica, programmi di formazione e soluzioni organizzative per l'Alpi. Nelle aziende ospedaliere universitarie partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica. Concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in base agli obiettivi fissati. Deve essere consultato obbligatoriamente dal Dg sul governo delle attività cliniche.

LEA (art. 5)

AGGIORNATI ENTRO IL 31 DICEMBRE

I Lea dovranno essere aggiornati, nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, entro il 31 dicembre 2012 con decreto del Presidente del Cdm su pro-

LA SCHEDA

posta del Ministro della salute, di concerto con l'Economia d'intesa con la Stato Regioni. Si dovrà dare priorità alla riformulazione degli elenchi delle malattie croniche e delle malattie rare. Prevista inoltre l'introduzione di prestazioni per la prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da "sindrome da gioco con vincita di denaro" come definita dall'Oms.

EDILIZIA SANITARIA (art. 6)

AVVIO DI PROGETTI DI RISTRUTTURAZIONE

La procedura dei lavori di ristrutturazione e di adeguamento nonché di realizzazione di strutture ospedaliere da realizzarsi attraverso contratti di partenariato pubblico privato può prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di strutture ospedaliere da dismettere, anche nel caso questo comporti il cambiamento di destinazione d'uso.

Sono previste norme per l'aggiornamento della normativa antincendio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

CORRETTI STILI DI VITA E SICUREZZA ALIMENTARE (artt. 7-8)

Sono inserite norme che vietano la vendita di prodotti del tabacco ai minorenni con sanzioni per il tabaccaio che vanno da 250 a 1000 euro, nel caso di recidiva la sanzione sale da 500 a 2000 euro, fino alla sospensione, per tre mesi, della licenza.

Previste restrizioni contro la ludopatia con divieto su ogni tipo di media (giornali, riviste, tv, radio, teatro, cinema e internet) alle pubblicità che inducono al gioco dove è prevista vincita in denaro a meno che: non siano ben presenti formule di avvertimento sul rischio di dipendenza e contenenti le note informative sulle probabilità di vincita, lo spot non esalti troppo la pratica del gioco o vi siano presenti minori.

CERTIFICAZIONE MEDICA PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA (ART. 7)

Il ministero della Salute di concerto con quello dello Sport di-

spongono garanzie sanitarie mediante l'obbligo, per chi pratica attività sportiva a livello amatoriale, di certificazione medica e di linee guida per i controlli sanitari. Per tutte le società sportive invece è prevista la dotazione e l'impiego di defibrillatori semiautomatici e di altri dispositivi salvavita.

NORME IN MATERIA DI SICUREZZA ALIMENTARE E DI BEVANDE (ART. 8)

Gli stabilimenti di produzione e confezionamento sono riconosciuti dalle regioni e dalle aziende sanitarie locali. Il ministero della Salute in collaborazione con l'Iss può effettuare verifiche ispettive negli stabilimenti. Chi vende pesce e cefalopodi freschi, prodotti di acqua dolce, sfusi o preimballati deve apporre in modo visibile un cartello con indicate le informazioni riguardanti le informazioni relative alle corrette condizioni di impiego. Chi immette sul mercato latte crudo o crema cruda destinati all'alimentazione umana, deve riportare sulla confezione del prodotto o in etichetta le informazioni indicate con decreto del ministro della Salute. In caso di vendita diretta di latte crudo, l'operatore deve esporre un cartello in cui si informa che il latte deve essere consumato dopo bollitura. Chi per produrre gelati utilizza latte crudo, deve sottoporlo a trattamento termico. Le bevande analcoliche devono essere commercializzate con un contenuto di succo naturale non inferiore al 20 per cento.

EMERGENZE VETERINARIE (art. 9)

In presenza di malattie infettive del bestiame, anche di rilevanza internazionale, che abbiano carattere emergenziale, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la regione interessata ad adottare entro 15 giorni gli atti necessari alla salvaguardia della salute dell'uomo e degli animali. In caso la regione sia inadempiente viene nominato un commissario ad acta per la risoluzione dell'emergenza o il conseguimento dell'eradicazione. Gli

oneri per l'attività del Commissario sono a carico della Regione inadempiente.

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI FARMACI (artt. 10-14)

REVISIONE DEL PRONTUARIO FARMACEUTICO NAZIONALE (ART. 11)

Entro il 30 giugno 2013 l'Aifa provvede ad una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale spostando in Fascia C i farmaci considerati terapeuticamente superati e quelli la cui efficacia non risulti sufficientemente dimostrata alla luce delle evidenze emerse dopo l'immissione in commercio. Sarà inoltre rinegoziato il prezzo dei farmaci che non soddisfano il criterio di economicità rispetto ai risultati terapeutici previsti.

DOSAGGI E CONFEZIONI PERSONALIZZATE (ART. 11)

Previo autorizzazione dell'Aifa, la farmacia ospedaliera può allestire dosaggi individuali da utilizzare all'interno degli ospedali o da consegnare al paziente per l'impiego a domicilio. Il provvedimento si applica anche nel caso di farmaci utilizzati con indicazioni diverse da quella autorizzata. Le Regioni sono autorizzate a sperimentare, nei limiti delle loro disponibilità di bilancio, sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errore e di consumi impropri.

CLASSIFICAZIONE DI FARMACI EROGABILI DAL SSN (ART. 12)

L'azienda farmaceutica può presentare la relativa domanda di classificazione all'Aifa solo dopo avere ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio (Aic) dello stesso medicinale. La domanda riguardante farmaci orfani o a eccezionale rilevanza terapeutica e sociale previsti da una specifica deliberazione Aifa può essere presentata anche anteriormente al rilascio dell'Aic. I medicinali che ottengono un'au-

torizzazione all'immissione in commercio comunitaria o ai sensi del decreto legislativo 219/2006 sono automaticamente collocati in apposita sezione, dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità. Le disposizioni del presente articolo non si applicano ai medicinali generici o equivalenti.

SPERIMENTAZIONI CLINICHE (ART. 12)

Le competenze in materia dell'Iss passano all'Aifa. Entro 90 giorni dalla data di conversione in legge del decreto ciascuna Regione nomina un comitato etico competente per le sperimentazioni cliniche. Nelle Regioni con più di un milione di abitanti possono essere istituiti più Comitati etici (massimo 1 per ogni milione di abitanti) e il giudizio di merito affidato a diversi Comitati etici.

A decorrere dal 1° marzo 2013, la documentazione riguardante studi clinici sui medicinali per uso clinico è gestita esclusivamente con modalità telematiche, attraverso i modelli standard dell'Aifa.

FARMACI OMEOPATICI (ART. 13)

Modifica l'art. 20 del D.lgs 219/2006 prevedendo che i medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995 siano soggetti alla procedura semplificata di registrazione prevista dallo stesso decreto. In alternativa alla documentazione richiesta le aziende titolari possono presentare una dichiarazione autocertificativa che non vale, però, per i farmaci omeopatici di origine biologica o preparati per uso parenterale o con concentrazione ponderale di ceppo omeopatico.

RAZIONALIZZAZIONE DEGLI ENTI SANITARI (art. 14)

ONAOSI

Per il periodo 1 gennaio 2003-21 giugno 2007 la misura del contributo obbligatorio alla Fondazione Onaosi è determinata forfettariamente per ogni contribuente in 12 euro mensili per gli ultimi 5 mesi del 2003 e per il 2004, in 10 euro mensili per gli anni 2005 e 2006, nonché in 11 per il 2007. Per il periodo 1 gennaio 2003-1

gennaio 2007 il contributo a carico dei nuovi obbligati è stabilito forfettariamente con gli stessi importi. Le somme versate alla Fondazione Onaosi per il periodo 1 gennaio 2003 - 21 giugno 2007 sono trattenute dalla Fondazione a titolo di acconto dei contributi da versare. La Fondazione stabilisce la procedura, le modalità e le scadenze per l'eventuale conguaglio o rimborso. Dall'entrata in vigore del decreto è estinta ogni azione o processo relativo alla determinazione, pagamento, riscossione o ripetizione dei contributi. L'Onaosi è comunque autorizzata a non avviare le procedure per la riscossione coattiva per crediti di importo inferiore a 600 euro. Per gli anni successivi al 2007 è confermato, per la determinazione dei contributi dovuti all'Onaosi, quanto disposto dal decreto legge 1 ottobre 2007, n.159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n.222.

IRCCS

Per quanto riguarda gli Irccs la domanda di riconoscimento è presentata dalla struttura alla regione, insieme alla documentazione di titolarità dei requisiti. La regione inoltra la domanda al Ministero della Salute che nomina una commissione di valutazione formata da almeno due esperti nella disciplina oggetto della richiesta di riconoscimento, che svolgono l'incarico a titolo gratuito. Entro 30 gg dalla nomina, la commissione esprime il proprio parere motivato. Entro 10 gg dal ricevimento del parere, il ministro della Salute trasmette gli atti alla Conferenza Stato-Regioni, che deve esprimersi sulla domanda di riconoscimento entro 45 gg dal ricevimento.

Con decreto del ministro della Salute, sentito il Miur e la Conferenza Stato-Regioni sono stabiliti i criteri di classificazione degli Irccs non trasformati, delle Fondazioni Irccs e degli altri Irccs di diritto privato sulla base di indicatori quali-quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale, anche ai fini del loro inserimento nella rete di attività di ricerca. Con lo stesso decreto sono individuate le modalità attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale.

CORTE DEI CONTI, la relazione sui bilanci regionali 2010-2011

SPESEA E DEFICIT SANITÀ IN CALO. MA IL SSN È PIENO DI DEBITI

Nella sua relazione sui bilanci regionali 2010-2011, la Corte ha dato particolare attenzione alla sanità che da sola copre il 74,5% delle spese regionali. Previsto un calo ulteriore della spesa che scenderà nel 2014 al 6,9% del Pil. Cala anche il disavanzo (- 38%), ma il debito verso i fornitori arriva a 53 miliardi

“Permangono profili di criticità nel controllo della spesa pubblica e nella valutazione dei risultati conseguiti”. È quanto ha sentenziato la Corte dei Conti nella sua annuale relazione sui bilanci degli Enti locali per gli anni 2010-2011. Ci sono difficoltà nel controllo della spesa, che per la Corte “sono lunghi da trovare completa soluzione”, soprattutto in alcune realtà territoriali, anche perché determinate situazioni si sono “costruite” in qualche decennio e non è ragionevole ritenere che si possano risolvere in tempi brevi. Ma in ogni caso la Corte

evidenzia come “uno sguardo complessivo nel quadro della finanza pubblica generale mostra che il comparto sanitario si trova in una fase in cui si intravedono segnali di miglioramento”. Ma veniamo ai numeri.

LE RISORSE: NEL 2014 INCIDENZA SPESA SANITARIA SUL PIL SCENDERÀ A QUOTA 6,9%. AUMENTA LA SPESA PER INTERESSI

Le risorse impegnate nel 2011 per la sanità, sulla base dei dati di rendiconto comunicati dalle Regioni, costituiscono il 74,5% della spesa corrente complessiva. Per la Corte il com-

plesso sistema di monitoraggio della spesa sanitaria, basato sulla concertazione triennale delle risorse da destinare al Ssn e sulla verifica periodica dei risultati della gestione, con l’obbligo di sottoscrivere specifici Piani di rientro in caso di deficit eccessivi, si è dimostrato efficace nel moderare la crescita della spesa, che passa da un incremento annuo medio del 6% nel periodo 2000/2007, al 2,4% nel quadriennio 2008/2011.

Nel 2011, in particolare, per la prima volta da anni, la spesa complessiva, pari a circa 112 miliardi, decresce dello 0,6% rispetto all’anno precedente, e si riduce anche l’incidenza sul

Pil, che passa dal 7,3% del 2010 al 7,1%. Le spese correnti riportate nel conto economico della pubblica amministrazione (anni 2010-2014), le spese per prestazioni sociali sono pari, mediamente, al 45% della spesa corrente al netto degli interessi, e sono destinate, per una quota preponderante, a spesa pensionistica (solo una percentuale residua trascurabile è destinata al sostegno di individui e imprese in difficoltà), mentre la sanità assorbe circa il 16% delle spese correnti al netto degli interessi, con un’incidenza sul Pil moderatamente decrescente, che passa dal 7,1% (nel 2011), al 6,9% (nel 2014).

Secondo i dati di consuntivo e le previsioni di conto economico per il periodo 2010-2014, tutte le voci di spesa corrente mostrano un andamento stabile o decrescente in percentuale al Pil, ad eccezione della spesa per interes-

si, che aumenta la quota sul Pil dal 4,6 al 5,6%.

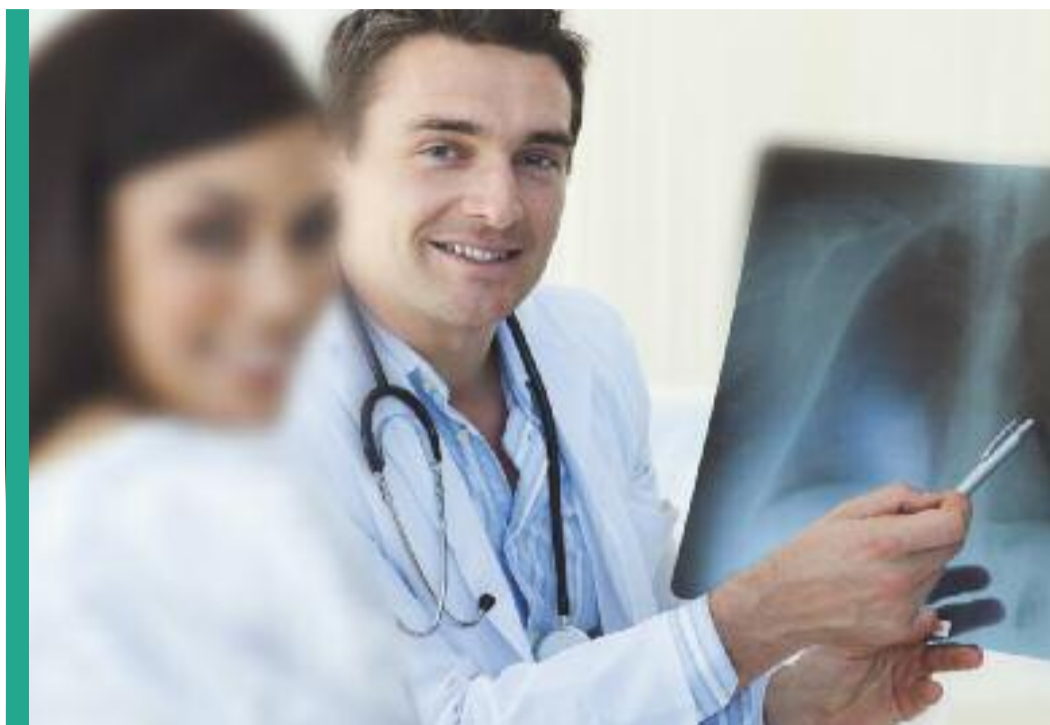
REGIONI IN PIANO DI RIENTRO. TRA IL 2009 E IL 2011 RIDOTTI DEL 60% I DISAVANZI GESTIONALI

Esempio efficace di spending review sono i monitoraggi di verifica dell’attuazione dei Piani di rientro in corso nelle Regioni con sistemi sanitari in deficit strutturale (nel 2011, Piemonte, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia) che, nel triennio 2009/2011, hanno consentito di ridurre di circa il 60% i disavanzi di gestione. I risultati della verifica, relativa al 2010, della qualità dei servizi erogati per il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell’utilizzo delle risorse, indicano che le Regioni inadempienti coincidono con quelle che hanno accumulato maggiori deficit. Dall’analisi dei dati di con-



La sede della Corte dei Conti a Roma

La Corte dei Conti afferma che confrontando la spesa per le principali prestazioni sociali erogate nel nostro paese con quella degli altri paesi europei, emergono peculiarità specifiche della spesa pubblica italiana, che ne fanno un’anomalia nel contesto europeo



to economico comunicati al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (Ce IV trimestre), nel 2011, a livello nazionale si registra un disavanzo di 1,35 miliardi, che si riduce del 38,7% rispetto al 2010. La maggior parte del disavanzo è imputabile alle Regioni in piano di rientro, che però, sono anche quelle che nell'ultimo anno continuano a migliorare il proprio risultato. Il trend resta confermato anche con l'applicazione, dal 2011, del più rigoroso criterio che considera tra i costi anche gli ammortamenti non sterilizzati, con il quale il disavanzo complessivo sale a 1,78 miliardi. Dopo le rettifiche operate in sede di verifica dal Tavolo tecnico, e l'individuazione delle necessarie coperture, solo le Regioni Campania, Molise e Calabria non riescono a trovare completa copertura del deficit. Tra le Regioni a Statuto speciale non soggette a Piano di rientro, anche la Sardegna risulta in disavanzo.

COSTI SSN: MENO FARMACEUTICA CONVENZIONATA E PERSONALE, CRESCE SPESA BENI E SERVIZI E FARMACEUTICA OSPEDALIERA

Analizzando la spesa corrente sanitaria per categorie eco-

nomiche le voci di costo che nel 2011 mostrano la maggiore incidenza sul totale sono: costi per il personale (32,2%), costi per l'acquisto di beni e servizi (31,3%) e spesa farmaceutica convenzionata (8,8%). Il costo del personale rispetto al 2010 si riduce dell'1,43%, mentre i costi per acquisto di beni e servizi salgono del 2,8%. Consistente la riduzione della spesa farmaceutica convenzionata, che flette del 9%. La spesa farmaceutica ospedaliera, invece, evidenzia dinamiche di crescita significative, oltre il tetto di spesa previsto del 2,4% del Fondo Sanitario Nazionale.

La relazione esamina anche il fenomeno dell'indebitamento degli enti del servizio sanitario, come desumibile dagli stati patrimoniali consolidati a livello regionale. Si riscontrano, peraltro, criticità nella qualità dei dati contenuti negli stati patrimoniali, anche se in corso di miglioramento. Con questa cautela nell'interpretazione delle informazioni, si rileva che la voce di debito più consistente è quella relativa ai fornitori: 35,6 miliardi nel 2010, pari al 67% circa dell'intera massa debitoria degli enti sanitari.

CONFRONTO CON PAESI UE SU WELFARE. IN ITALIA SPESA SBILANCIATA SULLE PENSIONI

L'Istat elabora annualmente i conti economici della protezione sociale che, sulla base della metodologia Eurostat, alimenta il Sistema Europeo delle Statistiche Integrate della Protezione Sociale (Sespros); statistiche che hanno lo scopo di misurare e analizzare le politiche sociali all'interno dei paesi dell'Unione europea, limitatamente a tre aree di intervento: sanità, previdenza e assistenza sociale. Le statistiche Sespros indicano la netta prevalenza della spesa pensionistica sulle altre spese sociali che, nel periodo 2008-2010, senza particolari variazioni nel triennio, assor-

be circa il 66% delle risorse, seguita da quella per la sanità (25,6% nel 2010) e per l'assistenza (8%).

La Corte dei Conti afferma che confrontando la spesa per le principali prestazioni sociali erogate nel nostro paese con quella degli altri paesi europei, emergono peculiarità specifiche della spesa pubblica italiana, che ne fanno un'anomalia nel contesto europeo. Le statistiche Eurostat per l'anno 2010, infatti, evidenziano che, se nel complesso la spesa per il Welfare è allineata a quella media dei paesi europei, sensibile è la differenza nella composizione di tale spesa, con un 16% di spesa pensionistica (a fronte di una media europea dell'11,7%) e un 7% per i servizi sanitari, a fronte di una media europea del 7,7%.

In particolare, per la spesa sanitaria, i dati 2010 indicano una spesa inferiore a quella italiana solo in Danimarca (6,7) e Spagna (6,8), mentre Francia e Germania spendono, rispettivamente, circa l'8,7 e l'8,1 del Pil.

DEBITO COMPLESSIVO SANITÀ A QUOTA 53 MILIARDI NEL 2010

L'indebitamento complessivo s'intende costituito da mutui,

debiti verso fornitori, debiti verso aziende sanitarie extra regionali ed altre tipologie d'indebitamento, ed ammonta nel 2010 a 53 miliardi di euro circa (52,9 al netto dei debiti verso aziende extra regionali). Nella composizione del debito calcolato al netto delle partite debitorie infra-regionali, le passività verso i fornitori costituiscono nettamente la voce di maggior peso, toccando nel 2010 i 35,6 miliardi di euro (così come esposti negli stati patrimoniali consolidati a livello regionale), pari al 67,2% del debito totale a livello nazionale. Tale criticità causa in varie Regioni un allungamento dei tempi di pagamento dei fornitori, con rischio di formazione di ulteriore debito per mora automatica e contenzioso aperto con le imprese creditrici. I mutui (cioè il debito a medio-lungo termine) ammontano a 1,62 miliardi di euro, incidendo sull'indebitamento complessivo per il 3,1% (quasi esclusivamente imputabile alle Regioni a statuto ordinario), mentre le altre tipologie d'indebitamento (verso Stato, Tesoriere ecc.) che ammontano a 15,8 miliardi di euro pesano per il 29,8% sul totale complessivo netto.

Incidenza spesa corrente per il Ssn 2009-2014 sulla spesa primaria corrente e sul Pil*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Spesa Ssn	110.474	112.742	112.039	114.497	114.727	115.421
Spesa corrente (al netto interessi passivi)	660.639	670.381	672.627	676.842	677.725	687.709
Incidenza % Ssn/spesa primaria corrente	16,72%	16,82%	16,66	16,92	16,93	16,78
Pil	1.519.695	1.553.166	1.580.220	1.588.662	1.626.858	1.672.782
Incidenza % spesa Ssn/sul Pil	7,3	7,3	7,1	7,2	7,1	6,9

* Dati di contabilità nazionale relativi al conto economico delle amministrazioni pubbliche, desunti per gli anni 2009/2014 dal documento di economia e finanza 2012

Statistiche Eurostat: prestazioni di protezione sociale 2010

(spesa in rapporto al Pil)

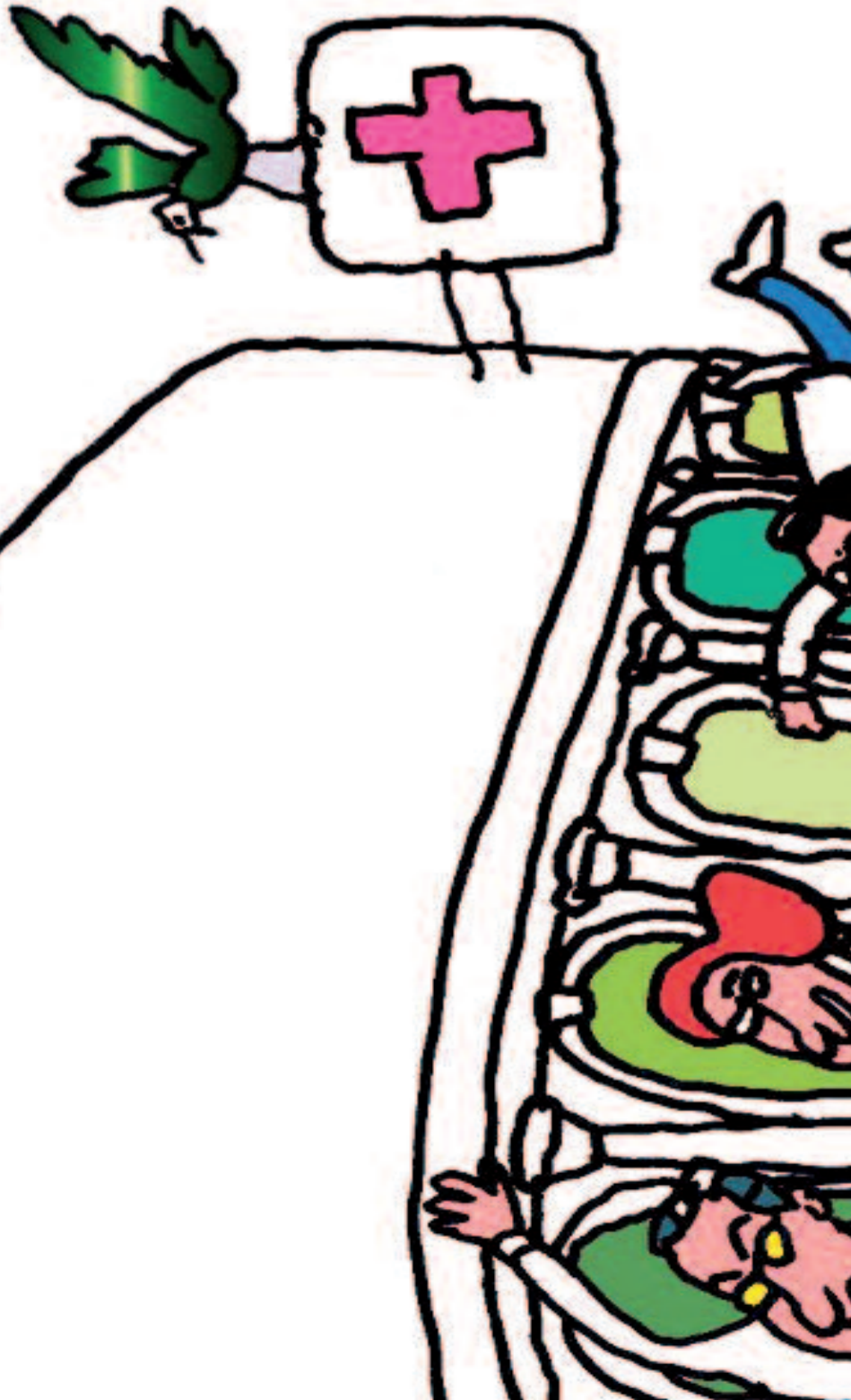
	Tot. spesa welfare	Salute	Pensioni	Disoccupazione	Famiglia/minori	Altro*
EU-27	25,3	7,5	11,5	1,3	2,1	2,8
EU-15	26,0	7,7	11,7	1,4	2,1	3,1
Danimarca	28,9	6,7	11,1	1,4	3,8	5,9
Germania	26,7	8,1	11,5	1,4	2,8	2,9
Spagna	22,2	6,8	8,8	3,0	1,5	2,1
Francia	29,2	8,7	13,4	1,7	2,5	2,9
Italia	26,5	7,0	16,1	0,5	1,3	1,7

* Spese per invalidità, abitazioni, altra esclusione sociale

La relazione esamina anche il fenomeno dell'indebitamento degli enti del servizio sanitario, come desumibile dagli stati patrimoniali consolidati a livello regionale

DIRITTO ALLA CURA DIRITTO A CURARE

**Per un servizio sanitario pubblico e nazionale
Per dare valore al nostro lavoro
Contro tagli e ticket**



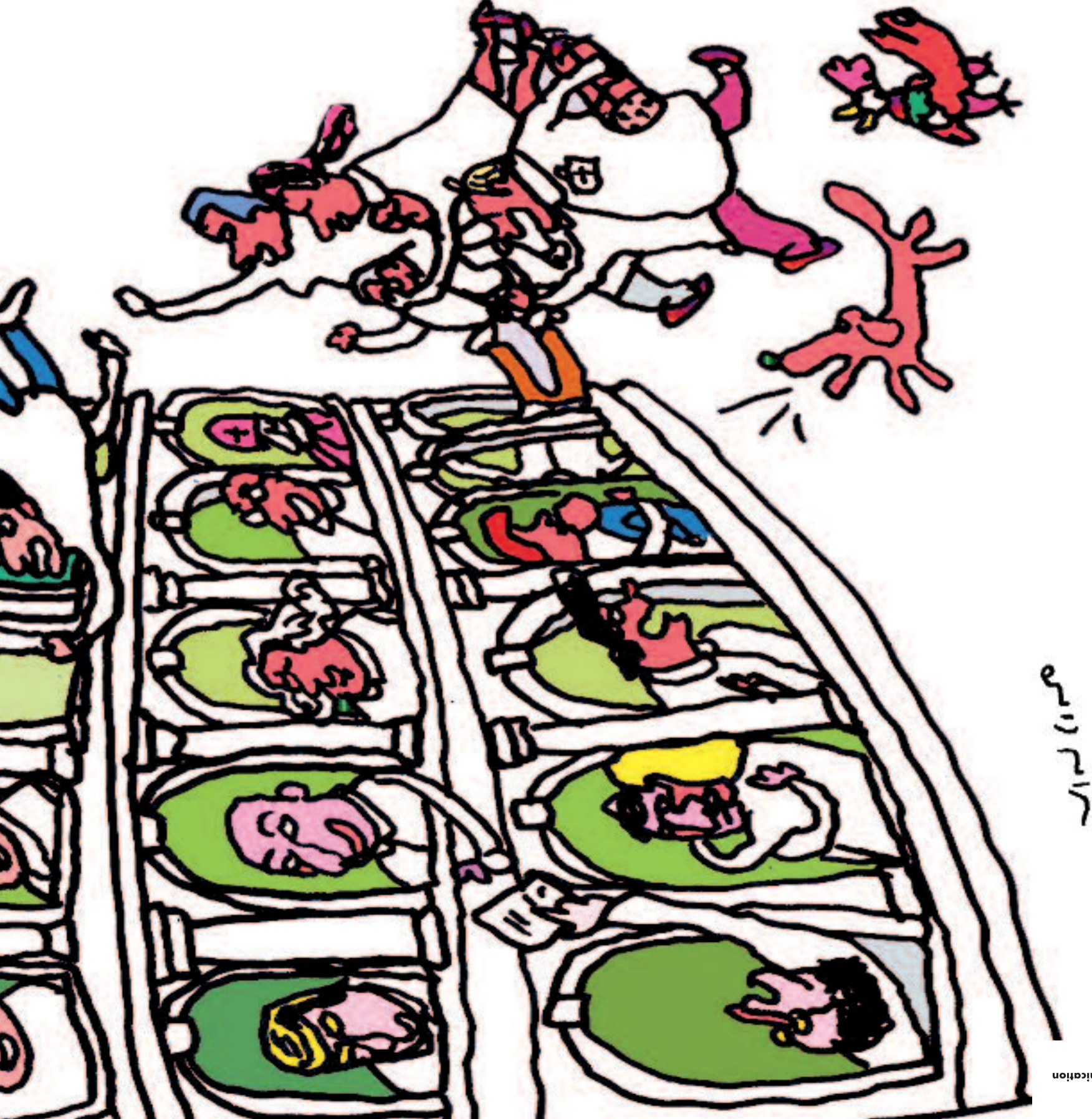
Medici dipendenti e convenzionati,
veterinari, dirigenti sanitari, tecnici,
professionali ed amministrativi
del SSN e della Ospedalità privata,
precari e medici in formazione

MANIFESTAZIONE

NAZIONALE

ROMA 27 OTTOBRE 2012

**ore 11.00
Piazza della
Repubblica
e corteo
fino al Colosseo**



PIANI DI RIENTRO SANITARI

I PROMOSSOSSI E I BOCCIATI

dopo le ultime verifiche del Governo

Ogni trimestre è tempo di verifica per le otto Regioni sottoposte a Piano di Rientro. E purtroppo non c'è da sorridere. Dai resoconti pubblicati dal Ministero delle riunioni svoltesi, prima della pausa estiva, da ogni singola Regione presso il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Lea, si evidenzia come il lavoro da fare per riportare la barra dei conti sanitari dritta sia ancora lunga.

Su otto Regioni solo una, l'Abruzzo, ha fatto registrare a consuntivo 2011 un avanzo senza aver avuto bisogno di ricorrere a risorse proprie. Numeri positivi se si va a vedere i consuntivi li hanno segnati anche la Puglia, il Piemonte e il Lazio ma le tre Regioni hanno dovuto ricorrere alle coperture derivanti dall'innalzamento delle tasse. E che coperture, solo nel Lazio sono state pari a 792 milioni di euro. Conti in rosso per 7,9 milioni di euro per la Campania nonostante coperture per 309 milioni.

In rosso anche la Calabria con - 4,3 milioni di euro per il 2011. Ma la Regione, in virtù del riconoscimento degli sforzi fatti in merito alla certificazione del debito pregresso, riesce a sbloccare 578 mln di euro di fondi Fas che andranno a copertura del debito. La Sicilia ottiene lo sblocco di 240 milioni di spettanze residue del 2010. Male infine il Molise, che non ha fatto pervenire in tempo la documentazione per cui la verifica non ha avuto luogo.

Ma andiamo a vedere Regione per Regione i resoconti di Tavolo e Comitato:



Abruzzo promosso a pieni voti. Bene Sicilia. Puglia, Piemonte e Lazio registrano conti in avanzo ma solo grazie all'aumento delle tasse. Alla Campania non bastano neanche quelle ed è in disavanzo come la Calabria che però sblocca i Fas. Male il Molise. Ecco gli ultimi resoconti del Tavolo di monitoraggio

ABRUZZO

Avanzo 2011 a quota 91,9 mln. Sbloccati 60 mln dalle spettanze 2010

A seguito delle dimissioni del sub commissario Giovanna Baraldi, il 7 giugno il Consiglio dei Ministri ha nominato Sub commissari per l'attuazione del Piano di rientro abruzzese Giuseppe Zuccatelli e Ugo Zurlo (quest'ultimo successivamente dimessosi).

Fatta questa premessa, nella riunione di verifica, gli organismi di monitoraggio hanno

rilevato che il consuntivo 2011 presenta (prima delle coperture) un avanzo di 35,942 mln di euro, ivi ricomprendendo tutti gli ammortamenti non sterilizzati e i rischi. L'avanzo, quindi, è stato rideterminato in 91,981 mln di euro a seguito del conferimento delle risorse ottenute con la massimizzazione delle aliquote fiscali. Per quanto riguarda la situazione dello stato patrimoniale dell'esercizio 2011, Tavolo e Comitato evidenziano come essa "riflette l'importante lavoro svolto per la ricostru-

zione puntuale dei crediti e debiti verso il bilancio regionale. Inoltre è stato avviato il percorso di attuazione dei programmi operativi (a prosecuzione del Piano di rientro), anche se risulta ancora non adeguata l'assistenza residenziale per gli anziani e per i malati terminali (hospice)". Per la riorganizzazione della rete laboratoristica pubblica la Regione "deve rispettare le tempistiche previste dal programma operativo, mentre per gli interventi sulla rete di emergenza-urgenza devono

essere concretizzate, tenendo conto dei pareri ministeriali". È ancora in corso di verifica la coerenza degli atti aziendali con le disposizioni normative nazionali e con le linee guida emanate dalla Regione. Sulle Uoc, per Tavolo e Comitato "devono essere rimodulate secondo gli standard emanati dal Comitato Lea, tenendo conto della componente universitaria".

La Regione dovrà fornire poi anche una relazione sulle iniziative da intraprendere in applicazione della spending re-

view. Inoltre, la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti dell'anno 2011 e precedenti risulta ancora incompleta, mentre ancora criticità sono emerse nell'attuazione del progetto tessera sanitaria. In conclusione, Tavolo e Comitato "hanno ritenuto possibile erogare alla Regione 60 milioni di euro, quale quota parte delle spettanze residue, a tutto l'anno 2010, pari a 178 milioni di euro. Le altre spettanze residue potranno essere erogate subordinatamente all'invio, e alla positiva valutazione, della documentazione atta a superare le criticità tuttora presenti".

CALABRIA

Disavanzo 2011 da 4,3 mln. Accesso a risorse Fas, pari a 578 mln di euro, per minima copertura debito

La riunione dei Tavoli di monitoraggio con la Regione Calabria ha riguardato l'aggiornamento della situazione debitoria e la verifica del risultato d'esercizio relativo all'anno 2011, la relazione sullo stato patrimoniale 2011, l'andamento del I trimestre 2012 e l'attuazione del Piano di rientro e gli adempimenti.

A consuntivo 2011 la Regione ha presentato un disavanzo di 4,392 mln di euro.

Nella verifica del piano di rientro Tavolo e Comitato, a prescindere dal segno meno, specificano di aver in ogni caso "preso atto dei progressi conseguiti nell'attività di certificazione del debito pregresso, nelle procedure contabili e nei processi amministrativi". Dal punto di vista invece della programmazione sanitaria ed implementazione delle reti assistenziali, Tavolo e Comitato, alla luce dei numerosi e parcellizzati provvedimenti adottati, hanno chiesto "una relazione che descriva la situazione complessiva risultante dalla riorganizzazione, con specifico riferimento all'adeguatezza dell'offerta per garantire i Lea rispetto ai bisogni della popolazione calabra uniformemente sul territorio".

Sono stati poi chiesti anche chiarimenti sui tempi di adeguamento dei requisiti delle strutture private convenzionate. Per quanto riguarda i provvedimenti di programmazione della rete ospedaliera è stata evidenziata "la necessità di rendere coerenti fra loro il numero dei posti letto in essi dichiarati".

Rispetto alla tematica delle Case della salute e dei Capt (Centri di assistenza primaria territoriali), Tavolo e Comitato hanno richiesto di "definire con chiarezza la natura (se ospedaliera o territoriale) delle citate strutture, nonché di precisare le dotazioni organiche, l'organizzazione e la distribuzione delle funzioni. In relazione alla rete dell'emergenza-urgenza i Tavoli hanno rilevato ritardi rispetto alla tempistica prevista dal Piano di rientro".

In relazione alle Linee guida sugli atti aziendali i Tavoli hanno chiesto alla Regione di "modificare il provvedimento alla luce delle osservazioni espresse nel parere dei Ministeri affiancanti". Ribadita poi la necessità di individuare una definitiva soluzione per le problematiche relative alla Fondazione Campanella".

Nonostante permangano quindi delle criticità i Tavoli hanno deciso "in virtù della conferma dei progressi conseguiti nell'attività di certificazione del debito pregresso, nelle procedure contabili e nei processi amministrativi" di consentire alla Regione di "accedere alle risorse Fas per l'importo di 578 mln di euro corrispondente all'esigenza minima di copertura del debito al 31/12/2007".

LAZIO

Avanzo a quota 109,395 milioni di euro ma con coperture pari a 792 mln. Il Tavolo bocchia la Regione perché non ha quantificato gli "ulteriori elementi di rischio emersi dalla gestione 2011". Gravi ritardi nell'attuazione del Piano di rientro.

Sotto la lente del test trimestrale il risultato d'esercizio re-

lativo all'anno 2011, la relazione sullo stato patrimoniale dell'anno 2011, l'analisi dell'andamento del I trimestre 2012 e la verifica dell'attuazione del Piano di Rientro e degli adempimenti. Una verifica importante perché dopo le polemiche emerse dalla verifica di primavera c'era attesa su come la Regione con il debito più grande sarebbe stata valutata. Ebbene, ancora una volta l'esito è stato negativo. Perché se da un lato Tavolo e Comitato hanno registrato come "la Regione, a consuntivo 2011, presenta un risultato di esercizio per l'anno 2011 di 109,395 mln di euro", hanno rimarcato pure che per arrivare a questo risultato devono essere "considerate le coperture preordinate a valere sulla leva fiscale, pari a 792,260 mln di euro". Ma oltre a ciò "Tavolo e Comitato, tuttavia, hanno rilevato che tale risultato di gestione non tiene in considerazione gli ulteriori elementi di rischio emersi dalla gestione 2011 e non quantificati dalla Regione".

Più nello specifico, in riguardo alla definizione dei Programmi Operativi 2011-2012, Tavolo e Comitato hanno sottolineato "il mancato aggiornamento del Programma Operativo per il 2012 secondo le indicazioni dei Ministeri affiancanti".

Sull'annosa questione della riorganizzazione della rete ospedaliera, il decreto n. 80/2010 i Tavoli tecnici "hanno chiesto alla Regione un provvedimento ricognitivo che tenga conto delle numerose osservazioni ministeriali". In relazione alla realizzazione poi al nuovo Ospedale dei Castelli, le risposte fornite sulle criticità evidenziate "non appaiono ancora esaurienti".

Tavolo e Comitato hanno poi evidenziato "il persistere di ritardi nel processo di accreditamento istituzionale, nonché criticità nel percorso individuato e posto in essere dalla Regione". Hanno rilevato, altresì, "il ritardo con cui la struttura commissariale sta procedendo a definire i rap-

porti con gli erogatori privati per l'anno 2012". In relazione ad alcuni accordi/contratti siglati nel 2011 è stato specificato come le criticità evidenziate dai Ministeri affiancanti e dai Tavoli, al momento non sono ancora superate, poiché in diversi casi investono aspetti strutturali dell'offerta e potrebbero ripercuotersi sulla gestione dell'anno 2012. A proposito del Policlinico Agostino Gemelli i tecnici confermano "la mancata sottoscrizione del contratto per l'anno 2011".

Per quanto attiene la gestione del personale, con particolare riferimento alle richieste di deroghe al blocco del turnover, è stata sottolineata la mancanza di un documento programmatico complessivo che esprima nel dettaglio la necessità di garantire i Lea. Tavolo e Comitato, infine, hanno valutato ancora "non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti 2010 e 2011 con particolare riferimento al monitoraggio dell'attuazione del progetto tessera sanitaria per l'anno 2011".

Queste le ragioni per cui "non si è ritenuto possibile procedere ad erogare le spettanze residue fino a quando la struttura commissariale non potrà in essere tutte le iniziative al fine di dare concreta e puntuale attuazione a quanto evidenziato nella riunione".

MOLISE

Né Fas e né spettanze. Ai Tavoli tecnici "non è pervenuta nei termini la relativa documentazione da parte della gestione commissariale".

Prima di procedere all'analisi della verifica il resoconto pubblicato dal Ministero sottolinea i cambiamenti avvenuti nella gestione commissariale molisana emersi dopo la riunione di aprile. Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 7 giugno, in considerazione degli ulteriori esiti negativi emersi nella riunione di verifica del 3 aprile, ha valutato

"non più procrastinabile la conclusione della procedura di cui all'articolo 2, comma 84, della legge 191/2009 ed ha quindi nominato Filippo Basso quale Commissario ad acta per l'adozione e l'attuazione degli obiettivi prioritari del Piano di rientro e dei successivi Programmi operativi". Ovvero quelli "non compiutamente realizzati dal Presidente pro-tempore in funzione di Commissario ad acta". Ovvero il governatore Michele Iorio. Nella stessa delibera il Consiglio dei Ministri ha preso atto delle dimissioni rassegnate dal Mario Morlacco dall'incarico di Sub commissario e ha nominato Sub commissario Nicola Rosato.

Ma veniamo all'ultimo "test". Sono stati verificati il risultato d'esercizio 2011 e la relazione sullo stato patrimoniale dell'anno 2011, ed è stata effettuata l'analisi dell'andamento del I trimestre 2012 nonché la verifica dell'attuazione del Piano di rientro e degli adempimenti.

Ed è stata una doccia fredda. "La verifica dei dati contabili non ha potuto aver luogo - si legge sul resoconto - in quanto non è pervenuta nei termini la relativa documentazione da parte della gestione commissariale Tavolo e Comitato nel restare in particolare in attesa dell'adozione del Piano Sanitario Regionale e dell'atto aziendale Asrem, come da delibera del Consiglio dei Ministri del 7 giugno, hanno ribadito il ritardo con cui la gestione commissariale sta procedendo alla riorganizzazione delle reti assistenziali, alla definizione e messa a regime dei flussi informativi, alla regolazione dei rapporti con gli erogatori privati". A questo punto è stata rimarcata "la necessità di fornire un quadro dettagliato dello stato di effettiva attuazione dei vari interventi previsti dal programma operativo, anche in relazione al rispetto dei tempi programmati e alla verifica delle economie conseguite". "Alla luce della persistenza delle criticità più volte riscon-

trate è stata valutata l'insufficienza dei presupposti per erogare alla Regione le spettanze residue legate alle risorse premiali e per concedere l'accesso ai Fondi Fas per la copertura del disavanzo a tutto il 2009, richieste in riunione dal Commissario ad acta lorio".

PIEMONTE

Avanzo a quota 5,3 mln dopo coperture da 280 milioni

Nella riunione congiunta dei Tavoli di monitoraggio e la Regione Piemonte sono stati verificati il risultato d'esercizio e dello stato patrimoniale relativi all'anno 2011, nonché i dati del primo trimestre del 2012, lo stato di attuazione del Piano di rientro e l'attuazione degli adempimenti 2010 e 2011.

Il consuntivo 2011, dopo le coperture, pari a 280 mln di euro, ha registrato un avanzo di 5,364 mln di euro. Sullo stato patrimoniale del 2011 i Tavoli hanno sollecitato "un urgente riscontro sulle questioni ancora da chiarire" In riferimento ai conti del I trimestre 2012, la Regione "ha confermato di aver adottato le iniziative atte a conseguire l'equilibrio economico finanziario con l'assegnazione dell'ulteriore finanziamento regionale preordinato nella misura di 200 mln di euro". I Tavoli hanno poi rilevato che la cornice finanziaria programmata è stata rideterminata dal D.l. 95-2012.

Per quanto riguarda la verifica annuale di attuazione del Piano di rientro Tavolo e Comitato hanno evidenziato, con particolare riferimento al nuovo Piano socio sanitario regionale, "la necessità di acquisire ulteriori informazioni sullo stato di avanzamento della programmazione rispetto agli obiettivi, agli interventi e alla tempistica degli stessi. Hanno chiesto, anche, di garantire la compatibilità economica degli interventi previsti nel Pssr con il Piano di rientro". Criticità sono state rilevate in merito al Piano di ridefinizione della rete ospede-

daliera come "la carenza di elementi di dettaglio e la presenza di un eccesso di posti letto post-acuzie, che devono essere ricondotti all'interno degli standard nazionali". Anche in relazione alla rete dell'emergenza-urgenza i Tavoli "hanno ritenuto che le azioni intraprese non fossero ancora sufficienti a rispondere agli impegni assunti". Le iniziative avviate sull'assistenza territoriale, invece, sono state considerate positivamente, pur se necessitano di ulteriori informazioni sui costi e sulle risorse da investire. I tavoli hanno, inoltre, stimolato l'adozione di provvedimenti sulla governance di sistema, con particolare riferimento alla razionalizzazione dei beni e servizi. Tavolo e Comitato si sono, comunque, riservati di valutare la legge 3/2012, che istituisce le nuove Federazioni Sovrazionali (FS), in relazione alla proposta di integrazione al Piano di rientro e all'Addendum, pervenuta ai Ministeri affiancanti durante la riunione.

PUGLIA

Avanzo da 159,5 mln dopo coperture per 267,9 milioni.

Nella riunione congiunta fra i Tavoli di monitoraggio e la Regione Puglia sono stati verificati i dati di conto economico e stato patrimoniale dell'anno 2011, i dati del I trimestre 2012, lo stato di attuazione del Piano di rientro e gli adempimenti Lea.

La Regione Puglia a consuntivo 2011 ha presentato, dopo le coperture pari a 267,909 milioni di euro, un avanzo di 159,559 mln di euro.

Tavolo e Comitato, in merito alla verifica del Piano di rientro, con riferimento alla rete ospedaliera hanno "valutato positivamente" la razionalizzazione attuata con Dgr 1110/12 e, in particolare, la riduzione del numero di unità operative rispetto al Regolamento Regionale n. 18/2010. Hanno, tuttavia, evidenziato "la necessità che la Regione recepisca le osservazioni precedentemente espresse dai

Ministeri affiancanti sulla distribuzione delle discipline nei vari presidi e che fornisca le informazioni richieste (relativamente allo stato attuale della riorganizzazione della rete ospedaliera, allo stato di attivazione delle strutture riconvertite e alla riorganizzazione della rete laboratoristica)". I tavoli hanno chiesto anche di ricevere assicurazione in merito al fatto che nella stesura del piano di riorganizzazione delle reti assistenziali si sia analizzato il fabbisogno della popolazione locale, prevedendo, nel momento di riconversione degli ospedali, il contestuale avvio delle attività territoriali al fine di non generare ripercussioni negative nella garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza erogati. Hanno, inoltre, sollecitato una "più rapida attuazione della riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza".

I Tavoli, infine, hanno chiesto alla Regione di adottare ogni utile iniziativa al fine di ridurre l'inappropriatezza delle prestazioni erogate e realizzare gli interventi sulla mobilità sanitaria extraregionale. La documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti Lea per l'anno 2010 e 2011 non è stata ritenuta ancora sufficiente.

In relazione alla richiesta di deroga al blocco del turn over Tavolo e Comitato hanno raccomandato alla Regione di provvedere, come più volte richiesto, a documentare nel dettaglio ogni potenziale difficoltà nell'erogazione dei Lea.

SICILIA

Sbloccati 240 mln di spettanze residue 2010

Gli organismi di monitoraggio e la Regione Siciliana, nel corso dell'ultima riunione hanno espresso parere positivo sulle azioni per la rimodulazione della rete ospedaliera previste nel Programma Operativo 2010-2012, pur sottolineando in generale il ritardo nel perseguire gli obiettivi stabiliti. Tuttavia è emerso il permanere di alcune critici-

tà per la rete dell'emergenza-urgenza, sia in ambito ospedaliero (Dipartimento di I e II livello e ospedali sedi di Ps), che relativamente alle reti assistenziali dell'emergenza ad alta complessità (la rete cardiologica e per il trauma ed ictus).

Riguardo agli adempimenti Lea, la Regione è stata valutata adempiente per gli anni 2008 e 2009, mentre è risultata ancora incompleta la documentazione trasmessa ai fini dell'istruttoria della verifica adempimenti per gli anni 2010 e 2011.

Il Tavolo e il Comitato hanno inoltre rilevato l'adozione, da parte della Regione, di accordi quadro in attuazione dei Protocolli d'intesa con le Università che potrebbero comportare maggiori oneri a carico del Ssr, in contrasto con la legislazione vigente.

In ogni caso, secondo il Tavolo e il Comitato la Regione ha raggiunto le condizioni necessarie per ottenere il via libera all'erogazione di 240 mln di euro, corrispondente al 30% delle spettanze residue al 31 dicembre 2010, pari a circa 800 mln di euro.

CAMPANIA

Disavanzo a 7,9 mln dopo coperture per 309,7 mln. No a spettanze residue

La Regione ha dovuto recentemente affrontare il rinnovo del sub commissario alla Sanità, dopo le dimissioni di Achille Coppola. A sostituirlo il Consiglio dei Ministri ha chiamato, il 23 marzo scorso, Mario Morlacco, ex sub commissario alla sanità della Regione Lazio.

Il 19 luglio è arrivata anche la valutazione negativa degli organismi di monitoraggio, che hanno ritenuto che "non è sta-

Su otto Regioni solo una, l'Abruzzo, ha fatto registrare a consuntivo 2011 un avanzo senza aver avuto bisogno di ricorrere a risorse proprie. Numeri positivi se si va a vedere i consuntivi li hanno segnati anche la Puglia, il Piemonte e il Lazio ma le tre Regioni hanno dovuto ricorrere alle coperture derivanti dall'innalzamento delle tasse

to possibile" erogare alla Regione alcuna somma residua delle risorse al Ssr.

La Regione Campania, a consuntivo 2011, presenta un disavanzo di 245,476 mln di euro. Considerati tutti gli ammortamenti non sterilizzati di competenza dell'anno 2011 e la perdita 2010 non coperta (pari a 72,222 mln di euro), il disavanzo complessivo è pari a 317,698 mln di euro che, dopo le coperture, pari a 309,732 mln di euro, si attesta sui 7,966 mln di euro.

Tavolo e Comitato hanno evidenziato poi le "rilevanti, persistenti", criticità rappresentate dalla Asl Napoli 1 per la mancata contabilizzazione degli accadimenti aziendali. E' stato rilevato il ritardo del piano dei pagamenti, in larga parte determinato dalla Asl Napoli 1.

In merito alla verifica annuale sull'attuazione del Piano di rientro, con specifico riferimento alla rete ospedaliera e territoriale, si resta in attesa di vedere attuato quanto previsto nel programma operativo 2012 (decreto 53/2012). Nel frattempo Tavolo e Comitato hanno indicato la necessità di avviare tutte le opportune iniziative per potenziare la rete assistenziale territoriale, residenziale e domiciliare, rivolta alla popolazione anziana allo scopo di ricondurla ai parametri di riferimento nazionali.

Ritenuta, infine, ancora non sufficiente la documentazione trasmessa ai fini della valutazione degli adempimenti relativi agli anni 2009, 2010 e 2011. In conclusione, sulla base dell'istruttoria condotta dagli organismi di monitoraggio, non è stato possibile erogare alla Regione alcuna somma residua.

Spending review ed "OSPEDALE SICURO"

Le politiche messe in atto dal Governo per le attività sanitarie ospedaliere, già ad oggi frequentemente poco sicure sia per i pazienti che per gli operatori sanitari che vi lavorano per inadeguatezza tecnologica, carenza di personale, presenza di organizzazione imposte inadeguate ed a volte illogiche sul piano tecnico-professionale e per imposizione di turni di lavoro pesanti ed usuranti sul piano psico-fisico, rischiano un crollo degli standards di qualità ed un aumento esponenziale del rischio di errore.

Da anni la fantasia dei politici e dei "tecnici-politici" ritiene la spesa economica per sostenere e far funzionare il Servizio sanitario nazionale italiano eccessiva e parassitaria e quindi da tagliare in modo grossolano quando c'è una qualsiasi necessità di risparmiare.

Tutto ciò viene fatto malgrado il Ssn italiano:

- sia ritenuto dall'Oms uno dei migliori al livello mondiale per organizzazione e risultati (recentemente classificato 2° dopo la Francia) e presenti degli indicatori di efficacia ed efficienza in buona parte ai primi posti delle classifiche mondiali,
- contribuisca insieme ad altre cause all'elevazione della vita media attesa ed alla qualità media di salute della popolazione,
- abbia convinto la popolazione della sua utilità e questa pertanto non sia disposta a cambiarlo con un sistema assicurativo e/o largamente privato,
- abbia ottenuto i suoi risultati con una percentuale di spesa sanitaria pubblica (in termini di Pil) significativamente al di sotto di quella sostenuta dai paesi del 1° mondo (fra cui la Comunità Europea) ad eccezione della Grecia,
- alimenti e muova con la sua spesa un volano di attività economiche ed industriali di dimensioni significative.

Questa deriva politica e tecnica, che simbolicamente identifica nella spesa sanitaria nazionale un "bancomat" da utilizzare per far cassa quando c'è necessità di destinare risorse al

OSPEDALE PIÙ SICURO

per una migliore revisione della spesa sanitaria

Il recente progetto del Governo di "revisione della spesa" in sanità porterà alla progressiva minore copertura a livello regionale ed aziendale dei bisogni sanitari della popolazione e al progressivo peggioramento delle condizioni di sicurezza organizzativa e tecnologica della rete sanitaria ospedaliera e territoriale. In questa pagina le riflessioni di Giuseppe Montante e gli obiettivi da perseguire

di Giuseppe Montante - Componente Segreteria Nazionale Anao Assomed

"risiko" internazionale finanziario e bancario, ha trovato la sua sublimazione recentemente nell'attuale Governo dei "professori" e nel largo consenso che questo attualmente gode trasversalmente fra le forze politiche.

Il recente progetto del Governo di "revisione della spesa" in sanità si ispira a tale concezione.

La conseguenza ineluttabile di questo progetto saranno la progressiva minore copertura al livello regionale ed aziendale dei bisogni sanitari della popolazione ed il progressivo peggioramento delle condizioni di sicurezza organizzativa e tecnologica della rete sanitaria ospedaliera e territoriale.

Dovendo tagliare, le Regioni e le Aziende Sanitarie si guarderanno bene dal riorganizzare in modo più ottimale, efficace e meno pletorico la rete degli ospedali ed i suoi servizi e le attività sanitarie territoriali perché tutto ciò, pur essendo utile, avrebbe delle forti im-

plicazioni politiche, partitiche ed elettorali. Preferiranno incrementare in alternativa i ticket, ridurre la risposta di alcuni servizi con inevitabile aumento delle liste di attesa, ridurre le condizioni di sicurezza sanitaria.

In queste condizioni le attività sanitarie ospedaliere, già ad oggi frequentemente poco sicure sia per i pazienti che per gli operatori sanitari che vi lavorano per inadeguatezza tecnologica, carenza di personale, presenza di organizzazione imposte inadeguate ed a volte illogiche sul piano tecnico-professionale e per imposizione di turni di lavoro pesanti ed usuranti sul piano psico-fisico, rischiano un crollo degli standards di qualità ed un aumento esponenziale del rischio di errore.

Studi scientifici, ormai indiscussi per la loro attendibilità, imputano la vera causa degli eventi avversi per i pazienti in sanità nell'80% dei casi all'esistenza di gravi insufficienze or-

ganizzative e tecnologiche o a stanchezza da mancato riposo e/o carichi di lavoro eccessivi. Salvo errori per dolo o colpa grave che non possono avere alcuna giustificazione, negli altri casi la vera colpa è da attribuire a chi ha creato o ha indotto per superficialità, ignoranza o cinismo le condizioni perché si abbia l'errore umano. Nella realtà della vita quotidiana però non è quasi mai successo che in casi del genere si risalga alla responsabilità dei Direttori delle Aziende sanitarie, degli amministratori regionali e/o nazionali ed eventualmente dei politici che hanno avallato la follia di alcune scelte. Molto spesso è stato dato in pasto cinicamente al pubblico ludibrio il malcapitato che ha involontariamente fatto l'errore per coprire responsabilità organizzative e politiche ben maggiori.

Quanto detto non vuol dire che si è contrari alla razionalizzazione della spesa e/o alla sua ottimizzazione, anzi la si

auspica al fine di liberare risorse utili all'ammodernamento tecnologico e strutturale del Ssn.

Non si è nemmeno contrari all'introduzione di principi di maggior razionalità e trasparenza della spesa sanitaria. Ci si chiede però quali siano state le motivazioni tecniche e/o politiche ed i soggetti che fino ad ora lo hanno impedito? Di sicuro non i medici dirigenti del Ssn.

Si è concettualmente e tecnicamente favorevoli alla chiusura dei piccoli ospedali dove occorra, ma questa non può avvenire solamente per motivazioni economiche, ma deve essere conseguente all'individuazione di requisiti minimi strutturali, tecnologici, organizzativi e di dimensioni su cui basare il grado di sicurezza dell'ospedale, mediante cui individuare una rete ospedaliera ed alla attivazione di una rete efficace di servizi sanitari territoriali.

Non è più accettabile che si perduri in scelte destrutturanti del Ssn, aumentando volutamente in modo esponenziale il grado d'insicurezza organizzativa e tecnologica dei suoi servizi.

La "revisione della spesa sanitaria", se non mira solamente a far cassa nell'immediato o a minimizzare e modificare nei fatti il modello sanitario pubblico italiano, deve avere come principio guida fondante l'aumento degli standards ospedalieri di sicurezza tecnologica ed organizzativa.

La maggiore sicurezza:

- facilita l'ottimizzazione dei servizi e la chiusura o riduzione di quelli pletorici senza posizioni ostative da parte dei pazienti;
- riduce gli sprechi indotti dalla "medicina difensiva" per paura delle conseguenze degli eventi avversi (fino ad oggi calcolata in circa 13 miliardi di euro l'anno);
- minimizza o in alcuni casi addirittura riduce i costi crescenti della spesa assicurativa in sanità.

Il vero slogan programmatico da perseguire deve essere: "Ospedale più sicuro per una migliore revisione della spesa sanitaria".

Tutela lavoro

Avv. Francesco Maria Mantovani - servizi@anaao.it

Incaricato della sostituzione

I diritti del dirigente medico

Nei casi di sostituzione del dirigente medico titolare di struttura complessa temporaneamente assente con diritto alla conservazione del posto (ad esempio per ferie, malattia, infortunio, ecc.), l'art. 18 del Ccnl 8 giugno 2000 - area dirigenza medica e veterinaria - prevede che la sostituzione è affidata dall'azienda, con apposito atto, ad altro dirigente della struttura medesima indicato entro il 31 gennaio di ciascun anno dal responsabile della struttura complessa, che - a tal fine - si avvale dei seguenti criteri:

- il dirigente deve essere titolare di incarico di struttura semplice o di alta specializzazione o comunque di incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo con riferimento, ove previsto, alla disciplina di appartenenza;
- la valutazione comparata del curriculum prodotto dai dirigenti interessati (art. 18, co. 1, c.c.n.l. 8 giugno 2000, così come integrato dall'art. 11, del c.c.n.l. 3 novembre 2005).

I predetti criteri, nell'ipotesi di sostituzione del titolare di struttura assente per cessazione del rapporto di lavoro (ad esempio, per quiescenza o licenziamento) dovranno essere osservati direttamente dall'Azienda, la quale dovrà, da un lato, verificare il possesso del requisito dell'incarico dirigenziale e, dall'altro lato, effettuare una valutazione comparata dei curricula dei candidati interessati.

Tale valutazione, in ossequio a principi di trasparenza, buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione (art. 97 Cost.), deve fondarsi su criteri oggettivi e predeterminati dall'azienda, la quale potrà, a tal fine, avvalersi dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia di selezione dei responsabili di struttura complessa (D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484), oltre che dei punteggi di valutazione stabiliti dalla legislazione sui concorsi pubblici per accedere alla dirigenza sanitaria (D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483).

L'art. 18 citato limita la durata massima del periodo di sostituzione a 6 mesi, prorogabili al massimo fino a 12, in attesa dell'espletamento di un nuovo concorso.

Al dirigente designato a sostituire il responsabile di struttura complessa spetta il trattamento economico individuato dall'articolo 18, comma 7, in cui - dopo aver affermato che le sostituzioni in esame non si configurano come "mansioni superiori" in quanto avven-

gono nell'ambito del ruolo e livello unico della dirigenza sanitaria - si stabilisce che se la sostituzione si protrae continuamente oltre tale periodo, il medesimo dirigente ha diritto ad una indennità mensile pari a 535,00 euro.

L'indennità d'incarico di direzione di struttura complessa si applica ad ogni eventuale periodo di sostituzione, anche se ripetuto nel corso dello stesso anno, e "per tutta la durata della stessa".

Nei casi in cui le Aziende non possono fare ricorso alla sostituzione interna sopra descritta, la disposizione in esame prevede che la struttura complessa temporaneamente priva di titolare possa essere affidata ad interim ad altro dirigente già titolare di corrispondente incarico (art. 18, comma 8), senza prevedere ulteriori o diverse possibilità di sostituzione.

Al riguardo, l'Aran ha precisato che l'affidamento della direzione ad interim ad un direttore di altra struttura complessa non comporta alcun aumento retributivo.

Infatti, osserva l'Aran che il riferimento dell'art. 18, comma 8, citato, "al dirigente con corrispondente incarico", senza alcuna indicazione per quanto riguarda l'eventuale trattamento economico, fa ritenere che, nel caso prospettato, non sia possibile l'erogazione dell'indennità di sostituzione.

Secondo le indicazioni dell'Aran, la regola di cui all'art. 18, comma 8, citato trova applicazione anche allorché sia stato superato il periodo massimo di 12 mesi in cui può operare un facente funzioni.

Infatti, secondo l'Aran, il limite massimo di 12 mesi preclu-

de il rinnovo o il prolungamento della nomina del facente funzioni, con la conseguenza che l'unica soluzione prospettabile resta quella dell'affidamento ad interim della struttura vacante ad altro direttore di U.O.C.

In ogni caso, qualora la sostituzione superi il limite massimo dei 12 mesi, il dirigente medico titolare di struttura semplice o di incarico di alta professionalità conserva il diritto alla corresponsione di un trattamento aggiuntivo.

Al riguardo, l'art. 52 del D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 - Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Pubbliche Amministrazioni -, secondo cui il dipendente della Pubblica Amministrazione adibito a mansioni superiori ha diritto alla differenza di trattamento economico con la qualifica superiore anche nel caso in cui la predetta adibizione sia illegittima, cioè effettuata al di fuori dei casi consentiti.

Del resto, la retribuitività dello svolgimento di mansioni superiori rispetto alla qualifica di appartenenza costituisce diretta applicazione del canone costituzionale della retribuzione proporzionata e sufficiente ex art. 36, comma 1, della Costituzione, come è stato affermato dalla giurisprudenza costituzionale (v. Corte Cost., 23 febbraio 1989, n. 57, in Foro it., 1989, I, 1741; Corte Cost., 19 giugno 1990, n. 296, in Riv. giur. lav., 1991, 139; Corte Cost., 27 maggio 1992, n. 236, in Foro it., 1993, I, 2453; Corte Cost., 31 marzo 1995, n. 101, in Foro it., Rep., 1995, voce Sanitario, 118; Corte Cost., 4 gennaio 1999, n. 1, in Foro it., 1999, I, 1).

Secondo un primo orienta-

mento giurisprudenziale, tale trattamento aggiuntivo continua a consistere nell'indennità mensile di cui all'art. 18, comma 7, citato.

Infatti, in accordo con alcune pronunce della Corte Costituzionale, tale giurisprudenza osserva che lo svolgimento di mansioni superiori non implica necessariamente l'automatica applicazione del corrispondente trattamento economico, ben potendo essere non pienamente omogenee le prestazioni lavorative effettuate; è bensì sufficiente - ma anche necessario per assicurare il principio di proporzionalità della retribuzione dell'articolo 36 della Costituzione - che "il temporaneo svolgimento delle mansioni superiori sia sempre aggiuntivamente compensato rispetto alla retribuzione della qualifica di appartenenza" (Corte Cost. 10 aprile 2003, n. 115; v. anche Corte Cost. 25 luglio 1997, n. 273).

Sempre secondo l'orientamento giurisprudenziale in esame, in base a quest'ultimo principio, lo specifico compenso aggiuntivo spettante al dirigente medico incaricato della sostituzione, è individuato dalla vigente contrattazione collettiva nella specifica indennità de quo, la quale resta quindi dovuta anche se la sostituzione si protrae oltre il limite dei 12 mesi in violazione delle disposizioni contrattuali.

Secondo altre recenti pronunce, invece, la prosecuzione dell'incarico di facente funzione oltre il periodo massimo consentito legittima il diritto alla corresponsione della differenza tra l'intera retribuzione spettante per l'incarico di direzione di struttura complessa e quella effettivamente percepita dal sostituto.



Giurisprudenza

↳ a cura di Paola Carnevale

I testi integrali delle sentenze sono pubblicati su www.anaao.it - sezione "sentenze in sanità"

Le sentenze della Corte di Cassazione

CASSAZIONE PENALE SEZIONE VI - SENTENZA N. 33150 DEL 23 AGOSTO 2012

REATO DI PECULATO DEL MEDICO CHE SVOLGE ATTIVITÀ INTRAMOENIA ALLARGATA

Un dirigente medico dipendente di un'Azienda Sanitaria campana è stato condannato dalla Corte d'Appello di Napoli, per i reati di falsità ideologica, peculato e truffa, poiché, autorizzato a svolgere attività lavorativa in regime di intramoenia presso il proprio studio, aveva ommesso di trasmettere alla Asl gli importi di sua spettanza in riferimento a talune somme incassate per le prestazioni eseguite, facendo apparire, con false attestazioni, incassi inferiori rispetto a quelli percepiti. Il medico, inoltre, avendo svolto prestazioni professionali anche in altro studio, senza la autorizzazione della Asl e senza emettere ricevute di pagamento, aveva indotto in errore l'Azienda Sanitaria sulle modalità di esercizio della sua attività libero-professionale, con danno per la Asl e per lo Stato. Da ciò la affermazione della sua responsabilità anche per il reato di truffa.

Il dirigente medico aveva proposto ricorso in Cassazione sul presupposto che l'attività di intramoenia allargata avrebbe natura privata, in quanto espressione di un pregresso rapporto fiduciario tra medico e paziente, che il primo gestirebbe in proprio e sotto la sua esclusiva responsabilità.

La Corte di Cassazione ha rigettato il ricorso, confermando la condanna per falsità ideologica e peculato. Preci-

sa la Suprema Corte, che integra il delitto di peculato la condotta del medico il quale, avendo concordato con la struttura ospedaliera lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia, e ricevendo per consuetudine dai pazienti (anziché indirizzarli presso gli sportelli di cassa dell'ente) le somme dovute per la sua prestazione, ne ometta il successivo versamento all'azienda sanitaria. Infatti, per quanto la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio non possa in linea teorica essere riferita al professionista che svolga attività intramuraria, detta qualità è comunque in ogni caso attribuibile a qualunque pubblico dipendente che "le prassi e le consuetudini" mettano nelle condizioni di riscuotere e detenere denaro di pertinenza dell'amministrazione.

Nella motivazione di questa sentenza, si è, in particolare, precisato che nella specie assumeva rilevanza non tanto l'attività professionale, quanto la virtuale sostituzione del medico ai funzionari amministrativi nell'attività pubblicistica di riscossione dei pagamenti. Tale orientamento, tra l'altro, è stato ribadito in altre decisioni della Cassazione, nel quale si è specificato che il medico, pur non potendosi qualificare dipendente pubblico, riveste tuttavia la qualità di pubblico ufficiale per la parte della sua attività inerente al versamento delle somme che sono dovute all'azienda: è per tale motivo configurabile il reato di peculato. La condotta che rileva infatti non è "l'attività professionale" ma il comportamento successivo ad essa, ovvero l'essersi appropriato dell'intero incasso senza aver

effettuato il versamento della quota all'ente.

La Cassazione ha, invece, annullato senza rinvio la sentenza impugnata, limitatamente al reato di truffa perché il fatto non sussiste. I Giudici di merito avevano ritenuto che il professionista avendo svolto prestazioni professionali anche in altro studio senza la autorizzazione della Asl e senza emettere ricevute di pagamento, aveva commesso una truffa ai danni della Asl di appartenenza, da lui indotta in errore sulle modalità di esercizio della sua attività libero-professionale, e con danno anche nei confronti dello Stato per la sottrazione delle somme incassate all'imposizione fiscale. In realtà, precisa la Cassazione, in base alla descrizione dei fatti contenuti nella sentenza di merito, nessuna attività fraudolenta risulta essere stata da lui compiuta in riferimento a tali prestazioni, che sono state da lui realmente effettuate. Eventuali falsificazioni documentali sono state poste in essere successivamente dall'imputato e non perfezionano gli artifici o raggiri richiesti dall'art. 640 c.p. (truffa). Pertanto la sentenza viene annullata senza rinvio limitatamente al reato di truffa.

CORTE DI CASSAZIONE SEZIONE LAVORO - SENTENZA N. 6742/2012

CONGEDI PARENTALI: IL SABATO E LA DOMENICA VANNO CONTEGGIATI?

Nel caso oggetto della sentenza n. 6742/2012 la Suprema Corte è stata chiamata a rispondere al seguente que-

sito: i giorni di sabato o di domenica o comunque i giorni festivi successivi ai giorni di rientro al lavoro devono essere computati nel congedo parentale, nel caso in cui la madre lavoratrice, che ne fruiscia in modo frazionato, rientri al lavoro il venerdì ovvero in qualsiasi altro giorno che preceda immediatamente una festività infrasettimanale, interrompendo così la fruizione del congedo? La risposta data dalla Corte di Cassazione al quesito è negativa.

Infatti, secondo giurisprudenza costante, il congedo parentale costituisce un diritto potestativo che può essere esercitato dal genitore-lavoratore al precipuo scopo di assicurare, con la propria presenza, il soddisfacimento dei bisogni affettivi del bambino e della sua esigenza di un pieno inserimento nella famiglia. A ciò deve aggiungersi che il congedo parentale frazionato è previsto esplicitamente dal d.lgs. 151/2001 ed è strutturato in maniera tale che la sua fruizione viene interrotta quando la lavoratrice rientra al lavoro, ricominciando a decorrere dal momento in cui la stessa riprende il periodo di astensione. Ciò implica che i giorni festivi, che ricadono interamente nel periodo di fruizione del congedo parentale, vengono computati nell'ambito dei giorni di congedo, mentre quei giorni festivi che non ricadono in tale periodo non sono computabili come giorni di fruizione del congedo stesso. Pertanto, se la lavoratrice fruiva del congedo dal lunedì al giovedì e tornava a lavorare il venerdì, riprendendo il congedo il lunedì successivo, è evidente che il sabato e la domenica non potevano essere conteggiati nei giorni di congedo. Second-

do il ragionamento posto in essere dalla Corte, la lavoratrice che organizza il congedo parentale in questo modo, altro non fa se non esercitare un suo diritto potestativo nel pieno rispetto della legge. Questo perché il d.lgs. 151/2001 prevede il diritto del genitore-lavoratore di astenersi da una prestazione lavorativa che sarebbe altrimenti dovuta. Conseguentemente, nella fruizione del congedo, non possono essere computate delle giornate in cui tale prestazione non è comunque dovuta.

CORTE DI CASSAZIONE SEZIONE LAVORO - SENTENZA N. 11462/2012

FERIE NON GODUTE - VANNO PAGATE LE INDENNITÀ SOSTITUTIVE

Le ferie non godute a causa di un periodo di malattia vanno sempre compensate con il pagamento dell'indennità sostitutiva. E non importa se il contratto collettivo di appartenenza dice diversamente, perché siamo di fronte ad un diritto non comprimibile e tutelato dalla Costituzione. Lo ha stabilito la Corte di Cassazione, con la sentenza n. 11462/2012, accogliendo la domanda (al momento del collocamento a riposo) del direttore dei servizi amministrativi di un istituto tecnico commerciale di Assisi a cui la Corte di appello di Perugia aveva negato l'indennità in quanto le assenze non erano motivate da "esigenze di servizio". A norma del contratto di categoria, infatti, era questa l'unica ipotesi in cui scattava sempre il diritto al pagamento dell'indennità.

segue da pag. 2

Diritto alla cura. DIRITTO A CURARE

complesse e semplici, ospedaliere e territoriali;

- il blocco contrattuale falcidia, specie per i più giovani, il potere di acquisto di retribuzioni ferme fino al 2014. Aumento dei carichi di lavoro con migliaia di ore straordinario e riposi compensativi disattesi, obsolescenza della tecnologia che non utilizza l'innovazione a salvaguardia della sicurezza, vetustà di ambienti ed impianti: non occorre andare lontano nella ricerca di spiegazioni al ripetersi di eventi avversi, in maniera superficiale etichettati dai mass media come malasanita. Lo smantellamento in atto del SSN non risparmia nemmeno la sicurezza delle cure ed alimenta lacrime di cocodrillo e caccia a capri espiatori dietro il cinismo finanziario della partita doppia. In fondo risparmiare in sanità è facile: basta non curare più e sorvolare sugli effetti collaterali della terapia. Invece che assistenza, gli ospedali producono contenziosi, disaffezione e fughe. E chi lascia porta via pezzi di servizi sanitari che diventeranno disponibili solo sul mercato privato. Con buona pace dei demagoghi impegnati in una caccia alle streghe che sta producendo un progressivo strangolamento della attività libero professionale intramoenia rendendola più onerosa dal punto di vista amministrativo e meno attraen-

te da quello economico.

Intanto, continua l'abuso di contratti atipici, spesso di breve durata, perché il costante blocco delle assunzioni alimenta forme di lavoro flessibile trasformatesi ben presto in sacche di precariato destinate a durare impedendo ad una intera generazione di progettare un futuro, perché è ormai evidente che la carenza di medici, determinata da ragioni anagrafiche e da errori di programmazione, non verrà colmata a breve, con drammi personali e professionali. Il modello aziendale ci spinge ai margini dei processi decisionali, fattori produttivi tra gli altri e pacchi postali, su cui fare leva per processi di abbattimento dei costi, macchine banali cui negare anche il diritto di contrattare le condizioni del proprio lavoro. Nella morsa di un aziendalismo orientato solo a spendere meno, in aziende sempre più incattivite dalle carenze di risorse, mal tutelati e con la prospettiva di pensioni fortemente ridotte, minacciati, nemmeno velatamente, dalla definizione di nuovi profili delle professioni non mediche sulle quali si cimentano senza sosta tavoli tecnici che Ministero e Regioni animano a getto continuo.

L'attacco a tutto campo ai professionisti del SSN, lascia alla Sanità italiana meno soldi,

meno personale, meno sindacato. E meno diritti.

Se così è non stupisce il messaggio in chiaroscuro che proviene dal Decreto Balduzzi. Per le cure primarie si prospetta una riorganizzazione spendendo, o illudendosi, di attingere alle risorse liberate dalla spending review, e la medicina universitaria è lasciata indisturbata, quasi una linea rossa che chi tocca muore, nella funzione di variabile indipendente, assoluta da ogni dovere rispetto a piani di rientro che si applicano, quindi, solo al personale dipendente del Ssn, chiamato a sopportarne tutti i costi, unico bersaglio della ristrutturazione, Medici e dirigenti sanitari diventano oggetto di mobilità coatta, precarietà organizzativa, mortificazione professionale ed economica. In prima linea, senza prospettive di vero cambiamento, e con risorse in diminuzione, resteranno loro i più esposti alla delegittimazione sociale e quindi facilmente trasformabili in comodi capri espiatori. Con un CCNL progressivamente trasformato dalla invadenza legislativa in un simulacro vuoto, cui vengono inferte ferite più o meno profonde. Una deregulation inaccettabile della forza-lavoro professionale che segna un arretramento sostanziale rispetto allo spirito ed alla lettera, del Dlgs 229/99, nonché al patto stipulato con i Professionisti dal Governo di allora. La svalutazione di una categoria professionale compromette, però, il destino di

un diritto dei cittadini alla efficacia e alla sicurezza delle cure, diritto uno e indivisibile non declinabile col codice di avviamento postale.

A fronte della evoluzione regressiva del nostro SSN, aggravata da sacche di spreco, di interessi illegali, di improprie relazioni tra politica e gestione, che mette in discussione i paradigmi interpretativi, operativi e le stesse finalità del sistema salute, oggi servirebbe alla Sanità una riforma-quater, che affronti finanziamento e Lea, assetti istituzionali e ruolo enti locali, governance del sistema, organizzazione del lavoro e ruolo dei professionisti. Nel frattempo dobbiamo costruire attivamente una civile e forte difesa del Servizio sanitario nazionale e, al suo interno, della nostra professione, della sua autonomia e dei suoi legittimi interessi. Legando questione sociale e questione professionale, interessi e diritti, per portare al centro il nostro lavoro ed i bisogni sociali.

Il servizio sanitario rappresenta un valore fondamentale per un Paese civile, anche e soprattutto in tempi di profonda crisi economica e, mentre gli inglesi ne celebrano la nascita alla apertura delle Olimpiadi, in Italia è in atto una sua progressiva disgregazione. Ma non si salva il sistema delle cure senza o contro chi quelle cure è chiamato a garantire, anzi "la valorizzazione del personale del Ssn, a partire dalla dirigenza, è condizione imprescindibile per salvaguardare

la sanità pubblica". I Professionisti del SSN, che si identificano con i luoghi del loro lavoro, a loro volta luoghi di identità collettiva delle comunità meritano, in nome della fatica e della complessità del compito che essi ogni giorno si assumono a tutela del diritto alla salute che la Costituzione riconosce ai cittadini, più rispetto e maggiore valorizzazione.

Per queste ragioni saremo in piazza il 27 ottobre insieme con tutti coloro che condividono il pensiero forte dell'articolo 32 della nostra Costituzione e vogliono opporsi a chi nell'abbandono delle cure vede l'unica fonte di risparmio. Solo la apertura di una nuova stagione da parte di tutte le forze che hanno a cuore il patrimonio del SSN potrà salvarlo da un evidente e progressivo abbandono. Noi faremo la nostra parte ma la sfida è per tutti.

Con queste finalità intendiamo portare una categoria forte e unita alla **manifestazione nazionale che si svolgerà a Roma sabato 27 ottobre 2012**, sapendo di chiedervi molto, ma è di molto che abbiamo bisogno, perché ad accontentarsi di poco ci si riduce a forza residuale e marginale. Dipende anche da noi come la Sanità uscirà dalla crisi, se più o meno aderente ai principi costituzionali ed ai valori che da molti decenni animano la nostra passione civile nel difendere la sanità pubblica e i nostri diritti.

Costantino Troise

Partecipiamo tutti alla Manifestazione Nazionale che si svolgerà a Roma sabato 27 ottobre 2012

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Direttore
Costantino Troise

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI PERIODICI SANITARI

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 settembre 2012