

## ADESSO BASTA

**L**e organizzazioni sindacali della dirigenza medica ritengono che la misura sia veramente colma. Prima l'offesa inqualificabile di essere macellai o nella migliore delle ipotesi, fannulloni. Poi gli attacchi diretti alla professione contenuti nella manovra economica e nella legge Brunetta sul pubblico impiego. Ed ora l'attacco alla nostra stessa dignità e deontologia professionale che si vorrebbero mortificare, sancendo l'obbligo di denunciare i clandestini che si dovessero rivolgere a noi per essere assistiti. Di fronte a questa situazione abbiamo deciso di dare una risposta unitaria, forte e determinata per affermare che non ci riconosciamo in alcun modo nelle accuse rivolte alla nostra professione, costituita da decine di migliaia di medici del Ssn che ogni giorno sono impegnati a garantire servizi di qualità, pur nelle evidenti e ben note difficoltà del nostro sistema sanitario. A chi ci accusa di essere "fannulloni" rispondiamo che i medici del Ssn ogni anno garantiscono: 4 milioni di interventi chirurgici; 13 milioni di ricoveri; 23 milioni di visite in pronto soccorso che vuol dire più di 62mila persone al giorno. Inoltre si contano milioni di prestazioni di diagnostica strumentale, di laboratorio e di immagini. E tutto questo in condizioni operative spesso carenti e in strutture sanitarie nella maggior parte dei casi vecchie di decine di anni e bisognose di ristrutturazioni e

**NON SIAMO SPIE, MACELLAI, FANNULLONI.**

**SIAMO MEDICI**

**ANAAO ASSOMED - CIMO ASMD - AAROI  
FP CGIL MEDICI - FVM - FEDERAZIONE CISL MEDICI  
FASSID - FESMED - FEDERAZIONE MEDICI UIL FPL**

ammodernamenti tecnologici. A chi ci accusa di essere "macellai" rispondiamo con i dati sull'efficacia e la qualità delle cure mediche del nostro sistema sanitario considerato universalmente tra i migliori del mondo, proprio grazie alla qualità e alla preparazione del personale medico e sanitario che vi opera. E infine ribadiamo con forza che non siamo spie, ma medici e con la nostra professionalità e impegno quotidiani cerchiamo di garantire a tutte le persone che a noi si rivolgono, indipendentemente dal sesso, dal censo, dal colore della pelle e dalla lingua che parlano la migliore salute e la migliore sanità possibile. Ribadiamo a questo Governo, come abbiamo già fatto con tutti i Governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni, che alcuni problemi pretendono immediate e adeguate soluzioni, non solo per garantire migliori condizioni di lavoro ai medici, ma anche e soprattutto per potenziare e migliorare un servizio sanitario che sia davvero al servizio della gente: maggiori investimenti in tecnologia e ricerca; difesa degli attuali livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale; tutela dell'equità di accesso al Ssn ed uguaglianza nell'offerta di prestazioni anche nelle Regioni con un alto debito; soluzione del precariato medico attraverso provvedimenti che consentano una progressiva stabilizzazione del rapporto di lavoro.

Roma, 11 marzo 2009  
Anaa Assomed - Cimo Asmd  
Aaroi - Fp Cgil Medici - Fvm  
Federazione Cisl Medici  
Fassid - Fesmed  
Federazione Medici Uil Fpl

*il documento sull'obbligo di denuncia degli immigrati irregolari a pagina 14*

### Sommario

#### GOVERNO CLINICO

Inizia alla Camera l'iter del Testo Unico, l'Anaa presenta le sue osservazioni  
*alle pagine 2-6*

#### TICKET

Una vera e propria giungla: per il sottosegretario Martini serve un confronto con le Regioni  
*alle pagine 7-9*

#### FARMACI

Il comparto farmaceutico si prepara a vivere una nuova stagione, con grandi cambiamenti  
*pagina 12*



**AVVIO DELL'ITER ALLA CAMERA  
PER IL TESTO UNICO SULLA GOVERNANCE**

# IL GOVERNO CLINICO SCALDA I MOTORI

Il governo clinico si prepara a tagliare il traguardo. E con qualche novità per medici&co.

Al Collegio di direzione viene assegnato un ruolo di primo piano nella pianificazione e programmazione delle attività gestionali e organizzative aziendali. Sono riveduti e corretti i criteri di selezione di manager e primari. È ritoccata la disciplina sul pensionamento. La tanto attesa riforma sulla governace è contenuta in un testo unificato (Cfr. testo nelle pagine successive) che raccoglie ben cinque proposte sulla materia, dal progetto di legge presentato da Domenico Di Virgilio e Giuseppe Palumbo del Pdl (C. 1552) e da Angela Napoli (C. 779) a quello proposto dall'ex-ministro della Salute Livia Turco (C. 977-ter) e da Maria Antonietta Farina Coscioni del Pd (C. 278) ai quali si aggiunge il testo di Silvana Mura dell'IdV (C. 1942).

Il nuovo provvedimento – composto da 12 articoli e messo a punto dopo un intenso lavoro di confronto in un comitato ristretto della Commissione da Domenico Di Virgilio, responsabile sanità di Forza Italia – approderà il 24 marzo prossimo alla Affari Sociali della Camera. E se non ci saranno sorprese, come ha annunciato Giuseppe Palumbo nella intervista pubblicata in questo numero di *Dirigenza Medica*, potrebbe passare all'esame dell'Assemblea entro la fine di marzo.

Quali sono i cambiamenti che potrebbero arrivare e che, per la prima volta, saranno applicati anche agli ospedali classificati?

Uno dei temi più caldi affrontato nel testo, che sicuramente rappresenta il cuore della nuova governance, è quello sui Direttori generali. La centralità del manager viene controbilanciata dal peso che assu-

Più poteri al Collegio di direzione. La selezione di manager e dirigenti medici avrà regole più trasparenti. Nuova formulazione della libera professione. È pronto il Ddl sul governo clinico che sta per sbarcare in Commissione Affari Sociali alla Camera. Il testo della proposta di legge, il documento dell'Anao Assomed e il commento dell'on. Giuseppe Palumbo (Pdl)

merà il Collegio di direzione: diventa, infatti, organo dell'azienda al pari della direzione generale. I suoi pareri saranno inoltre obbligatori: sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale e sul piano aziendale di formazione di medici e sanitari. Non solo, nell'ottica di restituire centralità al medico anche il collegio sindacale diventa organo dell'azienda.

Nel testo è previsto un restyling anche per requisiti e criteri di valutazione di manager e primari. Per i Dg si prevede

anche un corso di formazione in sanità pubblica e organizzazione aziendale organizzato dall'Agenas, curriculum pubblicati su internet, valutazione da parte di una commissione regionale. Per la loro valutazione la Regione dovrà dettare preventivamente i criteri che dovranno procedere sul solco di linee di indirizzi approvate dalla conferenza Stato-Regioni e dall'Agenzia.

Mentre per i primari sarà necessario un avviso pubblico tre mesi prima che il posto si liberi e la selezione sarà affidata a una commissione composta da cinque membri – direttore ge-

nerale e quattro medici specializzati nella stessa disciplina – scelti per sorteggio da un elenco nazionale. L'indicazione finale di una terna dalla quale il Dg pescherà con provvedimento "motivato". Spazio anche ai dipartimenti: diventano il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali. Il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, ma a richiesta si può lavorare fino ai 70 anni.

(E.M.)

 Ecco il Governo Clinico

## Il testo unificato proposto dal relatore Domenico Di Virgilio su "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Ssn"

### ART. 1

#### Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche

1. Il governo delle attività cliniche è assicurato dalle Regioni mediante i servizi delle competenti aziende sanitarie locali od ospedaliere, di seguito denominate «aziende», in conformità ai principi fondamentali stabiliti dai commi 2 e 3 del presente articolo, nonché a quelli individuati ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni. Le Regioni inoltre definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale del bisogno socio-sanitario e la continuità del percorso diagnostico-terapeutico assistenziale.

2. La clinical governance costituisce il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e di tutti i professionisti impegnati nel Ssn, attraverso una integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali implicati nell'assistenza al cittadino-malato.

3. Il governo delle attività cliniche consiste nella programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie ed è assicurato mediante il diretto coinvolgimento del collegio di direzione dell'azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge.

### ART. 2

#### Modifiche agli articoli 3 e 17 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Al comma 1-quater dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale»;
- b) il quinto periodo è sostituito dal seguente: «Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per le attività indicate all'articolo 17»;
- c) dopo il comma 1-quinquies è inserito il seguente: «1-sexies. Il collegio di direzione concorre alla pianificazione strategica delle attività e degli sviluppi gestionali e organizzativi, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sa-

nitarie e di alta integrazione sanitaria. Il collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e di formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale, sul piano aziendale di formazione del personale medico e sanitario. ».

2. Le decisioni del direttore generale eventualmente assunte in contrasto con il parere del collegio di direzione sono adottate con provvedimento motivato.

3. La responsabilità sugli atti proposti con parere obbligatorio al direttore generale è condivisa tra il direttore generale e il collegio di direzione.

4. Il comma 2 dell'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente: «2. La Regione disciplina l'attività e formula atti di indirizzo relativamente al funzionamento e all'attività del Collegio di direzione anche con natura di organo dell'azienda. Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore sanitario d'azien-

da e ha una componente di diritto formata dal direttore amministrativo d'azienda, dai direttori di presidio, fino a un massimo di tre, e da tutti i direttori di dipartimento e una componente elettiva costituita da tre direttori di unità operativa complessa che non siano anche direttori di dipartimento e da due dirigenti di primo livello (medici), da un rappresentante del settore infermieristico, da un rappresentante del settore tecnico-sanitario, da un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni, da un rappresentante dei medici convenzionati e solo nelle aziende territoriali anche da un medico veterinario. I componenti elettivi sono designati dalle rispettive assemblee appositamente convocate con modalità stabilite dalla Regione. Nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, nel collegio di direzione è assicurata l'adeguata rappresentatività sia della componente medico-ospedaliera che di quella universitaria ».

### ART. 3

#### Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali

1. All'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 2, dopo il primo periodo, è inserito il seguente: «Le Regioni rendono nota, con congruo anticipo, adottando misure di pubblicità e di trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti Internet, l'attivazione delle procedure per la copertura delle vacanze dei posti di direttore generale delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere»;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente: «3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti: a) diploma di laurea; b) esperienza almeno quinquennale presso enti, aziende o strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie;

c) certificato di frequenza di un corso di formazione in materia di Sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. I corsi di formazione sono organizzati, con oneri a carico dei partecipanti, dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). I direttori generali in servizio possono conseguire l'attestato di frequenza del suddetto corso entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge. I corsi possono essere organizzati anche in ambito regionale o interregionale in collaborazione con le università o con altri soggetti pubblici o privati accreditati. Le Regioni rendono noti, adottando misure di pubblicità e trasparenza, accessibili al pubblico anche utilizzando i propri siti Internet, i curricula degli aspiranti medesimi»;

d) dopo il comma 3 è inserito il seguente: «3-bis. I requisiti di cui al comma 3 sono valutati da una commissione nominata da ogni singola Regione, i cui componenti sono scelti da un elenco nazionale redatto e curato dall'Agenas»;

e) il primo periodo del comma 5 è sostituito dal seguente: «Le Regioni determinano preventivamente i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, degli obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e fun-

Intervista a **GIUSEPPE PALUMBO** presidente Commissione Affari Sociali

## “La classe medica al centro della nostra attenzione”

Per il presidente della Commissione Affari Sociali, nel Ddl a firma Di Virgilio che riunisce in un testo unificato cinque proposte sulla governance, le richieste che i medici portano avanti da anni ricevono finalmente risposte adeguate. È stata cancellata, come richiesto dall'Anao Assomed, la divisione della dirigenza in due livelli, presente nella precedente bozza di Ddl. Ma sulla presenza del membro universitario nella commissione di nomina dei primari, Palumbo non sembra abbia intenzione di cambiare idea

**Presidente Palumbo, è stato difficile il lavoro di mediazione per arrivare ad un testo unico?**

Direi di no perché alla fine le idee sono state molto vicine. Le differenze sono state al più di carattere metodologico, ma nel complesso siamo stati tutti d'accordo e così siamo potuti arrivare alla definizione del testo base. A fine febbraio si è chiuso il tempo per la presentazione degli emendamenti in

commissione. Ora aspettiamo gli eventuali rilievi della commissione Bilancio relativi agli aspetti economici e per la fine di marzo il testo dovrebbe essere pronto per la discussione in Aula. **La preparazione del Ddl è stata preceduta da una serie di audizioni dei rappresentanti della classe medica. Quali sono state le istanze avanzate dalle categorie mediche?** Le istanze che hanno presentato i medici

ospedalieri riguardano una maggiore rappresentanza nell'ambito della gestione dell'azienda ospedaliera, nel Collegio di direzione e nel rapporto con il Direttore generale. In questi anni, infatti, la gestione dell'azienda è stata sempre più manageriale a discapito della componente medica che è stata pian piano esclusa creando degli scompensi in quanto decisioni, anche importanti, sono state

prese senza la condivisione dei medici.

**E questa esclusione si è ripercossa anche a livello di concorsi, penso ad esempio**

*segue a pag. 6* ➔



Giuseppe Palumbo

## Ecco il Governo Clinico

zionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati con la Regione. Gli strumenti regionali dovranno essere coerenti con linee guida approvate dalla conferenza Stato-Regioni, su proposta del ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, sentita l'Agenas. Negli organismi di valutazione è prevista la presenza di un rappresentante dell'Agenas;

f) al comma 6 è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il provvedimento che conferma o meno il direttore generale deve essere adeguatamente motivato e deve essere pubblicato sui siti Internet della Regione e dell'azienda sanitaria interessata».

2. Il metodo di valutazione utilizzato è scientificamente validato con criteri legati agli obiettivi assegnati contrattualmente al manager.

### ART. 4

#### Modifica all'articolo 15-ter del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

1. Fermo restando il principio della invarianza della spesa, fino all'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, comma 4, della legge 5 giugno 2003, n. 131, e successive modificazioni, e salva la potestà legislativa regionale, da esercitare in base ai principi desumibili dalla legislazione statale vigente in materia, al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 15-ter, il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, compatibilmente con le risorse finanziarie a tale fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale. I compiti professionali e le funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, di intesa con il Collegio di direzione, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale e tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui al citato articolo 15, comma 5. Gli incarichi di struttura semplice sono attribuiti dal direttore generale, su proposta del dirigente di struttura complessa, sentito il collegio di dipartimento, a un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi di funzioni hanno durata non inferiore a tre anni e non

superiore a cinque con facoltà di rinnovo. Sono definiti contrattualmente l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico»;

b) il comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente: «2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale esclusivamente previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, di norma tre mesi prima che il posto si renda vacante. A tale fine, il direttore generale nomina una commissione di cinque membri presieduta dal direttore sanitario e composta da quattro dirigenti di struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco nazionale, redatto e curato dall'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), composto dai responsabili di struttura complessa i cui nominativi sono trasmessi a cura delle rispettive Regioni di appartenenza. La commissione formula un giudizio motivato su ciascun candidato, tenendo conto distintamente dei titoli professionali, scientifici e di carriera posseduti. La commissione, sulla base delle valutazioni effettuate, presenta al direttore generale una terna all'interno della quale il direttore generale nomina, motivando, il vincitore. Nelle commissioni delle aziende ospedaliere integrate con l'università, uno dei componenti della commissione è nominato dalla facoltà tra i professori universitari di ruolo apicale della disciplina in concorso. Nelle aziende miste, per le unità operative a direzione universitaria la nomina spetta all'università. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve»;

c) al comma 4 dell'articolo 15-ter sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Al dirigente preposto a una struttura semplice sono attribuite funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuare anche mediante diretti ve per il corretto espletamento del servizio a tutto il personale operante nella stessa, compresi i dirigenti con funzioni di natura professionale. Il dirigente sostituisce altresì il dirigente preposto alla struttura complessa di cui fa parte, su incarico dello stesso».

### ART. 5

#### Valutazione dei dirigenti medici di struttura complessa e dei direttori di dipartimento

1. Gli strumenti valutativi dei dirigenti sanitari di struttura complessa e dei direttori di dipartimento vengono definiti dalle Regioni. Essi dovranno prevedere la quantità di prestazioni sanitarie "prodotte" in riferimento agli obiettivi assistenziali concordati con il direttore generale e la valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi. Gli strumenti di valutazione devono essere presenti anche nel contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica sanitaria e coerenti con specifiche linee guida adottate nell'ambito dell'atto di indirizzo predisposto dal Comitato di settore, approvato dal Consiglio dei ministri. Le linee guida sono proposte dal ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali, sentita l'Agenas. Le linee guida dovranno prevedere anche la tipologia di premialità e di penalizzazione da applicare in relazione all'esito della valutazione. Negli organismi regionali di valutazione deve essere prevista anche la presenza di un rappresentante dell'Agenas.

### ART. 6

#### Dipartimenti

1. L'articolo 17-bis del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, è sostituito dal seguente: «Art. 17-bis (Dipartimenti).

1. L'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

2. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale tra una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, proposta dal comitato di dipartimento, e sentito il collegio di direzione. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

3. Le Regioni disciplinano le competenze dei dipartimenti delle attività ospedaliere, territoriali e della prevenzione nonché le modalità di assegnazione e di gestione delle risorse su base budgetaria. La direzione dei dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità clinica, sia di responsabilità gestionale e organizzativa in ordine alle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi di risultato. A tale fine il direttore del dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e di gestione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. Il comitato di dipartimento è composto da tutti i responsa-

bili di unità operative complesse dell'azienda, partecipa alla programmazione, alla realizzazione, al monitoraggio e alla verifica delle attività dipartimentali.

4. L'organizzazione in dipartimenti è adottata dalle Aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge; trascorso tale periodo, qualora la suddetta organizzazione non venisse adottata, il direttore generale delle stesse non accede alla quota variabile del compenso».

### ART. 7

#### Responsabilità dei direttori di dipartimento

1. Nel titolo V del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo l'articolo 17-bis, è aggiunto il seguente: «Art. 17-ter (Responsabilità dei direttori di dipartimento).

1. Ai direttori di dipartimento, nell'ambito delle rispettive competenze definite dalla normativa regionale, sono attribuite responsabilità di indirizzo e di valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie finalizzate a garantire che ogni assistito abbia accesso ai servizi secondo i principi di ottimizzazione dell'uso delle risorse assegnate, di appropriatezza clinica e organizzativa dell'attività, di efficacia delle prestazioni in base alle evidenze scientifiche, di minimizzazione del rischio di effetti indesiderati e di soddisfazione dei cittadini. 2. Al fine di una ottimizzazione dell'occupazione dei posti letto, nel quadro delle predette attività, al direttore del dipartimento è attribuita l'organizzazione e la gestione flessibile dei posti letto da distribuire tra le strutture semplici e complesse, sentito il Collegio di direzione».

### ART. 8

#### Limiti di età

1. Il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fermo restando quanto previsto dall'articolo 15-novies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. È comunque facoltà del dirigente di permanere, a domanda, in servizio fino al compimento del settantesimo anno di età. Il collegio di direzione dell'azienda competente, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge, può disporre, a tali fini, un preventivo esame di idoneità con riferimento alla specifica funzione svolta, e con parere motivato.

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assi-

stenziali con il collocamento a riposo o fuori ruolo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230.

### ART. 9

#### Modifiche all'articolo 72 del DL del 25/06/2008, n. 112

1. Al comma 11 dell'articolo 72 del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge del 6 agosto 2008 n. 133, le parole «anzianità massima contributiva di 40 anni» sono sostituite dalle seguenti: «anzianità massima di servizio di 40 anni esclusi i periodi di riscatto», fatto salvo quanto previsto dall'articolo 8 della presente legge.

### ART. 10

#### Produttività del servizio e attività professionale dei medici

1. Le Regioni disciplinano l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari del Servizio sanitario nazionale nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) i dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale intrattengono con lo stesso un unico rapporto di lavoro;

b) compete a tali dirigenti, anche se incaricati della direzione di strutture complesse, il diritto a esercitare l'attività libero-professionale, nel rispetto delle condizioni stabilite dai commi seguenti al fine di garantire una migliore produttività nell'ambito delle strutture del Servizio sanitario nazionale;

c) l'attività libero-professionale deve essere svolta al di fuori dell'orario di servizio, e può esercitarsi nella forma singola e/o di équipe. Il luogo di esercizio della medesima è scelto dal dirigente interessato, all'interno (intramoenia) o all'esterno (extramoenia) della struttura di appartenenza.

2. Le modalità di esercizio sono definite dalle Regioni nel rispetto dei seguenti principi:

a) i volumi prestazionali di attività professionale ammessi devono, sia per l'intramoenia sia per l'extramoenia, non essere in ogni caso superiori alle corrispondenti attività della medesima forma e tipologia effettivamente svolte a favore della struttura sanitaria di appartenenza per analoga durata;

b) la tariffa professionale per l'intramoenia è definita, previo accordo quadro aziendale con le OoS della dirigenza medica firmatarie del Ccnl, dal singolo dirigente, in contraddittorio con l'azienda;

c) nel caso di attività professionale svolta all'interno della struttura di appartenenza (intramoenia) spetta a ciascuna Azienda sanitaria garantire l'allestimento di idonei spazi autonomi, le necessarie dotazioni organiche e

strumentali, un separato centro di prenotazione (Cup) nonché la definizione di un orario di svolgimento compatibile con l'esercizio dell'attività istituzionale. Per l'attività svolta all'interno della struttura della azienda, compete alla medesima una quota della tariffa per assicurare la piena copertura dei costi sopportati per l'apprestamento e la gestione delle strutture necessarie al suo svolgimento;

d) l'esercizio libero-professionale svolto all'esterno delle strutture aziendali non deve comportare né oneri per l'azienda né oneri per il professionista nei confronti dell'azienda stessa;

e) la Regione, anche avvalendosi dell'Azienda nazionale dei Servizi sanitari regionali (Agenas), svolge attività di monitoraggio e di controllo sullo svolgimento della libera professione in termini di tempi e di prestazioni per garantire il rispetto del precedente punto a);

f) l'indennità di esclusività non spetta a chi svolge attività professionale all'esterno della struttura del Servizio sanitario nazionale con cui intrattiene il rapporto di lavoro. Essa è dovuta anche a chi eserciti attività libero-professionale all'esterno della struttura, solamente quando ciò sia addebitabile a carenze strutturali e organizzative dell'azienda.

#### ART. 11

##### Libera professione intramuraria degli infermieri

1. Ai fini di un'efficace organizzazione dei servizi sanitari, fermi restando i vincoli finanziari delle disposizioni vigenti, gli infermieri operanti con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle aziende del Servizio sanitario nazionale, negli Irccs e nelle strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale sono autorizzati a esercitare la libera professione intramuraria, come previsto dall'articolo 1, commi 2 e 3, della legge dell'8 gennaio 2002 n. 1.

2. Le aziende del Servizio sanitario nazionale, gli Irccs e le strutture sanitarie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale emanano entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge specifici regolamenti per l'effettuazione della libera professione intramuraria degli infermieri.

#### ART. 12

##### Norma finale

1. Tutte le disposizioni previste dalla presente legge valgono, obbligatoriamente, anche per gli ospedali classificati a norma dell'articolo 4 comma 12 del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992.

Le osservazioni dell'ANAAO ASSOMED sul Governo clinico inviate ai deputati della Commissione Affari Sociali

## NO ALL'ESPANSIONISMO UNIVERSITARIO E ALL'INVADENZA DELLE AUTONOMIE CONTRATTUALI

**S**u un aspetto l'Anaa Assomed è sicuramente d'accordo: è necessario procedere alla definizione di nuove norme per regolare la governance delle aziende sanitarie. Tuttavia nel testo unificato presentato dal deputato Di Virgilio ci sono proposte sicuramente da respingere al mittente ed altre sui cui permangono forti perplessità.

Sono due in particolare i punti sui quali il sindacato ha espresso il suo "no" deciso. Il primo riguarda l'ipotesi di inserire un componente universitario nelle Commissioni per l'affidamento dell'incarico di direzione di strutture complesse del Ssn, sia pure "soltanto" per le Aziende Integrate. L'altro "no" è alla scelta da parte dei direttori sanitari dell'assegnazione degli incarichi dirigenziali.

Proposte queste che, insieme ad altre criticità segnalate dal sindacato, appaiono lesive della professionalità dei medici ospedalieri ed ostative di una efficiente organizzazione. Per questo l'Anaa Assomed ha chiesto ai parlamentari una modifica del testo dichiarandosi disponibile ad un confronto costruttivo. Ma vediamo quali sono le osservazioni del sindacato al Testo unico sulla governance.

#### AZIENDE INTEGRATE E SCELTA DEI PRIMARI

È da respingere con forza l'inserimento di un componente universitario nelle Commissioni per l'affidamento dell'incarico di direzione di strutture complesse del Ssn.

Le Aziende integrate, spiega l'Anaa – quota importante della rete ospedaliera e che comprendono le strutture dotate di più elevata complessità tecnologica e densità di risorse professionali – dovrebbero realizzare una integrazione di "funzioni" tra assistenza (mission del Ssn) e didattica e ricerca (mission della Università, cui compete solo quella parte di assistenza ad esse necessaria) e non di stato giuridico tra medici ospedalieri (dipendenti dal Ssr e inquadrati nel pubblico impiego) e medici universitari (dipendenti dal ministero della Istruzione e rientranti tra le categorie speciali della Pubblica Amministrazione). Questo vuol dire che ognuna delle componenti professionali mantiene le prerogative previste dal rispettivo ordinamento, in particolare per quanto riguarda i requisiti di accesso, i criteri e le procedure per la progressione di carriera, l'età di quiescenza, i sistemi di valutazione, ecc. Tant'è che la nomina dei Direttori universitari di struttura complessa non prevede alcuna commissione o selezione, ma una investitura diretta tramite intesa tra Rettore e Direttore generale.

Quindi alla luce di queste considerazioni la proposta è da cancellare in quanto mancano totalmente motivazioni di ordine logico, normativo o organizzativo.

"I 110mila medici ospedalieri considerano una tale modifica un aspetto della strategia colonizzatrice della Facoltà di Medicina – sottolinea

l'Anaa – un nuovo esempio di una loro subordinazione al mondo accademico, una impropria esondazione di uno stato giuridico nell'ambito delle prerogative dell'altro, tale da contraddire in maniera clamorosa il principio della pari dignità delle due componenti nel difficile processo di integrazione auspicato". Insomma, un'invasione che la Facoltà di medicina, che fa capo al ministero della Istruzione, esercita nel campo della funzione assistenziale propria degli Ospedali, che fanno capo alle Regioni, con il pretesto della didattica e della ricerca (unici ruoli istituzionali della Università). Tradotto: questa proposta è "niente altro che un grimaldello che mira alla utilizzazione della direzione di strutture complesse come ricompensa di mancate carriere accademiche, un ulteriore tassello di una strategia che porta ad inevitabile collisione non solo con i legittimi interessi dei medici ospedalieri; ma anche con le prerogative delle Regioni in fatto di programmazione sanitaria". E questo senza alcuna forma di reciprocità, visto che una componente ospedaliera non è prevista nei concorsi universitari.

Sarebbe invece preferibile, anche perché i tempi sono maturi, abolire – in parallelo con la proposta di innalzamento dell'età di quiescenza – l'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del Ssn, vista l'eccessiva lunghezza del percorso formativo post laurea,

che condanna i giovani medici alla perdita della massima tutela previdenziale, e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione. In sostanza, dichiara l'Anaa "i medici ospedalieri non cederanno spazi e competenze all'espansionismo universitario".

#### ATTRIBUZIONE DEGLI INCARICHI

Da bocciare anche la lettera a) del comma 1 dell'articolo 4 che disarticola il sistema di attribuzione degli incarichi previsti dal Ccnl (Cfr. box). Per l'Anaa attribuire il potere di proposta di "compiti professionali e funzioni di natura professionale" al Direttore sanitario "di intesa con il Collegio di direzione", e non al Direttore della Uo di afferenza, significa non solo contribuire a svuotare il ruolo di quest'ultimo, ma anche caricare la Direzione sanitaria di un compito gravoso e improprio, da svolgere in assenza di necessari elementi di conoscenza delle competenze e delle capacità dei singoli professionisti, spesso relative ad ambiti di attività specifici e limitati, che operano all'interno della Azienda. Senza contare che le competenze del Direttore sanitario sono spesso limitate all'area di Igiene e Organizzazione con scarse correlazioni con la professionalità clinica che costituisce, invece, il fondamentale oggetto dell'incarico affidato. Né è immaginabile che, soprattutto nelle Aziende più grandi dove operano centinaia di professionisti, uno dei componenti la Direzione strategica possieda elementi di conoscenza delle capacità e delle competenze di tutti i Dirigenti.

È inoltre forte anche la contraddizione con quanto previsto dallo stesso articolo per gli incarichi di responsabilità di strutture semplici, la cui proposta rimane giustamente affidata al Direttore di struttura complessa ed alla valutazione dipartimentale.

segue da pag. 3 - Intervista a GIUSEPPE PALUMBO

## LA CLASSE MEDICA AL CENTRO DELLA NOSTRA ATTENZIONE

Insomma, anche l'articolo 5 appare degno di modifiche laddove prefigura un'invasione di prerogative ed autonomie contrattuali delle Organizzazioni sindacali.

### NOMINA DIRETTORI GENERALI

L'Anao concorda con la volontà di puntare sulle caratteristiche professionali degli aspiranti all'incarico, con riguardo alle esperienze di lavoro e formative in materia di sanità pubblica ed organizzazione e gestione in ambito sanitario. Occorrono requisiti che elevino laasticella della qualità professionale tenendo conto della specificità della funzione, curricula verificabili e trasparenza delle procedure accompagnati da sistemi di valutazione, in itinere ed al termine dell'incarico, su obiettivi comprensibili, raggiungibili e misurabili, e non solo di natura economica. Senza dimenticare di introdurre un limite di età.

### COLLEGIO DI DIREZIONE

Promossa a pieni voti l'individuazione del Collegio di Direzione tra gli organi della Azienda Sanitaria. La funzione di "organo" - sottolinea il sindacato - deve, però per non ridursi a pura petizione di principio, essere sostanziata di nuove competenze.

L'esercizio di un ruolo di governo da parte dei professionisti richiede il coinvolgimento diretto nella definizione degli obiettivi di qualità del servizio e nella valutazione degli esiti; la valorizzazione prioritaria dei percorsi clinico assistenziali integrati, delle linee guida, delle procedure di sicurezza di pazienti e di operatori, della ricerca applicata e delle innovazioni gestionali ed organizzative; il sistematico utilizzo di audit qualificati preposti alla valutazione della qualità percepita dei servizi resi; la implementazione di una cultura dell'errore come elemento di apprendimento dei professionisti in una ottica proattiva.

I pareri obbligatori, alcuni dei quali potrebbero anche avere carattere vincolante, devono

**alla selezione per diventare direttore di unità operativa complessa. Come cambierà la situazione?**

Sicuramente, la selezione per diventare direttore di unità operativa complessa finora, nei fatti, è stata gestita da un lato dal management e dall'altro dalla politica. L'obiettivo del disegno di legge è di mettere mano alla gestione dei concorsi per la direzione di unità operativa complessa dove ci sarà una commissione composta di medici che faranno una graduatoria all'interno della quale il manager dovrà scegliere.

**Gli ospedalieri pur riconoscendo che il provvedimento presenta aspetti indiscutibilmente utili e positivi, lamentano la presenza di due "polpette avvelenate". Nello specifico: si prospetta una divisione della dirigenza in due livelli perché la vivono**

**come un ritorno al passato...**

La interruzione per dirle subito che questo elemento di preoccupazione, la divisione della dirigenza in due livelli, è stata tolta quindi possono stare tranquilli.

**Bene, l'altro elemento di preoccupazione che viene sempre vissuto come un ritorno al passato è la reintroduzione del membro universitario nella commissione per i concorsi di nomina dei dirigenti di struttura complessa nelle Aziende a gestione mista Ospedale Università. Cosa può dire in proposito?**

Il membro universitario è stato mantenuto e la preoccupazione non riesco a capirla. Voglio dire che non mi sembra uno scandalo se in una direzione di unità operativa complessa composta da quattro commissari, uno è un

universitario. D'altronde stiamo parlando di un reparto, all'interno di un'azienda mista, dove ci sono due professionalità, quella ospedaliera e quella universitaria, che fanno lo stesso mestiere. Stiamo parlando di mettere un rappresentante universitario solo nelle aziende miste. In quelle ospedaliere non ci verrebbe mai in mente di porre un universitario. Quindi ritengo che la critica sia pretestuosa. Comunque vorrei tranquillizzare i medici ospedalieri ricordando che il Ddl parla anche dell'età pensionabile, dove c'è un'equiparazione con gli universitari quindi se vorranno potranno chiedere all'azienda di restare in servizio fino ai 70 anni. Il Ddl poi parla della libera professione intramoenia, parla del problema della gestione del rischio clinico, che è di grande importanza insieme al problema assicurativo. Inoltre, abbiamo tenuto presente temi cari alla classe medica, battaglie che

portano avanti da tempi immemorabili come i criteri di nomina dei Direttori generali e la selezione dei direttori di struttura complessa.

**Parlare di governo clinico significa parlare di ammodernamento del Ssn, quindi di programmazione, di gestione dei servizi, di bisogni dei cittadini e dunque anche di territorio, o meglio di una sua riorganizzazione.**

Per i medici di famiglia c'è una riorganizzazione del territorio che deve essere sempre più collegata con l'ospedale in maniera tale che ci sia maggiore coesione con il territorio al fine di evitare un'ospedalizzazione eccessiva del malato. Obiettivo di questo testo unificato è una collaborazione più stretta tra il medico di famiglia e il medico ospedaliero. Se ciò avvenisse significherebbe alleviare il pronto soccorso in maniera tale che il territorio possa agire come filtro.

(S.S.)

essere espressi, suggerisce l'Anao, su materie quali le strategie aziendali inerenti la qualità clinica, inclusa la valutazione degli indici di performance delle Unità operative, i provvedimenti di bilancio preventivo e consuntivo, l'Atto aziendale, i provvedimenti di organizzazione del personale, la programmazione aziendale della formazione e della ricerca, l'organizzazione della attività libero professionale intramoenia. Mentre il Collegio di Direzione potrebbe esprimere il proprio "gradimento", a carattere non vincolante, sulla proposta di nomina del Direttore Sanitario che è chiamato a presiederlo. E ancora, il sindacato concorda con la volontà di determinare una composizione del Collegio non interamente riconducibile alle scelte del Dg sia restringendone il potere di nomina dei Direttori di dipartimento all'interno di una terna proposta dal Comitato di Dipartimento sia prevedendo una quota elettiva accanto alla presenza di diritto dei Direttori di Dipartimento.

Nelle Aziende integrate nell'ambito della quota di diritto si deve realizzare la parità tra componente ospedaliera e universitaria. L'attuale situazione, in cui la componente universitaria prevale nella direzione dei Dipartimenti, e quindi nella composizione dei Collegi di direzione, pur essendo numericamente di gran lunga minoritaria nelle dotazioni organiche, non è giustificata da alcuna diversità "biologica".

### INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA

È da condividere anche la previsione di affidamento dell'incarico di direzione di struttura complessa esclusivamente attraverso le procedure già previste dal Dlgs 229/1999 (art. 15-ter) evitando alternative surrettizie, illegittime quanto largamente diffuse in molte Regioni, quali il ricorso per lo svolgimento di attività ordinarie all'articolo 15 septies del Dlgs 229/1999 che andrebbe abolito.

Il bando di selezione dovrebbe specificare le caratteristiche,

i requisiti curriculari e le competenze professionali richieste in ragione della tipologia delle attività da garantire come previste dalla programmazione strategica aziendale. Bisogna però modificare la tanto discussa normativa in vigore valorizzando l'autonomia della professione attraverso la restituzione ai suoi rappresentanti della potestà della scelta.

Le larghe commissioni previste - presiedute dal Direttore del dipartimento - e composte da membri estratti a sorte in un albo nazionale dovrebbero, attraverso una valutazione analitica pesata del curriculum professionale, formulare una vera graduatoria. Il carattere distintivo dell'incarico di direzione di struttura complessa è, infatti, l'esercizio di funzioni tecnico professionali in regime di autonomia per cui non appare ulteriormente invocabile la necessità di un rapporto fiduciario con il Dg, a differenza del management intermedio, rappresentato dai Direttori di Dipartimento, dove gli aspetti di coordinamento e controllo dei

processi operativi appaiono prevalenti.

Su questo fronte occorrerebbe pensare ad analoghi meccanismi selettivi anche per i Direttori di Uo assistenziali universitari, pur nel rispetto della autonomia universitaria, a supporto della intesa tra Rettore e Dg, escludendo investiture automatiche e duplicità di ruoli giuridici.

### ETÀ DI QUIESCENZA

Bene la volontà di prevedere una disciplina omogenea per il personale ospedaliero dipendente e quello universitario con compiti assistenziali. Però, sottolinea il sindacato, in mancanza di una riforma delle politiche di ingresso dei medici nel Ssn che ne abbassino l'età di accesso, e per evitare che - in virtù anche del blocco del turnover - l'innalzamento della età di quiescenza contribuisca al progressivo invecchiamento del Ssn, appare preferibile raggiungere l'obiettivo abbassando il limite previsto per il personale universitario dalla legge 230/2005.

Inchiesta de *IL BISTURI*

# I TICKET? UNA GIUNGLA

Nessuno ne parla più. Eppure i ticket esistono. Eccome se esistono, e con differenze da una Regione all'altra per peso e modalità di riscossione. Con la conclusione che il nostro ancora una volta si conferma come il Paese delle diversità, quasi sempre a spese del cittadino. È questa la fotografia del ticket in Italia scattata in uno speciale de *Il Bisturi* sulla base dei dati Ceis Sanità

**S**e dovete comprare un medicinale vi conviene andare in Basilicata, in Calabria, in Emilia o in una delle altre sei Regioni dove il ticket sui medicinali non si paga (e nemmeno nella P.A. di Trento). Se poi credete di

aver bisogno del Pronto soccorso, allora provate ad andare sempre in Basilicata e in Calabria, ma anche nel Lazio, perché lì non vi chiederanno un soldo di ticket, neanche per i codici bianchi, mentre nelle altre Regioni rischiate di pagare più di qualche de-

cina di euro. Nel caso in cui vi serva qualche prestazione specialistica o di diagnostica, tenetevi alla lontana dal Lazio: per rientrare dal deficit sanitario la Regione ha dovuto applicare ticket salati su questi servizi.

È questa l'Italia dei ticket (e

delle esenzioni), un'Italia con il vestito d'Arlecchino fotografata in uno speciale de *Il Bisturi* sulla base dei dati Ceis Sanità.

Per esempio, come abbiamo detto, ci sono nove Regioni e una Provincia autonoma che non chiedono ai loro cittadi-

ni alcuna compartecipazione alla spesa per i medicinali, né sulle ricette né sulle confezioni prescritte. Per il resto, ciascuna ha fatto come meglio ha creduto, applicando cifre variabili sia sulle confezioni sia sulle ricette oppure sulle une o sulle altre. Per dire: c'è l'Abruzzo che prevede il pagamento di 50 centesimi a confezione con un massimo di un euro a ricetta e c'è il Lazio che da gennaio di quest'anno fa pagare un ticket di 2,5 euro per ciascuna confezione che abbia un prezzo di vendita pari o inferiore a 5 euro e di 4 euro per confezioni che superano quella cifra. Oppure c'è la Sicilia che fa pagare da un euro a confezione per malattie croniche e rare fino a 4,5 euro a confezione per farmaci con prezzo sopra i 25 euro.

Ma i ticket, come sappiamo, non si applicano soltanto ai medicinali. Ci sono anche quelli al Pronto soccorso. In questo caso, forse, la fantasia s'è meno sbizzarrita, ma comunque ben esercitata. Basti pensare che soltanto tre Regioni non lo chiedono, mentre altrove si passa da cifre fisse per i codici bianchi (i 25 euro indicati dalla Finanziaria 2007) a "ventagli" variabili tra 7 e 50 euro non solo per i codici bianchi, ma in alcuni casi anche per quelli verdi. Cifre alle quali possono peraltro aggiungersi altri "contributi" per eventuali ulteriori accertamenti e prestazioni.

Un po' meno complicata (ma forse solo perché è troppo complessa per rappresentarla compiutamente...) è la situa-

Intervista al sottosegretario alla Salute, **FRANCESCA MARTINI**

## “Troppe sperequazioni. Interverremo”

È “assolutamente favorevole al ticket” Francesca Martini. Un convincimento frutto, probabilmente, anche della sua passata esperienza di assessore alla Sanità del Veneto. Tuttavia anche lei ammette che le sperequazioni attuali dovrebbero essere superate in un confronto con le Regioni. E in un tavolo ad hoc.

**Sottosegretario Martini, ha problemi a parlare di ticket?**

Assolutamente no, anche perché sono favorevole al ticket. È uno strumento di partecipazione del cittadino alla spesa sanitaria, normato anche a livello nazionale, e che ha l'obiettivo implicito di regolare la spesa. Le Regioni che lo avevano eliminato dopo promesse fatte in campagna elettorale, da identificarsi peraltro con le Regioni con maggiori deficit di bilancio, sono dovute tornare sui loro passi. Ovviamente va sottolineata la necessità di mantenere le tutele inerenti le esenzioni per inva-

lidità, patologia e reddito.

**D'accordo, ma oggi la realtà è quella di una giungla di ticket, diversi da una Regione all'altra...**

È vero. Per questo la questione della compartecipazione alla spesa non può essere lasciata senza un confronto con le regioni stesse. Occorre infatti trovare una sintesi politico-amministrativa di compenetrazione tra esigenze diverse, tra equilibrio di bilancio ed eguaglianza di tutti i cittadini di fronte al diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione. Sono fermamente convinta inoltre che l'imposizione di forme di compartecipazione debba essere controbilanciata da un'offerta di servizi adeguati. Un'offerta che deve tenere conto anche dei tempi di attesa come fattore sostanziale di qualità. In Veneto, per tradizione storica, lo strumento del ticket è sempre esistito. Ma come contropartita offriamo ai nostri cittadini servizi, qualità delle prestazioni e tempi certi per la

loro erogazione. Sotto la mia guida il Veneto è diventato la prima Regione a rispondere in maniera forte e tangibile alle linee guida del piano nazionale per la riduzione delle liste d'attesa: ho definito la prioritizzazione per la totalità delle prestazioni offerte dal sistema sanitario regionale attraverso l'attribuzione di un codice di priorità contestualmente alla prescrizione.

**Insomma un “do ut des”...**

Assolutamente sì. E in tutto questo ci sta, e non lo dimentichiamo mai, l'appropriatezza prescrittiva che vede a monte la responsabilità dei medici. Più i professionisti saranno responsabili, meglio riusciremo a lavorare sulla gestione dei flussi di prestazioni. I cittadini vanno aiutati ad orientarsi nei servizi, ma con piena consapevolezza di un sistema complesso.

Certo il Veneto parte già da una buona situazione. Personalmente ritengo che il modello Veneto di integra-

zione socio sanitaria sia il migliore in Italia. Non a caso con Lombardia, Emilia Romagna e Toscana dovrebbe identificare la Regione di riferimento per l'individuazione dei costi standard.

**Non pensa che, nonostante l'autonomia regionale, il Governo dovrebbe comunque intervenire per evitare disuguaglianze?**

È sicuramente importante aprire un dibattito con le Regioni. In discussione c'è l'equiparazione di tutti i cit-

*segue a pag. 8* ↘



Francesca Martini

segue da pag. 7

## “TROPPE SPEREQUAZIONI. INTERVERREMO”

tadini in armonia con i principi costituzionali. Credo quindi sia nostro dovere cercare di arrivare ad un equilibrio come già stiamo già facendo per i Lea. È importante trovare un punto di riferimento comune. Perciò è ipotizzabile pensare, su questo tema, ad un confronto in sede di Conferenza Stato-Regioni.

**Insomma, il dibattito sul ticket può diventare un altro importante tassello per evitare sperequazioni...**

Certamente. E credo che un altro tema importante sarà quello della tessera sanitaria: ora è un semplice codice a barre con l'indicazione del codice fiscale, ma dovrà divenire anche uno strumento di controllo della spesa sanitaria. Abbiamo già i Lea come strumento per garantire un'uniformità di prestazioni sull'intero ter-

ritorio nazionale. Lea che vanno continuamente adeguati alle esigenze dei cittadini. E' altrettanto fondamentale però che lo Stato mantenga il contatto con i bisogni reali del cittadino.

**Se ne parlerà al tavolo per il Patto sulla salute?**

La questione ticket non è strettamente correlata al nuovo Patto. I punti all'ordine del giorno sono altri, a partire dalle modalità con cui i flussi finanziari vengono attribuiti al territorio per l'erogazione delle prestazioni essenziali. Per il ticket bisogna trovare un filo conduttore che faccia da trait d'union tra la tutela dei diritti e l'equilibrio di bilancio di competenza strettamente regionale. Ma ribadisco che, pur nel rispetto delle potestà regionali, un ragionamento può a mio avviso essere aperto, talvolta le di-

screpanze sono addirittura tra Asl e Asl. Ma in questo caso non dimentichiamo mai che la differenza la fanno le persone chiamate ad una gestione diretta del territorio. Su questo punto il dito: si guarda sempre alla responsabilità politico amministrativa, ma bisogna guardare anche alla responsabilità personale di chi in concreto gestisce i processi di erogazione.

**Quindi i Direttori generali? Soprattutto loro, per arrivare al singolo medico. La squadra la fanno tutti.**

Lo stato dell'arte dei lavori per il Patto per la salute? Stiamo lavorando, così come richiesto anche dalle Regioni, affinché il Decreto ministeriale sui Lea rientri nel nuovo Patto per la Salute che a mio avviso dovrà contenere anche i nuovi criteri per il riparto.

**Che tempi dobbiamo aspettarci?**

Il Decreto sui Lea, che contiene anche il capitolo sulla protesica, è praticamente pronto. Per il Patto spero che in tempi brevi si giunga ad un accordo. Dipende anche dalla collaborazione che riceveremo dalle Regioni per arrivare ad una soluzione che ci consenta di mantenere quel carattere universalistico, valore aggiunto del nostro Paese.

**Ci saranno cure dimagranti per i nuovi Lea?**

I Lea sono impostati sul principio dell'appropriatezza. In quest'ottica è doveroso tagliare i rami secchi, tagliare quello che diventa obsoleto, quello che nell'evidenza clinica è già incluso in altri percorsi diagnostico terapeutici. Sono convinta che i nuovi Lea abbiano il grande merito di metter al centro la persona. Avranno anche il merito di rendere più consapevole e responsabile il soggetto erogatore. (E.M.)

## I TICKET? UNA GIUNGLA

zione dei ticket per la diagnostica e la specialistica: non c'è alcuna Regione che abbia rinunciato alla compartecipazione alla spesa da parte dei suoi cittadini. In genere non si superano i 36,15 euro, ma, per esempio, in Sardegna il tetto può arrivare a 46,15 euro. Nel Lazio, altro esempio, a partire dal dicembre scorso sono stati introdotti ulteriori contributi fissi da aggiungere ai 36,15 euro: 15 euro a ricetta per le prestazioni di risonanza magnetica e tac; 5 euro a ricetta per la fisiokinesiterapia; 4 euro a ricetta per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e Apa (Accorpamento di prestazioni ambulatoriali) che non rientrino nei casi precedenti. Contributi ai quali il Lazio ha dovuto ricorrere nella definizione di un draconiano Piano di rientro

### Ticket: la mappa Regione per Regione

Regioni	Assistenza Farmaceutica	Pronto Soccorso
Abruzzo	0,50 euro per confezione con un massimo di 1 euro a ricetta	Fino a 25 euro per i codici bianchi, 20,66 o 36,15 euro per i codici verdi non seguiti da esami
Basilicata	No ticket	No ticket
Calabria	No ticket	No ticket
Campania	1,50 euro per confezione fino a un massimo di 3 euro	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Emilia Romagna	No ticket	23 euro per codici bianchi
Friuli V.G.	No ticket	Da 7,74 a un massimo di 23,24 euro per codici bianchi seguiti da esami
Lazio	4 euro per ogni confezione con prezzo di vendita superiore a 5 euro; 2,50 euro per ogni confezione con prezzo di vendita inferiore o uguale a 5 euro	No ticket
Liguria	1 euro a confezione fino a un massimo di 4 euro per ricetta	Da 25 fino a 36,15 euro per la visite seguite da altri esami
Lombardia	2 euro per confezione fino a un massimo di 4 euro per ricetta; 1 euro per confezione fino a un massimo di 3 euro per ricetta	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Marche	No ticket	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Molise	1 euro per confezione fino a una massimo di 3 euro a ricetta per i farmaci di prezzo superiore a 5 euro; 0,50 euro per confezione per i farmaci generici ad esclusione delle confezioni di prezzo inferiore a 5 euro	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Piemonte	2 euro per confezione fino a un massimo di 4 euro per ricetta, un euro per confezione per farmaci per alcune patologie	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
P.A. Trento	No ticket	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
P.A. Bolzano	1 euro per confezione o 2 euro per confezione con un massimo di 4 euro	Da 7 fino a 50 euro per codici bianchi seguiti da altre prestazioni
Puglia	0,50 per confezione oppure 2 euro fino a un massimo di 5,5 euro per ricetta	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Sardegna	No ticket	25 euro per codici bianchi non seguiti da ricovero e 15 euro per codici verdi
Sicilia	Da 1 euro a confezione per malattie croniche e rare, fino a 4,50 euro a confezione per i farmaci con prezzo superiore a 25,00 euro	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Toscana	No ticket	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Umbria	No ticket	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Valle D'Aosta	No ticket (è previsto il pagamento della differenza tra il farmaco prescritto e l'eventuale "generico" in commercio non accettato in cambio dal paziente)	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi
Veneto	2 euro per confezione fino ad un massimo di 4 euro per ricetta	Ticket fisso di 25 euro per i codici bianchi

Fonte: elaborazione de "Il Bisturi" su dati Ceis e assessorati regionali alla Sanità





I punti principali del **DDL CALDEROLI** approvato al Senato

## FEDERALISMO FISCALE SI DEL SENATO

**I**l Ddl Calderoli che indica la rotta sul federalismo fiscale ha compiuto il primo giro di boa. Il testo approvato, il 22 gennaio scorso, al Senato è stato modificato assorbendo altri due disegni di legge sul federalismo fiscale: quello n. 316, d'iniziativa del Consiglio regionale della Lombardia, recante nuove norme per l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, e il Ddl n. 1253, d'iniziativa dell'Opposizione, recante delega al Governo in materia di federalismo fiscale.

La Regione Lombardia ha avanzato in particolare la proposta di una trattenuta dell'80% dell'Iva, del 15% dell'Irpef statale e dell'intero gettito delle accise sulla benzina, dell'imposta sui tabacchi e quella sui giochi. Un "pacchetto" di risorse aggiuntive per Regione Lombardia stimabile, per quanto riguarda solo Iva e i Irpef, in quasi 15 miliardi di euro, circa 30 mila miliardi delle vecchie lire. Il documento prevedeva inoltre che gli Enti locali possano tassare autonomamente i redditi fondiari e la revisione dell'impostazione del fondo di solidarietà nazionale, così come il versamento dei tributi regionali la cui erogazione dovrebbe avvenire direttamente in capo alle Regioni competenti e un sistema che andrà a premiare le Regioni più virtuose, mentre per quelle che non lo saranno la proposta di legge al Parlamento definisce norme sanzionatorie, come ad esempio il divieto di procedere alla copertura dei posti di ruolo vacanti e di

156 sì, 6 no e 108 astenuti. Così il Ddl ha passato l'esame dell'Aula di Palazzo Madama. Il provvedimento ha incassato i voti favorevoli di Pdl, Lega ed Mpa, mentre il Pd e l'Idv si sono astenuti e l'Udc ha votato contro. Cauta la soddisfazione delle Regioni, che ora aspettano i decreti attuativi per avere certezza sulle risorse utili a garantire i servizi ai cittadini

↳ Lucia Conti

iscrivere in bilancio spese per attività discrezionali. L'Opposizione, invece, ha proposto l'introduzione di una precisa scansione temporale delle fasi di attuazione con l'indicazione delle modalità di verifica degli effetti prodotti di volta in volta e l'istituzione di una apposita Commissione parlamentare bicamerale a cui affidare il compito di approvare i pareri sui decreti legislativi delegati relativi sia al federalismo fiscale che alla Carta delle autonomie locali. La Commissione avrà, tra l'altro, il compito di seguire tutta la successiva fase di attuazione e di suggerire gli opportuni aggiustamenti. In pratica, quello su cui l'Opposizione ha premuto è un Patto per la convergenza tra le diverse aree del Paese nello standard di servi-

zi erogati oltre che nel loro costo unitario. Dalle Regioni, arriva una cauta soddisfazione. "Registriamo un primo passo - ha detto il presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani -, ma adesso è il momento della verità". "Naturalmente - ha aggiunto - restiamo in attesa di impegni concreti. Regioni ed Autonomie chiedono da tempo che si inizi finalmente ad esplicitare i conti che si riferiscono al progetto in discussione. Perché senza una base concreta di numeri sulle risorse che servono per garantire i servizi ai cittadini e sui meccanismi territorialmente equi e in grado di riqualificare la spesa pubblica il confronto si ferma alle linee generali, mentre occorre chiarezza e assunzione di responsabilità da parte di ciascuno". Ecco, in pillole, le principali novità introdotte nel testo approvato al Senato.

**L'ITER.** Due anni per i decreti attuativi. Una volta approvato definitivamente il Ddl delega, cominceranno a decorrere i 12 mesi previsti per l'emanazione del primo decreto legislativo. Contestualmente il Governo dovrà trasmettere alle Camere, in allegato a tale schema, una rela-

zione sul quadro generale di finanziamento degli enti territoriali ed ipotesi di definizione su base quantitativa della struttura fondamentale dei rapporti finanziari tra lo Stato, le Regioni e gli enti locali, con l'indicazione delle possibili distribuzioni delle risorse. I decreti successivi andranno emanati nei due anni complessivi e altri 24 mesi serviranno per gli eventuali decreti correttivi.

**UNA BICAMERALE ESAMINATRICE.** I decreti saranno esaminati da una specifica commissione bicamerale composta da 15 deputati e 15 senatori che si avvarrà di un comitato interno formato da sei rappresentanti delle Regioni, due delle Province e quattro dei Comuni. Il Governo, se non intende conformarsi ai pareri della Commissione come di quelle economiche che saranno investite di questo compito, deve rimettere i testi alle Camere, ma dopo 30 giorni dalla nuova trasmissione può comunque adottare i decreti in via definitiva.

**I COSTI STANDARD.** Si sottolinea, rispetto al testo precedente, che il costo standard è quello che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, costi-

tuisce l'indicatore rispetto a cui comparare e valutare l'azione pubblica. Ma per la definizione dei parametri che porteranno alla stima dei costi standard, occorre tener conto che l'erogazione delle prestazioni essenziali deve avvenire in condizioni che assicurino comunque la efficienza e l'appropriatezza su tutto il territorio. Le Regioni dovranno quindi garantire il finanziamento integrale (a costi standard) dei livelli essenziali delle prestazioni per tutti i diritti civili e sociali. Di questi faranno parte (ma senza carattere di esaustività) la sanità, l'assistenza e le prestazioni e i servizi riguardanti il diritto allo studio. Si passerà poi in maniera progressiva dal criterio della spesa storica a quello del costo standard per garantire che i servizi fondamentali costino e siano erogati in maniera uniforme sul territorio nazionale.

**IL FINANZIAMENTO.** Le Regioni potranno contare su: Irap (fino alla sua sostituzione); tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione, riserva di aliquota o addizionale sull'Irpef; compartecipazione regionale all'Iva. Tali fonti dovranno garantire il finanziamento integrale in una sola Regione, per le altre interverrà il fondo perequativo. Nelle funzioni fondamentali il finanziamento sarà integrale, per quelle fondamentali dovrà ridurre le differenze nella capacità fiscali senza alterare la graduatoria. Oltre ai tributi propri e alla possibilità di istituire tasse di scopo, i Comuni potranno contare su tassazione immobiliare (esclusa l'Ici), compartecipazione all'Irpef e all'Iva mentre le Province sull'imposizione legata al trasporto su gomma e compartecipazione a un tributo erariale.

**PREMI E SANZIONI.** Premi per le amministrazioni virtuose, anche sotto forma di quote ulteriori di tributi erariali, e, al contrario, il Governo potrà decidere di sanzionare

*Le Regioni potranno contare su: Irap (fino alla sua sostituzione); tributi regionali da individuare in base al principio di correlazione, riserva di aliquota o addizionale sull'Irpef; compartecipazione regionale all'Iva*

LA CONFERENZA STATO REGIONI approva l'accordo raggiunto dai presidenti delle Regioni

# IL RIPARTO 2009 VALE IN TUTTO 103,8 MILIARDI

quelle meno virtuose, prevedendo anche l'eventuale commissariamento delle Regioni e l'ineleggibilità degli amministratori. Inserita in Aula l'esenzione dal Patto di stabilità interno per le spese.

**IL PATTO DI CONVERGENZA.** Introdotto su sollecitazione del Pd, questo strumento accompagnerà i territori verso il passaggio ai costi e fabbisogni standard. Ogni anno in Finanziaria, il Governo, previo confronto e valutazione congiunta in sede di Conferenza Unificata, indicherà norme di coordinamento volte a realizzare la convergenza dei costi con i fabbisogni, e a stabilire come aiutare chi rimane indietro.

**L'ATTUAZIONE.** Un periodo transitorio di cinque anni, che comincerà a decorrere in una data stabilita da uno specifico decreto legislativo. L'attuazione sarà supervisionata da una Commissione tecnica paritetica che opererà nell'ambito della Conferenza Unificata e sarà composta per metà da tecnici rappresentanti dello stato e per metà da tecnici rappresentanti degli enti. Accanto opererà anche la Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, che verificherà periodicamente il funzionamento del nuovo ordinamento finanziario e l'adeguatezza delle risorse di ciascuno livello di governo rispetto alle funzioni svolte. Sarà inoltre istituita una banca dati con gli indicatori di costo, di copertura e di qualità dei servizi, che saranno utilizzati per definire i costi, i fabbisogni standard e gli obiettivi, ma anche per valutare il grado di raggiungimento di questi obiettivi.

**LE CLAUSOLE DI SALVAGUARDIA.** Rispetto del patto di stabilità e di crescita. La legge statale dovrà inoltre fissare un tetto massimo alla pressione fiscale e assicurare che il livello del prelievo complessivo non aumenti neanche nella fase transitoria.

La Conferenza Stato Regioni del 26 febbraio ha dato il via libera definitivo al riparto del finanziamento al Ssn da realizzarsi tra le Regioni, assumendo in sostanza l'accordo raggiunto nella Conferenza dei presidenti delle Regioni il 6 febbraio scorso.

Ai 101, 481 miliardi di euro destinati al fabbisogno, ovvero a coprire le spese per i Lea, si devono aggiungere quasi due miliardi di entrate proprie regionali; 834 milioni a compensazione dell'abolizione del ticket sulla specialistica ambulatoriale; 398 milioni di euro per gli oneri contrattuali del biennio 2006-2007; 184 milioni da destinare al rinnovo delle convenzioni mediche e, infine, 700 milioni dal Fondo transitorio istituito con la Finanziaria 2007 per sostenere le Regioni in maggiore difficoltà di bilancio. I 162,8 milioni destinati alla medicina penitenziaria (passata dalla giurisdizione del ministero della Giustizia al Ssn) saranno esaminati successivamente e saranno dunque oggetto di un ulteriore riparto. Se il totale del finanziamento è dunque di 103,86 miliardi, l'accordo raggiunto riguarda però 103,7 miliardi, che sono stati suddivisi con la consueta procedura che tiene conto delle variazioni nel numero dei residenti, della diversa presenza per fasce d'età e anche della mobilità interregionale (relativa agli ultimi dati disponibili, ovvero a due anni addietro).

Stornate le entrate proprie, il finanziamento e i contratti degli Istituti zooprofilattici sperimentali e tutte le altre risorse vincolate tra le Regioni verranno suddivisi circa 91 miliardi di euro, esat-

tamente 91.115.846.804, come riportiamo nella tabella in questa pagina.

Vasco Errani, presidente della Conferenza dei presidenti delle Regioni, ha sottolineato come, trovando l'accordo sul finanziamento 2009, le Regioni dimostrano "il loro senso di responsabilità istituzionale, ma non nascondono la forte preoccupazione per il futuro. Ora è urgentissimo ragionare sul nuovo Patto per la salute 2010-2012".

Il Patto per la Salute, infatti, secondo l'accordo sottoscritto dalle Regioni con il Governo lo scorso 1° ottobre, dovrebbe ridefinire e incrementare le risorse future per la sanità.

E un primo confronto sul nuovo Patto si è tenuto lo scorso 4 marzo tra i rappresentanti delle Regioni e quelli del Governo, fra i quali il ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, il ministro per i Rapporti con le Regioni, Raffaele Fitto,

e il sottosegretario all'Economia, Giuseppe Vegas.

L'incontro sembra aver avuto un carattere fortemente interlocutorio, non essendo ancora disponibile la proposta di base del governo.

"Oggi abbiamo definito un metodo in base al quale sulle questioni legate al nuovo 'patto per la salute' il Governo avanzerà delle proposte che affronteremo politicamente nella prossima riunione del tavolo, con una attenzione particolare alla qualità della spesa" ha dichiarato al termine Vasco Errani, aggiungendo: "Abbiamo ricordato che il fabbisogno 2010-2012 è sottostimato di 7 miliardi di euro. Sarà bene che si riportino con cura le risorse destinate ai livelli essenziali di assistenza, agli investimenti e alle politiche del Governo per affrontare le situazioni delle regioni in difficoltà per i processi di rientro".

La proposta del governo, secondo quanto annunciato

dal ministro Sacconi, dovrebbe arrivare intorno alla metà del mese di marzo. "Quello di oggi - ha detto Sacconi lasciando l'incontro - è stato un inizio che ci ha consentito di mettere a fuoco diversi obiettivi che saranno perseguiti anche con tempi differenti. Siamo tutti consapevoli che il nuovo Patto deve avvicinarsi ad una nuova logica federalista, di responsabilità per le regioni". Qualche indicazione in più sugli argomenti affrontati nel vertice Governo-Regioni l'ha offerta Raffaele Fitto: "In questo primo incontro come Governo abbiamo indicato 'i titoli' che costituiranno il lavoro del Patto per la salute. Il Governo, in particolare, ha posto tre questioni importanti: la questione degli extrasconti sui farmaci generici e le possibilità di risparmio che ne derivano, la definizione dei nuovi Lea e i criteri di attuazione dello stesso Patto".

## Cosa arriverà nelle casse regionali

Regioni	Totale per cassa alle Regioni 2009
PIEMONTE	7.568.482.262
VALLE D'AOSTA	86.451.842
LOMBARDIA	16.358.947.889
BOLZANO	405.147.742
TRENTO	324.498.785
VENETO	8.007.683.481
FRIULI VG	888.102.039
LIGURIA	2.965.392.425
EMILIA R	7.727.348.683
TOSCAN	6.472.620.732
UMBRIA	1.535.432.162
MARCHE	2.607.645.326
LAZIO	9.093.567.214
ABRUZZO	2.179.456.850
MOLISE	574.431.189
CAMPANIA	9.018.850.929
PUGLIA	6.571.864.651
BASILICATA	972.408.995
CALABRIA	3.123.506.210
SICILIA	3.859.281.763
SARDEGNA	637.624.791
Bambin Gesù	106.370.376
Associazione italiana Cavalieri dell'Ordine di Malta	30.730.469
<b>Totale</b>	<b>91.115.846.804</b>

Al netto delle entrate proprie regionali, delle voci vincolate e del finanziamento Irccs

Come muterà il comparto farmaceutico: **RASI, DOMPÈ E BIANCO** tracciano i nuovi scenari

## FARMACI: IL FUTURO CAMBIA LE REGOLE

**N**on intendiamo certo entrare nella disputa filosofica tra Eraclito e Parmenide. Ma ci sembra che l'eracliteo "*Panta rei os potamòs*" con la sua visione di un "divenire" continuo e incessante, si adatti al momento che sta vivendo il comparto farmaceutico. E, in più di un senso, sembra ispirare le opinioni di due dei suoi più importanti protagonisti, **Guido Rasi**, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco e **Sergio Dompè**, presidente della Farindustria. La loro visione ha molti punti di contatto e scaturisce certamente da un'analisi attenta di ciò che accade sia nell'economia mondiale, sia nei laboratori di ricerca – grandi o piccoli che siano. Stando alle dichiarazioni che Rasi e Dompè hanno rilasciato al quindicinale *Il Bisturi* – che ha realizzato un ampio dossier sul futuro del comparto farmaceutico – pare infatti che molto sia destinato a cambiare negli assetti ma anche nelle logiche del settore produttivo. "È tempo di grandi cambiamenti per l'industria del far-

maco, dopo troppi anni vissuti sugli allori di una stagione forse irripetibile" ha affermato Rasi. E Dompè gli ha fatto eco: "Niente sarà più come prima. Il comparto farmaceutico conoscerà anni di grandi cambiamenti, ma non c'è da attendersi uno scenario apodittico con una Big Pharma mondiale monopolista del *know how* e della produzione. Il futuro che ci attende lo dobbiamo immaginare con molti colori e molte diversità. Nella ricerca, nella produzione, nelle regole che sovrintenderanno il nostro mercato. E questo futuro è già iniziato". Un futuro (prossimo), dunque, improntato alla diversità, alla modificazione, un futuro nel quale la scienza – la ricerca in particolare – assumerà un ruolo determinante soprattutto in vista di un uso oculato delle risorse. Lo ha ricordato bene Rasi: "Usciamo dall'era delle grandi scoperte di terapie per grandi patologie di massa che hanno senz'altro fatto bene alla salute ma anche favorito grandi profitti in tutto il mondo. Oggi le cose sono assai diverse. La spinta all'innovazione – che resta nel Dna dell'industria farmaceutica – è costretta entro confini sempre più stretti che non permettono più investimenti e tempi di ricerca ciclopici come quelli dell'età dell'oro". Da qui in avanti, infatti – è Dompè a sottolinearlo – le strategie dovranno essere del tutto rivoluzionate: "si pensi, per esempio, a uno dei colos-

Processi e strategie produttive in via di evoluzione per rispondere alle sfide del mercato ma anche a esigenze di terapia sempre più a misura di paziente. L'attuale è una fase di passaggio che prelude, come sottolineano i rappresentanti dell'Agenzia del farmaco e della Farindustria, a profondi mutamenti

↳ a cura di Mariano Rampini e Cesare Fassari

si di Big Pharma, la Roche. Dieci anni fa dominava il mercato con farmaci per terapie rivolte a platee universali: dalle vitamine ai grandi antibiotici di massa. Oggi Roche è tra le aziende all'avanguardia nella produzione di farmaci innovativi, mirati, ultra specialistici e con target specifici di terapia. Questa è la via: o si farà così o si muore. È in gioco la stessa sostenibilità del sistema che non può più permettersi costi e tempi faraonici per lo sviluppo di una nuova molecola". Una visione del tutto sovrapponibile, quindi, con nuove parole d'ordine: "...nel futuro prossimo farmaco genetica, genoma e medicina molecolare giocheranno a tutto campo..." e proprio questi sono gli strumenti con i quali – ha spiegato Rasi – si vuole "dare risposte a una domanda sempre più personalizzata di terapia, con tempi e budget di ricerca dimezzati rispetto agli standard e ai trial clinici tradizionali. Un nuovo modo, dunque, anche di impostare le strategie delle grandi aziende. Che punteranno ancora su acquisizioni, concentrazioni ma in un'ottica di "allargamento delle sinergie di ricerca e produzione" ha confermato Dompè. Che ha aggiunto: "Nel nostro settore, probabilmente, avverrà quanto già accaduto nel settore informatico. Grandi aziende ma inse-

rite in un network costituito da migliaia di poli – imprese, centri di ricerca, laboratori – dinamico e agile e con forti caratteristiche di innovazione. Una realtà dove, per poter competere sul mercato, bisognerà essere capaci della massima collaborazione reci-

smontando intere catene di ricerca ormai obsolete e improduttive".

Cosa cambierà nei sistemi regolatori che, pure dovranno tener conto di questa nuova realtà? Lo spiega Rasi: "Il sistema delle regole dovrà essere pronto a questa rivolu-

zione: oggi le autorità regolatorie – l'Aifa in Italia, l'Emea in Europa, l'Fda negli Usa – basano le proprie valutazioni essenzialmente su trial clinici molto estesi, incentrati sulla logica della Evidence Based Medicine (Ebm) che mostra da tempo diversi limiti. Soprattutto perché con altri metodi di valutazione e verifica, sia della tossicità che dell'efficacia, si possono

ottenere risultati migliori, con tempi e costi ridotti. Senza contare poi che, anche con trial estesi dai 10 alle 30 mila persone, non si potranno considerare mai tutte le variabili esistenti nell'essere umano. So di dire una cosa forse impopolare ma è indubbio che ormai l'Ebm ha fatto il suo tempo. È stata, ed è ancora per molte applicazioni, un metodo valido e fondamentale per un'analisi seria dei rischi e dei benefici di una pratica terapeutica, ma per il farmaco in



Guido Rasi



Sergio Dompè

particolare oggi esistono metodi più avanzati. Con la possibilità di essere molto più mirati sull'obiettivo, con minori margini di variabilità rispetto alla tradizionale verifica osservazionale fatta su moltissimi pazienti, ma senza alcuna particolare selezione mirata del target. E questo vale anche per la farmacovigilanza post commercializzazione". Sul "ridimensionamento" dell'Ebm si mostra ancora d'accordo Dompé: "Quando si arriva a selezionare i trial clinici per lo sviluppo di un farmaco sulla base di un grande lavoro nella fase di pre-sviluppo che ha già permesso di identificare meccanismi e processi genetici in una specifica casistica, non sarà più necessario mettere in piedi trial osservazionali enormi per le verifiche di sicurezza ed efficacia. Saranno sufficienti numeri molto più ristretti ma molto più mirati e quindi effettivamente rispondenti a ciò che si deve valutare. Sia in termini di rischio che di efficacia del farmaco. In realtà ci si baserà sempre sull'evidenza dei risultati ma cambierà il raggio d'azione della valutazione. Con numeri più piccoli rispetto a quelli su cui si fonda tradizionalmente l'Ebm". Se "nulla rimarrà come prima" cambieranno anche le strategie di protezione brevettuale e Dompé ha prefigurato un sistema del tutto nuovo: "Il brevetto rimane essenziale ma il punto, semmai, sarà quello di valutare nuove forme di protezione del know how. È certo che il brevetto, così come l'abbiamo conosciuto, agganciato alla scoperta della singola molecola utile per la terapia di una singola patologia, è ormai storia. Un esempio: fino a 15 anni fa un'azienda era in grado di produrre qualche

centinaia di molecole al giorno. Oggi, la stessa azienda ne produce 10 mila nelle stesse ore. Come si può immaginare di blindare tutto questo? Come si può pensare di non condividere lo sviluppo di un nuovo prodotto, nato dalla farmacogenetica e dalla medicina molecolare, che si è dimostrato in grado di incidere su un processo degenerativo, sapendo che potrebbe avere la stessa efficacia su altri 100 processi di alterazione genetica, corrispondenti ad altrettante cause di malattie e patologie?" Nuove di zecca, quindi anche i processi decisionali degli enti regolatori: "Queste nuove metodologie devono essere fatte proprie anche dagli enti regolatori. Sarà necessario - ha affermato Rasi - ridisegnare completamente le regole del gioco e la metodologia degli studi clinici. Adottando trial mirati che consentiranno di identificare meglio sia i rischi che i benefici dei nuovi prodotti. Ma anche di spendere meno per le sperimentazioni, con benefici economici per le imprese che non potranno non ripercuotersi anche sul prezzo finale del prodotto, con un costo dell'innovazione inferiore rispetto ad oggi, sia per i servizi sanitari che per i cittadini". "Quando valutiamo il prezzo di un farmaco" ha aggiunto "limitiamo il confronto al costo brutale del prodotto. Limitarci a questo tipo di opzioni è assolutamente sbagliato e conduce a scelte ragionieristiche senza alcuna valutazione sul costo globale di quel paziente e di quella patologia. E per costi globali intendo, ad esempio, anche quelli potenzialmente evitabili grazie al fatto che quel farmaco, che magari costa un

*Dompé e Rasi:  
...nel futuro prossimo farmaco  
genetica, genoma e medicina  
molecolare giocheranno  
a tutto campo...*

## ↳ Bianco: Appropriatezza per guidare il cambiamento

Il quadro proposto dagli interventi di Guido Rasi e Sergio Dompé offre numerosi spunti di riflessione sul cambiamento in atto nel comparto produttivo del farmaco. Spunti raccolti e sviluppati da Amedeo Bianco, presidente della FnomCeo

"I medici e l'industria hanno un obbligo di dialogo: entrambi sono chiamati a corrispondere a un bisogno di salute tutelato come diritto fondamentale della persona. Dialogare vuol dire riconoscersi, riconoscersi vuol dire capire reciprocamente quali sono i diritti, i bisogni, il codice etico dell'altro. Questo è quello che stiamo facendo. L'industria ha, ovviamente, un ruolo straordinario nella gestione del diritto alla salute, è un caposaldo fondamentale, perché la ricerca ci fornisce nuovi strumenti per affrontare le malattie. Per i medici il farmaco è un prodotto etico che deve garantire il bene della persona, e questo resta il nostro scopo. Ma un dialogo aperto con l'industria, può portare benefici in molte direzioni, superando schemi preconfezionati e trovando vie più dirette. Ad esempio, possiamo contribuire ad alleggerire l'industria di molti oneri nella commercializzazione del

farmaco, usati da sempre per "forzare" elementi di mercato. È un modo per liberare risorse da costi impropri e credo che sia un contributo importante in un momento difficile come l'attuale. I nuovi farmaci sono una straordinaria possibilità per la salute, ma impongono di cambiare molti paradigmi: quello delle metodologie, quello della ricerca... dunque deve cambiare anche il paradigma della formazione del medico, della formazione di base ma anche della formazione continua. Questo trend del settore, per svilupparsi compiutamente ha necessità di una responsabile e attiva partecipazione del medico. Per questo deve cambiare anche il paradigma della presenza del medico all'interno dei processi decisionali. Se il medico è un elemento importante occorre che sia inserito a pieno titolo nel sistema, riconoscendogli autonomia e responsabilità e non pensando che possa

essere eterodiretto, magari sulla base di protocolli rigidi, vincoli e prescrizioni. Autonomia, responsabilità e appropriatezza nell'uso del farmaco: queste sono davvero le scommesse del futuro. L'appropriatezza prescrittiva, in particolare, è il nodo centrale per la tenuta del sistema. E l'appropriatezza è il territorio proprio dei professionisti, perché garantisce meglio di ogni altra procedura l'efficacia del trattamento. La scelta appropriata, inoltre, conduce insieme all'efficacia del trattamento e all'efficienza, cioè all'impiego migliore delle risorse disponibili. È indiscutibile che su questo terreno, quello della prescrizione e dell'uso del farmaco, ma anche su altri ambiti delle attività sanitarie, l'efficienza, intesa proprio nel senso del massimo ritorno delle risorse economiche impiegate, passi attraverso l'efficacia, cioè un buon ritorno in termini di risultati di salute.

po' di più, può produrre una riduzione dell'ospedalizzazione. Oggi non seguiamo questo criterio con metodo. Non escludo che in alcuni casi se ne sia tenuto conto, ma la regola è quella di guardare al prezzo del prodotto e basta. Vorrei invece che si cominciasse a guardare al costo complessivo della patologia e alla misura in cui il farmaco può o meno incidere su tale costo, facendo ovviamente il suo mestiere, che è quello di curare efficacemente e in sicurezza. Un nuovo sistema che non può prescindere da un rafforzamento dell'Aifa: compiti nuovi richiedono anche una struttura organizzativa capace di farvi fronte" (ricordiamo che proprio alla fine di febbraio la pianta organica dell'Agenzia è stata ampliata per legge dal ddl di conversione del decreto "Milleproroghe" n.d.r.) In questo processo il nostro Paese può avere delle chances: ne è convinto Dompé: "Questo è il momento giusto



Amedeo Bianco

per mettersi in pista perché ci sono le condizioni per farlo. Da una parte il Governo ci segue con attenzione, confermando anche le scelte del precedente Esecutivo che ha avviato nuove forme di relazione tra Stato e Industria farmaceutica, basate finalmente sulla convinzione che il nostro comparto sia una risorsa e un'opportunità per l'economia e non una "palla al piede" per la spesa pubblica". "Insomma" conclude il presidente della Farmindustria "non ci consideriamo e non siamo più considerati

ospiti ma parte attiva del sistema. Si sono definitivamente archiviate alcune incomprensioni. E ciò è avvenuto proprio perché il sistema farmaceutico italiano è cambiato nel porsi verso il mercato e le sue sfide. Sono cresciute nuove realtà nazionali ma soprattutto si comincia a ragionare sul "chi fa cosa" per questo Paese. A prescindere dalla nazionalità degli azionisti. E questo è accaduto prima di tutto a casa nostra, in Farmindustria, dove ormai non ha più senso parlare di italiane, americane, francesi, tedesche ma si parla finalmente di imprese operanti in Italia. E oggi l'Italia del farmaco è aperta alla competizione globale: lo dimostrano i nostri dati sull'export. Nel 1991 vendevamo all'estero non più del 10% della produzione. Oggi abbiamo superato il 53%".

Il documento presentato dai sindacati sul **DDL SICUREZZA** in discussione alla Camera

# “NON SIAMO SPIE”

I camici bianchi del Ssn dicono no alla norma contenuta nel Ddl sicurezza che li obbliga a denunciare alle autorità giudiziarie gli immigrati irregolari. Un provvedimento in contrasto con l'articolo 32 della Costituzione

L'obbligo per i medici di denunciare all'autorità giudiziaria gli immigrati clandestini, è contenuto nell'art. 45, comma 1 lettera t) del ddl sicurezza (C2180) approvato solo dal Senato ed ora in discussione alle Commissioni riunite I e II Affari Costituzionali e Giustizia della Camera. Con l'approvazione in Senato di un emendamento presentato dalla Lega Nord al ddl sicurezza è stato abrogato il comma 5 dell'articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico di disciplina dell'immigrazione" secondo il quale "L'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". A questa norma è strettamente connessa quella che considera reato l'ingresso ed il soggiorno illegale nel territorio dello Stato (l'art. 21 del ddl in esame che introduce il nuovo art. 10bis del decreto legislativo n. 286 del 1998).

Al riguardo, va sottolineato che il medico dipendente da Enti pubblici o da Enti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale riveste contemporaneamente, secondo il costante orientamento della giurisprudenza, la qualifica di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio (artt. 357 e 358 c.p.).

Da ciò deriva per i medici un vero e proprio obbligo di denuncia di un reato di cui essi abbiano avuto notizia nell'esercizio delle loro funzioni o servizi, la cui omissione o ritardo comporta essere sottoposti ad una sanzione penale.

Ciò comporterebbe che agli stranieri, anche irregolari, devono essere garantite le pre-

stazioni sanitarie e che l'operatore sanitario, deve agire secondo le regole generali effettuando la denuncia all'Autorità Giudiziaria (artt. 361 e 362 c.p.).

Dunque, nel quadro normativo che risulterebbe in caso di conferma integrale del ddl citato, non solo verrebbe meno la garanzia di non segnalazione precedentemente prevista, ma addirittura risulterebbe vigente – sebbene non disposto espressamente – un obbligo di segnalazione da parte dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale.

Va aggiunto che gli obblighi di denuncia e di referto non vengono meno per effetto del segreto professionale che le norme deontologiche impongono di rispettare al medico. Più nello specifico, il nuovo Codice (dicembre 2006), prevede numerose disposizioni che sembrerebbero porsi in contrasto con l'obbligo di denuncia: i doveri del medico rivolti alla tutela della salute dell'uomo in condizioni di

uguaglianza; il diritto inalienabile del medico ad esercitare la professione in modo libero ed indipendente, secondo le sue conoscenze scientifiche ed i propri valori etici; le clausole sul segreto professionale e sulla riservatezza dei dati personali; una generale e trasversale clausola di "coscienza" che informa l'attività del medico.

Tuttavia, l'obbedienza del medico alle norme deontologiche non lo tutela dalle conseguenze della mancata denuncia di reato. Infatti, il consolidato insegnamento della giurisprudenza ha stabilito che il dovere di riferire all'autorità giudiziaria supera il segreto professionale che il medico non può quindi invocare al fine di superare la responsabilità penale del dichiarante.

Tale regola è espressamente prevista dall'art. 622 c.p., ed ulteriormente specificata nell'art. 200 c.p.p., secondo cui non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto in virtù della propria professione, tra gli altri, gli esercenti di una professione sanitaria con la sola eccezione dei casi in cui sussiste l'obbligo di denuncia o di referto.

È ovvio che tali disposizioni insieme a quelle dettate dal Codice penale e sopra citate, tutte aventi forza di legge, prevalgono sul piano della gerarchia delle fonti normative rispetto alle norme deontologiche.

In linea generale non è possibile per i medici sollevare

trolo, ingenerando situazioni di pericolo per la salute collettiva (si pensi per esempio alla necessità di controllare le malattie infettive e diffuse). Senza contare l'ulteriore aggravio che le rigorose modalità di adempimento dell'obbligo di denuncia comporterebbero per il carico di lavoro del medico.

Affinché sorga l'obbligo di denuncia, è sufficiente che il medico ravvisi nei fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione alla propria attività un sospetto di punibilità, e ciò per l'ovvia ragione che egli non è necessariamente in grado di giudicare se i medesimi fatti siano in concreto punibili.

La denuncia va effettuata "evitando ogni ritardo" che è equiparato dalla legge all'omissione. La giurisprudenza ritiene il ritardo rilevante penalmente allorché è di entità tale da nuocere in modo non irrilevante agli interessi della giustizia, in quanto incide negativamente sulla pronta persecuzione del reo o del reato (si pensi al medico che permetta all'extracomunitario sprovvisto del permesso di soggiorno di allontanarsi, omettendo di segnalare la presenza all'ufficiale di polizia giudiziaria).

Dunque, in estrema sintesi, il quadro normativo in esame presenta un evidente profilo di incostituzionalità per contrasto con l'articolo 32 della Costituzione – in base al quale "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività" –, in quanto le esigenze di ordine pubblico, che hanno indotto il Governo a presentare il ddl in esame, non appaiono adeguatamente bilanciate agli altri valori garantiti dalla Carta Costituzionale, che sono posti in grave pericolo.



obiezione di coscienza, in quanto si può ricorrere a tale prerogativa solo nei casi in cui è espressamente prevista dalla legge (ad esempio IVG ai sensi della L. 194/78).

La dannosità di questo nucleo di nuove disposizioni appare chiara non solo in relazione alla diminuzione di tutela del diritto alla salute degli extracomunitari, costituzionalmente garantito ad ogni individuo indipendentemente dallo stato giuridico, ma anche sul piano della sicurezza sociale. È facile prevedere, infatti, che a fronte del rischio concreto di essere denunciati alle autorità giudiziarie, si determinerebbe la marginalizzazione di gran parte dei cittadini extracomunitari i quali sarebbero comunque costretti, in caso di necessità, a ricorrere ad un "sistema sanitario parallelo" sottratto da ogni regola e con-

*Dalla nuova norma deriva per i medici un vero e proprio obbligo di denuncia di un reato la cui omissione o ritardo comporta essere sottoposti ad una sanzione penale*

I FARMACI OSPEDALIERI tra Europa, Stato, Regioni e cittadini fotografati dal Cerm

# PRONTUARI AD ALTA VARIABILITÀ

**I**l percorso del farmaco in ambito ospedaliero è tutto in salita. Deve infatti affrontare iter farraginosi ed essere sottoposto al vaglio di più soggetti che entrano in scena a livello regionale. Il risultato? Un'estrema frammentazione dei Prontuari. Sul territorio vigono, infatti, principi organizzativi assai diversi tra loro, così come è molto diversa la relazione "gerarchica" tra un Prontuario e l'altro. È questo il quadro emerso da un recente studio del Centro di ricerche Cerm "I farmaci ospedalieri tra Europa, Stato, Regioni e cittadini".

Lo studio mostra infatti come sul territorio vigano principi organizzativi assai diversi tra loro così com'è diversa la relazione "gerarchica" tra un Prontuario e l'altro. Molti gli esempi: in Emilia il Prontuario farmaceutico nazionale è di grado superiore a quello regionale e questo, a sua volta a quello provinciale. Ma in Toscana non è così: qui esistono i Prontuari terapeutici di area vasta (Ptav) quindi la gerarchia vede ancora premezzare il Prontuario nazionale, seguito dai Ptav e di Prontuari ospedalieri (Pto) che, generalmente recepiscono senza modifiche le indicazioni del Prontuario d'area vasta. La stessa suddivisione esiste anche in Friuli Venezia Giulia, ma qui l'autonomia dei Pto può anche modificare le indicazioni dei Prontuari di grado superiore. Insomma, un vero e proprio labirinto a complicare il quale – se ce ne fosse bisogno – arrivano le modalità attraverso le quali il farmaco raggiunge l'ospedale. Come ricorda il Cerm,

nella stragrande maggioranza delle Regioni vige il procedimento "Bottom Up": la richiesta di inserimento di un farmaco viene inoltrata direttamente da uno o più medici del singolo ospedale, alla Commissione scientifica regionale, organo deputato al trasferimento di un medicinale dal Ptn ai vari Prontuari regionali od ospedalieri. Questo però avviene in Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trento, Umbria e Valle d'Aosta. In Campania e Liguria, di norma, la richiesta viene inoltrata dai componenti delle commissioni tecnico-scientifiche sottostanti a quella regionale. Nel Lazio e nelle Marche a richiedere l'inserimento può essere anche il titolare dell'Autorizzazione all'immissione in commercio, ossia l'azienda stessa. Il secondo procedimento è quello definito "Top Down": la richiesta di inserimento di un farmaco nel Pto regionali (Ptor) può essere inoltrata direttamente da un componente della Commissione tecnico-scientifica regionale: a seguire questo metodo sono l'Abruzzo, l'Emilia Romagna, il Molise e la Sardegna. Com'è agevole osservare nell'ambito di una stessa Regione è possibile avviare la procedura per l'inserimento di un

farmaco nei Prontuari ospedalieri seguendo l'una o l'altra delle procedure. Un ulteriore gradino di complessità che contribuisce a rendere il quadro regolatorio generale ancor più disomogeneo.

E lascia insoliti alcuni quesiti. Il primo – lo studio Cerm lo sottolinea più volte – è quello relativo alla competenza delle strutture di livello secondario che finiscono con l'esprimere un giudizio tecnico-scientifico su questioni già esaminate a livello nazionale e internazionale. Con notevoli perdite di tempo oltretutto: l'analisi del Cerm, infatti, mostra come intercorra una notevole differenza cronologica tra la frequenza delle riunioni delle Commissioni Ptor e il reale inserimento dei farmaci nel primo Prontuario successivo al Ptn. In Toscana, ad esempio, la frequenza media di riunione della Commissione è di 30 giorni contro i 278 necessari al passaggio del farmaco dal Ptn al Ptor. Così nel Lazio: 30 giorni contro 284.

Un margine temporale che diventa impressionante se si parametrizza il passaggio del medicinale in uno dei Prontuari regionali (o di livello più basso) rispetto al rilascio dell'Aic da parte dell'Emea: le punte massime sono ancora una volta nel Lazio (510 giorni) e in Toscana (504). A rendere più eclatante questa rilevazione ci sono gli esempi che lo studio Cerm ha fatto.

Per semplicità (e motivi di spazio) riportiamo il primo, quello del farmaco che lo studio indica come "alfa", per il trattamento della sclerosi multipla recidivante remittente, capace di rallentare più efficacemente dei medicinali esistenti, la progressione della disabilità. Ebbene, tra l'approvazione Emea del giugno 2006 e l'omologazione Aifa, trascorrono sei mesi (dicem-

bre 2006). Ma i cittadini di sei Regioni italiane ne hanno potuto disporre in tempi significativamente diversi tra loro: in Emilia Romagna il farmaco alfa è stato inserito nel Ptor due mesi dopo, in Umbria 5 mesi, in Veneto 6 mesi, in Sardegna 7 mesi, nel Lazio 9 mesi e in Sicilia 12 mesi dopo. Resta da vedere poi cosa è avvenuto a livello dei vari Prontuari locali (Asl aziende ospedaliere ecc.): la situazione, alla fine potrebbe aver fatto registrare differenze significative anche tra una provincia e l'altra della stessa Regione o, addirittura, tra un ospedale e un altro

## ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA A MACCHIA DI LEOPARDO

Tutto questo, alla fine, si ripercuote negativamente sui livelli di assistenza. Il "filtro" esercitato dai Prontuari regionali, ospedalieri e via dicendo, infatti, modifica nella sostanza i Lea che dovrebbero essere espressione diretta della potestà statale e, soprattutto, uniformi sull'intero territorio nazionale. Cosa che, alla luce dei fatti, appare impossibile: i poteri delle Commissioni che mettono a punto i vari Prontuari, modificano – in negativo – i Lea creando differenziazioni nell'assistenza farmaceutica ospedaliera (ma anche in quella ospedaliera tout court) tra Regione e Regione. Ma anche all'interno della stessa Regione.

Senza contare gli effetti sul mercato: la proliferazione di Prontuari e di Commissioni e l'incertezza sui tempi di inserimento dei nuovi farmaci finiscono con disincentivare l'arrivo di medicinali innovativi nel nostro Paese. E comporta comunque uno spreco di risorse non indifferente: basti pensare agli infiniti passaggi burocrati-

ci che questo sistema farraginoso richiede e ai loro costi.

## LE POSSIBILI SOLUZIONI

Lo studio Cerm non si limita però solo a individuare e sottolineare le ombre del sistema: per restituirgli luce, infatti, avanza anche una serie di proposte. Cominciando col rendere utilizzabili negli ospedali tutti i medicinali che hanno ricevuto un'Aic. La loro efficacia e sicurezza è comprovata dalle valutazioni tecnico-scientifiche internazionali. A determinare il prezzo di ammissione in fascia H, poi, sarà l'Aifa che, come "procuratore unico" nazionale, è "nella posizione per ottenere le condizioni contrattuali migliori".

Le Regioni, dal canto loro, potranno governare i loro bilanci attraverso l'introduzione – dove indispensabile – di forme di partecipazione alla spesa per il cittadino, da graduare, ovviamente, in base alle condizioni sanitarie ed economiche del paziente con esenzioni a favore dei soggetti indigenti. L'Aifa, intervenendo nella definizione dei Lea farmaceutici dovrà tener conto, individuando i farmaci da classificare in fascia H, "dello scenario complessivo di sostenibilità della spesa". In questo quadro ci sono compiti anche per Asl e ospedali: saranno loro a dover adottare sistemi di monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e del loro impatto economico, rapportandolo comunque all'efficacia della terapia.

I medici, a loro volta, potrebbero disporre di un Prontuario non più limitato, ma le loro scelte terapeutiche potrebbero essere sottoposte a forme di valutazione ex post da parte di Regioni, Asl e ospedali dirette a "stimolare la cost-effectiveness e diffondere le best practice".



## Elezioni Fnomceo: vince la lista Bianco-Benato

Risultato nel segno della continuità. Le elezioni per il rinnovo del Comitato Centrale della Fnomceo - che rimarrà in carica per il triennio 2009-2011 - si sono concluse, il 10 marzo scorso, con la vittoria della lista presentata da Amedeo Bianco e Maurizio Benato, rispettivamente Presidente e Vicepresidente uscenti della Federazione dei Medici. Sono state scrutinate 1880 schede, di cui 34 bianche e una nulla. Primo dei non eletti Giovanni Maria Righetti, che si presentava nella lista portata avanti da Salvatore Amato, con un gap di 139 voti rispetto all'ultimo degli eletti. È stato rinnovato anche il Collegio dei Revisori dei Conti e la Commissione Albo Odontoiatri. I primi quattro eletti alla Cao entreranno a far parte anche del Comitato Centrale della Fnomceo. Ma vediamo i risultati.

### Eletti a far parte del Comitato Centrale per il triennio 2009-2011:

Maurizio Benato (1.147 voti)  
Amedeo Bianco (1.140 voti)  
Guido Marinoni (1.082 voti)  
Giuseppe Augello (1.076 voti)  
Raimondo Ibba (1.075 voti)  
Gabriele Peperoni (1.047 voti)  
Nicolino D'Autilia (1.042 voti)  
Roberto Stella (1.038 voti)

Pasquale Veneziano (1.036 voti)  
Luigi Conte (1.035 voti)  
Sergio Bovenga (1.029 voti)  
Fabrizio Cristofari (1.013 voti)  
Gian Luigi Spata (1.008 voti)  
Non eletti:  
Giovanni Maria Righetti (869 voti)  
Salvatore Amato (861 voti)  
Raffaele Festa (848 voti)  
Maurizio Grossi (817 voti)

Ugo Garbarini (793 voti)  
Giovanni Belloni (782 voti)  
Enrico Mazzeo Cicchetti (779 voti)  
Umberto Quiriconi (764 voti)  
Mario Falconi (740 voti)  
Claudio Pandullo (723 voti)  
Giuseppe Favretto (708 voti)  
Pier Giorgio Fossale (692 voti)  
Antonio Maria Lanzetti (657 voti)

### Collegio dei Revisori dei Conti Eletti:

Salvatore Onorati (1.163 voti)  
Ezio Casale (1.152 voti)  
Francesco Alberti (1.139 voti)  
Antonio Avolio (supplente) (1.062 voti)

### Commissione Albo Odontoiatri Eletti:

Raffaele Iandolo (299 voti)  
Giacinto Valerio Bruccoli (285 voti)  
Claudio Cortesini (273 voti)  
Giuseppe Renzo (237 voti)  
Alessandro Zovi (204 voti)  
Non eletti:  
Mauro Rocchetti (109 voti)  
Saverio Orazio (35 voti)

### DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed

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

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

Coordinamento redazionale  
**Ester Maragò**

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

Periodico Associato  
**A.N.E.S.**  
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE  
RIVISTA DI PUBBLICITÀ, GIORNALISMO, MARKETING

Editore



**Health Communication srl**  
Edizioni e servizi di interesse sanitario  
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma  
email: redazione@hcom.it  
tel. 06.59.44.61  
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano  
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma  
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

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

Finito di stampare nel mese di marzo 2009



Partnership Banking  
**Un vantaggio tira l'altro**



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

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

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

Per ulteriori informazioni:

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

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

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

