

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

10 • 2012

Anno XI - n. 10 - 2012 - Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, dr Commerciale Business Roma N.11/2006 - www.anaao.it
In caso di mancato recapito inviare al CMP/CPO di Roma - Romanina per la restituzione al mittente previo pagamento resi

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



UN ANNO VISTO DA DIRIGENZA MEDICA

alle pagine 10-13

DOSSIER SANITÀ

Balduzzi presenta i dati sulla spesa e il finanziamento al Ssn
alle pagine 2-4

ASSICURAZIONI ASL E AO

L'indagine della commissione parlamentare
alle pagine 7-9

ISTAT

Gli italiani sono sempre in buona salute. La popolazione aumenta del 4,3%
alle pagine 14-16

BALDUZZI PRESENTA IL DOSSIER "VERITÀ" SULLA SANITÀ

PER IL MINISTRO IL SSN "CE LA PUÒ FARE"

MA I DATI CONFERMANO

UN TAGLIO IN 4 ANNI DI 24,7 MLD

La sanità italiana può vincere la sfida della sostenibilità e questo nonostante l'apporto importante dato dal settore al riequilibrio dei conti pubblici". Queste le parole del ministro della Salute Renato Balduzzi che ha presentato un corposo dossier che raccoglie le performance del Ssn in termini di spesa e finanziamento fornito dal Ministero della Salute.

"Avrei voluto presentarlo come i 'numeri veri' della sanità – ha spiegato Balduzzi – ma penso sia più giusto definire questo dossier semplicemente come 'i numeri della sanità'. Una precisazione solo apparentemente futile se pensiamo che sull'ammontare dei tagli (o risparmi) al settore si è articolato tutto il confronto/scontro tra Governo e Regioni in questi mesi. Una differenza di valutazione che al momento ha lasciato su un binario morto il Patto per la Salute con le Regioni che denunciano "tagli insostenibili che mettono a rischio i servizi e le prestazioni socio-sanitarie". Una denuncia alla quale il Governo ha sempre risposto tenendo il punto sul fatto che non di tagli all'assistenza si tratta, quanto di interventi di "riorganizzazione e ristrutturazione" a invarianza di servizi resi ai cittadini.

E così per Balduzzi i numeri sono quelli forniti nel corso della presentazione del dossier. Numeri che comunque segnano una stretta potente al finanziamento della sanità pubblica per un ammontare nel periodo 2012/2015 di 24,7 miliardi di euro di differenza tra fab-

bisogno finanziario ante manovre e finanziamento statale post manovre. Ma per le Regioni i conti sono diversi e la cifra indicata nel documento datato 6 dicembre, parla, per lo stesso periodo, di 35,1 miliardi di tagli. Anche se il presidente delle Regioni Vasco Errani ha parlato di "quasi 30 mld".

Nel dettaglio le tabelle fornite dal ministero parlano di una differenza tra fabbisogno finanziario ante manovre (DI 78/2010, DI 98/2011, Spending review e la legge di stabilità) e finanziamento così distribuita negli anni:

- Anno 2012. Fabbisogno finanziario stimato ante manovre: 110,512 mld. Finanziamento reale: 107,961 mld. Differenza: 2,551 mld.
- Anno 2013. Fabbisogno finanziario stimato ante manovre: 112,393 mld. Finanziamento reale: 107,008 mld. Differenza: 5,385 mld.
- Anno 2014. Fabbisogno finanziario stimato ante manovre: 116,236 mld. Finanziamento reale: 107,901 mld. Differenza: 8,335 mld.
- Anno 2015. Fabbisogno finanziario stimato ante manovre: 119,856 mld. Finanziamento reale: 111,421 mld. Differenza: 8,435 mld.

Cifre che allargano ancora di più le distanze di valutazioni tra Governo e Regioni. E, come detto, non solo sulle cifre. Se per le Regioni, infatti, questi tagli affosseranno il sistema, per il Governo il sistema sarà perfettamente in grado di sostenere i risparmi previsti a condizione che si lavori seriamente su due fronti: quello delle performance dei fattori produttivi e in particolare personale e acquisto beni e servizi e quello del miglioramento dei percorsi assistenziali attuando appieno il governo clinico dei processi, le linee guida e una vera appropriatezza prescrittiva e terapeutico-assistenziale. In sostanza si è puntato molto su un generale "rigore nei processi di spesa", da tutti i punti di vista, come ha sottolineato il Capo dipartimento per la programmazione sanitaria Filippo Palumbo.

Sulla base di questo approccio il Ssn garantirà la sua sostenibilità. Questa almeno la convinzione dello stesso Balduzzi che lo ha ripetuto più volte sollecitato dalla stampa proprio su questo punto, pur riconoscendo che la sanità è "sotto stress" e per questo è giusto parlare di "sfida". Una sfida che tuttavia può essere vinta solo ricucendo la condivisione di scelte e strategie con le Regioni il cui ruolo nella sanità "non è in discussione", ha detto più volte Balduzzi.

Ma vediamo qual è il quadro emerso analizzando i dati presentati nel Dossier.

Dal 2012 al 2015 si contano per la sanità 24,7 miliardi in meno. Per quanto riguarda le casse regionali, nel 2011, solo 5 Regioni hanno avuto un risultato di gestione positivo con un attivo di 68,4 milioni. In tutte le altre si registra un disavanzo di 2,7 miliardi, recuperato solo aumentando le tasse ai propri cittadini. E con i nuovi standard posto letto/abitante saranno invece cancellati 14.586 letti per acuti. Questi i numeri della sanità emersi dal dossier del Ministero della salute.

IN" ROSSO" QUASI TUTTE LE REGIONI

Scende il totale dei disavanzi nelle Regioni, ma solo 5 su 21 hanno evidenziato nel 2011 (dati del IV trimestre) un risultato di esercizio positivo prima delle coperture (ovvero le tasse pagate dai cittadini). I numeri forniti dal Ministero della Salute mostrano infatti come nel 2007 il risultato totale segnava un saldo tra entrate e spese che dava un deficit di 5,027 miliardi di euro mentre nel 2011 si è quasi dimezzato giungendo fino a quota 2,6 mld.

Migliorano le performance delle Regioni in Piano di rientro (da notare come la Sardegna e la Liguria non siano più in Piano dal 2010) il cui deficit che nel 2007 era di 4,1 miliardi, nel 2011 è sceso a 1,5 mld di euro. Se invece ci si focalizza sui risultati di gestione dopo le coperture per quanto riguarda il totale nel 2007 si registrava un avanzo di 31,4 mln di euro che nel 2011 è salito fino a 309,4 mln, grazie soprattutto alle coperture aggiuntive della Sicilia (307 mln nel 2011 per ripianare un deficit da 45,3 milioni).

Iniziamo la nostra analisi dai risultati di esercizio regionali prima delle coperture.

È il Lazio la Regione con il disavanzo di gestione più alto (sempre prima delle coperture) a quota 815,091 milioni di euro (quasi il 30% del totale), seguito dalla Sardegna che ha registrato un deficit da 283,065 mln, mentre al terzo posto c'è il Piemonte con 260,359 mln. Molto negative anche le performance delle Province autonome di Trento e Bolzano che hanno segnato disavanzi rispettivamente di 228,433 mln e 235,399 mln, anche se il dato soprattutto per Bolzano non rappresenta una novità. Tra le Re-

RISULTATI DI ESERCIZIO DOPO LE COPERTURE da Tavolo adempimenti

Regione (€/000)	2007	2008	2009	2010	2011 (*) (4° trimestre)
VALLE D' AOSTA	-14.442	-15.871	901	-6.812	1.116
LOMBARDIA	45	96	12.712	13.914	22.171
PROV. AUTON. BOLZANO	20.695	17.265	38.586	8.249	5.633
PROV. AUTON. TRENTO	-8.647	-11.788	-11.196	-12.350	8.450
VENETO	86.966	68.231	7.429	12.736	9.403
FRIULI VENEZIA GIULIA	36.755	13.634	10.601	14.200	8.046
LIGURIA	45.123	31.747	42.429	8.807	40.390
EMILIA ROMAGNA	6.686	17.796	6.640	40.130	37.763
TOSCANA	24.104	21.659	11.934	-11.721	60
UMBRIA	11.456	4.199	8.379	5.783	10.375
MARCHE	5.884	34.304	12.788	30.215	1.525
BASILICATA	132	4.415	552	272	1.801
SARDEGNA	4.820	-75.672	18.653	-139.218	-220.007
TOTALE Non PdR	219.576	110.015	160.409	-35.794	-73.276
PIEMONTE	22.247	2.801	11.810	556	5.250
LAZIO	141.856	-186.374	-17.299	93.074	422
ABRUZZO	-76.421	-4.803	-340	40.714	60.986
MOLISE	-4.096	-29.698	-55.088	-27.123	-42.111
CAMPANIA	-72.830	-237.819	-386	-72.222	-22.443
PUGLIA	-36.474	4.646	1.488	2.746	153.890
CALABRIA	-36.477	-62.120	-88.467	-13.724	-35.488
SICILIA	-125.920	0	227.268	222.193	262.224
TOTALE PdR	-188.115	-513.367	78.987	246.215	382.730

Fonte: elaborazioni su CE consuntivi vari anni 2007-2010 - Anno 2011: dati CE IV trimestre

gioni più virtuose, invece, in cima alla graduatoria troviamo la Lombardia con un avanzo di gestione (sempre prima delle coperture) di 22,171 milioni di euro, seguita dall'Umbria a quota 18,745 mln e dall'Abruzzo (unica Regione in Piano di rientro con un risultato positivo) con 18,527 mln. Al quarto posto troviamo le Marche con un avanzo di 7,675 mln mentre l'ultima Regione con i conti positivi è il Veneto con 1,285 mln.

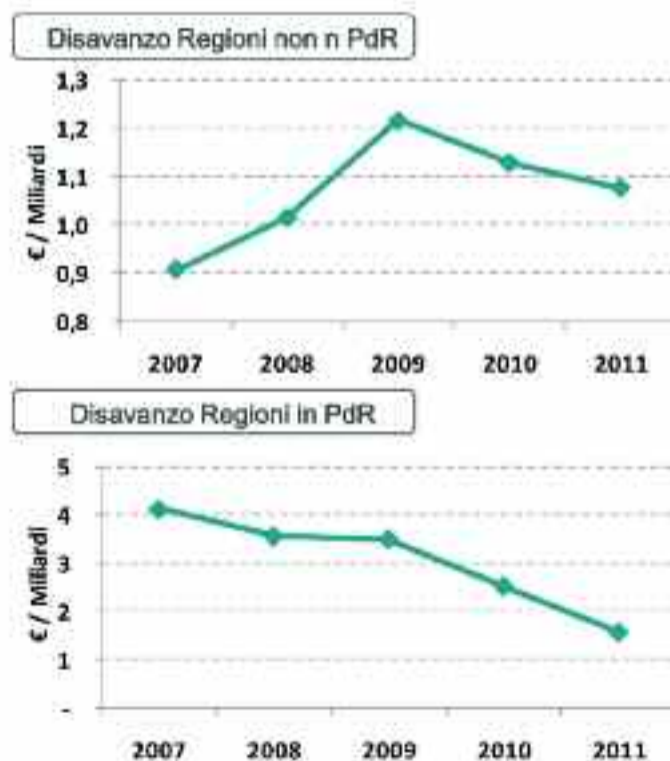
Se invece ci si focalizza sui risultati di gestione dopo le coperture per quanto riguarda il totale nel 2007 si registrava un avanzo di 31,4 mln di euro che nel 2011 è salito fino a 309,4 mln. Analizzando sempre l'anno 2011 si nota però come, nonostante le risorse provenienti dalla fiscalità, vi sono Regioni ancora in deficit. E la ragione di ciò è spesso dovuto al reddito minore dei cittadini di queste Regioni. In cima alla lista c'è la Sardegna (unica non in Piano di rientro) che dopo le co-

RISULTATI DI ESERCIZIO PRIMA DELLE COPERTURE da Tavolo adempimenti

Regione (€/000)	2007	2008	2009	2010	2011 (*) (4° trimestre)
VALLE D' AOSTA	-56.630	-61.532	-38.445	-58.561	-48.068
LOMBARDIA	45	96	12.712	13.914	22.171
PROV. AUTON. BOLZANO	-261.515	-262.926	-185.596	-228.895	-235.399
PROV. AUTON. TRENTO	150.415	163.744	202.228	210.607	228.433
VENETO	-134.670	-148.512	-103.012	-6.095	1.285
FRIULI VENEZIA GIULIA	-44.445	-42.125	-67.897	-77.599	-62.720
LIGURIA	-102.288	-109.311	-120.457	-85.417	-133.741
EMILIA ROMAGNA	-91.294	-42.204	-118.360	-94.870	-58.827
TOSCANA	42.788	2.445	-163.972	71.655	40.011
UMBRIA	11.456	4.199	8.379	14.163	18.745
MARCHE	15.879	34.304	12.788	-2.986	7.675
BASILICATA	-19.868	-34.749	-25.120	-35.978	-36.610
SARDEGNA	-115.437	-184.926	-225.675	-283.560	-283.065
TOTALE Non PdR	-906.306	-1.013.874	-1.216.877	-1.129.140	-1.076.998
PIEMONTE	-170.753	-360.576	-387.523	-422.444	-260.359
LAZIO	1.696.481	-1.673.478	-1.419.449	-991.396	-815.091
ABRUZZO	-138.433	-107.656	-43.358	8.117	18.527
MOLISE	-69.224	-75.527	-76.253	-60.895	-36.010
CAMPANIA	-862.177	-641.196	-773.853	-497.509	-178.655
PUGLIA	-265.742	-219.575	-350.329	-332.705	-114.376
CALABRIA	-277.059	-195.304	-249.030	-187.511	-126.396
SICILIA	-641.451	-279.411	-195.989	-34.064	-45.364
TOTALE PdR	-4.121.320	-3.552.722	-3.495.784	-2.518.406	-1.557.724

Fonte: elaborazioni su CE consuntivi vari anni 2007-2010 - Anno 2011: dati CE IV trimestre

- (1) La Regione Liguria ha terminato il PDR il 31 dicembre 2009;
- (2) La Regione Sardegna ha terminato il PDR il 31 dicembre 2009;
- (3) La Regione Piemonte ha stipulato l'Accordo con i Ministri per il Piano di Rientro in data 29 luglio 2010;
- (4) La Regione Puglia ha stipulato l'Accordo con i Ministri per il Piano di Rientro in data 29 novembre 2010;
- (5) La Regione Calabria ha stipulato l'Accordo con i Ministri per il Piano di Rientro in data 17 dicembre 2009;



La mappa dei posti letto italiani dopo spending review e nuovi standard ospedalieri è disegnata. Con i nuovi standard posto letto/abitante saranno cancellati 14.586 letti per acuti.

erture ha evidenziato un risultato negativo nell'ordine di 220,007 mln, cui segue il Molise a quota -42,111 mln, la Calabria (-35,488 mln) e la Campania con un -22.433.

Le curiosità

La prima che risalta agli occhi riguarda la Sardegna e la Liguria. Le due Regioni, da quando nel 2010 sono uscite dal Piano di rientro hanno peggiorato le loro performance. Partiamo dall'isola sarda. Nel 2009 registrava un disavanzo prima delle coperture di 225,675 mln, ma già nel 2010 il deficit ha ricominciato a salire a quota 283,560 mln per rimanere pressoché stabile nel 2011 (-283,065 mln di euro). Diverso il trend della Liguria che nel 2009 registrava un deficit da 120,457 mln che è sceso nel 2010 a quota 85,417 mln, ma è bruscamente risalito nel 2011, anno in cui la Regione ha registrato un disavanzo da 133,741 mln, il più alto degli ultimi cinque anni.

Altro aspetto da considerare è che evidenzia anche in questo caso come il Paese sia profondamente diviso in termini di reddito, sono i risultati delle gestioni dopo le coperture. In questo caso, si nota come una Regione come il Lazio che ha un deficit enorme (-815 mln nel 2011) riesca proprio grazie alla 'ricchezza' e al numero dei suoi cittadini a ripianare il disavanzo fino a far registrare un saldo positivo di 422 mila euro. Lo stesso ragionamento vale per esempio per le Pa di Trento e Bolzano (anche se in questo caso però contano più i redditi che il numero complessivo dei contribuenti), il Piemonte e in parte anche la Puglia.

Ma se vi sono Regioni più 'ricche' che riescono a compensare i 'buchi' di gestione ciò non si verifica per esempio con Regioni come la Campania, che pur avendo per esempio una popolazione simile al Lazio non riesce anche con le coperture a ripianare il deficit. Stessa situazione in Calabria e Molise e soprattutto in Sardegna dove a fronte di un deficit di 283,065 mln le coperture sono state solo 63 mln.

POSTI LETTO: EMILIA ROMAGNA, LAZIO E LOMBARDIA LE PIÙ COLPITE, ASSORBIRANNO IL 38,2% DEI TAGLI

I conti sono pronti. I provvedimenti attuativi ancora no. Ma ormai la mappa dei posti letto italiani dopo spending review e nuovi standard ospedalieri è disegnata. Con i nuovi standard posto letto/abitante saranno cancellati 14.586 letti per acuti. Ma oltre 6mila potrebbero essere di strutture private. Aumenteranno invece i posti di lunga

degenza: 9.949 letti in più. I tagli maggiori nelle tre Regioni con indici elevati sia negli acuti che nelle lungo degenze.

È quanto si evince dai dati che emergono dal dossier del ministero della Salute se si tiene conto del nuovo standard di 3,7 posti letto per mille (di cui 0,7 per le lungo degenze). E a questi si potrebbero aggiungere quelli ventilati dalla bozza di regolamento redatta dal ministero ai quali si aggiungono quelli previsti dalla bozza di regolamento sugli standard ospedalieri formulata dal Ministero della Salute e all'esame delle Regioni, che prevede una soglia minima di 60 posti letto per acuti per le case di cura private accreditate.

L'operazione si attuerà con tagli da una parte e aggiunta di letti dall'altra a secondo delle dotazioni regionali che presentano indici abbastanza differenziati. La somma di questa "compensazione" tra tagli e aggiunte porterà a un taglio di 17.882 posti letto, di cui 14.586 per acuti e 3.296 per lungo degenze, cui farà riscontro un aumento di 10.492 posti letto, di cui solo 543 nei reparti per acuti nelle poche Regioni che stanno sotto il 3 per mille e di ben 9.949 in quelli per lungo degenti. Il quadro regionale è piuttosto variegato, con i maggiori tagli in Emilia Romagna, che dovrà rinunciare a 2.207 letti per acuti ed anche a 536 letti per lungo degenze e poi la Lombardia che dovrà rinunciare a 1.426 letti per acuti e a 911 per le lungo degenze. Terzo il Lazio, anch'esso sovra dimensionato sia negli acuti che nelle lungo degenze, dove dovranno essere tagliati, rispettivamente, 1.644 e 319 letti. Da sole, queste tre Regioni, assorbiranno quindi il 38,2% dei tagli tra acuti e lungo degenze.

Singolare la situazione della Campania che tra tagli agli acuti (- 1.710) e nuovi letti per lungo degenze (+ 1.875) va sostanzialmente in pareggio con un saldo attivo di 165 letti. Come atipica è quella del Piemonte che invece ha necessità di aumentare di 449 letti i posti per acuti e di tagliare di ben 1.292 quelli di lungo degenza.

Ma la partita potrebbe giocarsi, almeno per gli acuti, quasi tutta sul privato. Secondo quanto previsto dalla bozza di regolamento sugli standard ospedalieri a partire dal 1° gennaio 2014 è introdotta una soglia di accreditamento e di sottoscrizione degli accordi da parte delle case di cura private di minimo 60 posti letto per acuti. Secondo una prima elaborazione le strutture che rischiano di non poter sottoscrivere accordi scendono a 192, ovvero il 47,2% per un totale di 6.039 posti letto, che rappresentano una riduzione del 20,8%, rispetto al totale dei letti delle case di cura private accreditate che

	POSTI LETTO AL 1 GENNAIO 2012			POSTI LETTO DOPO SPENDING REVIEW			DIFFERENZA		
	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
PIEMONTE	13.706	4.595	18.301	14.155	3.303	17.458	449	-1.292	-843
VALLE D'AOSTA	450	8	458	363	85	448	-87	77	-10
LOMBARDIA	31.938	8.030	39.968	30.512	7.119	37.631	-1.426	-911	-2.337
P.A. BOLZANO	1.795	305	2.100	1.436	335	1.771	-359	30	-329
P.A. TRENTO	1.751	510	2.261	1.533	358	1.890	-218	-152	-371
VENETO	16.125	2.784	18.909	14.900	3.477	18.377	-1.225	693	-532
FRIULI V.G.	4.679	389	5.068	3.989	931	4.919	-690	542	-149
LIGURIA	5.677	742	6.419	5.442	1.270	6.712	-235	528	293
EMILIA ROMAGNA	16.673	3.958	20.631	14.666	3.422	18.088	-2.007	-536	-2.543
TOSCANA	12.301	1.272	13.573	12.195	2.845	15.040	-106	1.573	1.467
UMBRIA	2.827	323	3.150	2.921	682	3.603	94	359	453
MARCHE	5.293	810	6.103	4.867	1.136	6.003	-426	326	-100
LAZIO	18.734	4.307	23.041	17.090	3.988	21.078	-1.644	-319	-1.963
ABRUZZO	4.234	699	4.933	4.026	939	4.965	-208	240	32
MOLISE	1.146	330	1.476	1.047	244	1.291	-99	-86	-185
CAMPANIA	16.963	1.684	18.647	15.253	3.559	18.812	-1.710	1.875	165
PUGLIA	12.326	1.490	13.816	11.436	2.669	14.105	-890	1.179	289
BASILICATA	1.804	357	2.161	1.697	396	2.093	-107	39	-68
CALABRIA	6.327	902	7.229	5.387	1.257	6.644	-940	355	-585
SICILIA	15.036	1.879	16.915	14.118	3.294	17.412	-918	1.415	497
SARDEGNA	6.137	411	6.548	4.846	1.131	5.976	-1.291	720	-572
TOTALE ITALIA	195.922	35.785	231.707	181.879	42.438	224.318	-14.043	6.653	-7.389

Legge di Stabilità

TAGLIO DI 1,6 MLD NEL BIENNIO 2013-2014 PER IL FONDO SANITARIO NAZIONALE

Proroghe per i contratti dei precari, per la remunerazione della filiera del farmaco e per il pay back farmaceutico. Stanziati 275 mln per il Fondo non autosufficienza e ridotto il tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici. Sono molte misure per la sanità contenute nella legge votata il 21 dicembre

È diventato legge il provvedimento concernente Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2013 e bilancio pluriennale per il triennio 2013-2015 (e relative note di variazioni). Il via libero definitivo è arrivato lo scorso 21 dicembre quando la Camera con 373 voti favorevoli, 67 contrari e 15 astenuti, ha votato la questione di fiducia che il ministro dell'Economia e delle Finanze Vittorio Grilli ha posto, a nome del Governo, senza emendamenti ed articoli aggiuntivi, dell'articolo unico del provvedimento già approvato dalla Camera e modificato dal Senato.

Al Ddl Stabilità il Senato aveva, infatti, già accordato la fiducia, approvando con 199 voti favorevoli, 55 contrari e 10 astensioni un maxiemendamento che recepiva sostanzialmente il testo licenziato dalla Commissione Bilancio.

Ma vediamo in particolare quali sono i punti che interessano la sanità.

Fondo sanitario nazionale. Per la sanità è confermato il taglio di 600 milioni al fondo sanitario nazionale per il 2013 che salirà a 1 miliardo a decorrere dal 2014.

Personale precario. Per il personale precario della Pa, compreso quindi quello del Ssn, è prevista la possibilità di prorogare fino al 31 luglio 2013 i contratti di lavoro subordinato a tempo determinato in essere al 30 novembre 2012, anche che si protraggono da più di 36 mesi. Il maxiemendamento prevede anche una riserva di posti pari al 40% nei concorsi che saranno banditi per coloro che hanno svolto almeno tre anni di servizio presso l'amministrazione che emana il bando.

Dispositivi medici. Novità per la riduzione della spesa per acquisto di beni e servizi e dispositivi medici: gli importi e le connesse prestazioni relative a contratti in essere di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, con esclusione degli acquisti dei farmaci, stipulati da aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, sono ridotti del 10% a decorrere dal 1° gennaio 2013 e del 4,8% nel 2013 e 4,4% dal 2014 per gli acquisti dei dispositivi medici (il

tetto precedentemente previsto dalla spending review era rispettivamente del 4,9% e del 4,8%), ma le Regioni potranno utilizzare anche misure alternative, ferma restando la condizione di garantire l'equilibrio di bilancio sanitario. Le Asl saranno tenute a pubblicare online i prezzi unitari corrisposti per l'acquisto di beni e servizi.

Sla e Fondo per non autosufficienti. Le risorse destinate per il 2013 al fondo per l'assistenza alle persone non autosufficienti, compresi i malati di Sla, ammontano a 275 milioni di euro. Ulteriori risorse, fino a un massimo di 40 milioni, potranno arrivare dai risparmi ottenuti con i controlli straordinari sulle invalidità. Il Fondo nazionale per le politiche sociali è incrementato di 300 milioni per l'anno 2013.

Distribuzione farmaci. Tra le altre cose, slitta dal 1° gennaio al 30 giugno 2013 l'entrata in vigore del nuovo sistema di remunerazione della filiera distributiva del farmaco, cioè farmacisti e grossisti. In questo modo ci sarebbero 6 mesi di tempo per trovare una soluzione alla difficile situazione che vede i ministeri della Salute e dell'Economia opporsi alla definitiva approvazione dell'accordo già firmato il 16 ottobre scorso tra Aifa e associazioni di categoria e fortemente difeso dai farmacisti. Previsto, peraltro, che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, il termine possa poi essere ulteriormente prorogato al 31 dicembre 2013.

Prezzi standard di beni e servizi. La misura conferisce all'Osservatorio dei contratti pubblici presso l'Avcp l'ulteriore compito di pubblicare, sul pro-

prio sito web, i prezzi unitari corrisposti dalle aziende sanitarie locali per gli acquisti di beni e servizi.

Gestione del risk management in Sanità. Al fine di promuovere iniziative a favore della sicurezza delle cure e attuare le pratiche di monitoraggio e controllo dei contenziosi in materia di responsabilità professionale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono prevedere, all'interno delle strutture sanitarie e nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente, funzioni per la gestione del risk management che includano, laddove presenti, competenze di medicina legale, medicina del lavoro, ingegneria clinica e farmacia.



Concorsi Aifa. L'Agenzia viene autorizzata ad assumere con contratto a tempo indeterminato i vincitori del concorso in soprannumero fino al riassorbimento della quota eccedente la pianta organica dell'Agenzia, mentre gli oneri derivanti dall'applicazione (circa 10 milioni di euro) sono posti interamente a carico della stessa Aifa, in quanto finanziabili con proprie risorse.

Aggiornamento delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale.

È autorizzata la spesa di 2 milioni di euro per l'anno 2013 e 4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014 e 2015 per la revisione delle tariffe massime delle prestazioni di assistenza termale. L'autorizzazione di spesa viene fra l'altro prevista per consentire alle imprese del settore di effettuare gli investimenti necessari alla loro ulteriore integrazione nell'ambito del Ssn, sulla base della sperimentazione di nuovi modelli di assistenza – nell'ambito delle varie forme in cui questa è garantita –

al fine di realizzare effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

Legge italiana per la lotta contro i tumori (Lilt). Concesso un contributo per il 2013 di 500mila euro.

Fondazione Italiana per la Ricerca sulle Malattie del Pancreas. Stanziati 500mila euro per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, in favore della Fondazione Italiana (Onlus) per la Ricerca sulle Malattie del Pancreas (Fimp), al fine di sostenere l'attività di ricerca sul genoma del pancreas.

Qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti. Le misure modificano la legge 1° aprile 1999, n. 91 sui trapianti per disciplinare la donazione di organi da persona vivente, al fine di recepire la direttiva 2010/53/UE in materia di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti. L'intervento è volto ad evitare l'applicazione di sanzioni dell'Unione Europea (Procedura di infrazione 2012/0370), a causa del mancato recepimento della direttiva 2010/53/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 luglio 2010, sulle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti, il cui termine è già scaduto il 27 agosto 2012.

Sistema di farmacovigilanza. Le disposizioni prevedono che, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legge in esame, siano individuate, con decreto interministeriale di natura non regolamentare, sentita la Conferenza permanente Stato-Regioni, le procedure operative e le soluzioni tecniche per un'efficace azione di farmacovigilanza. Previsto che il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) nomini, nell'ambito della propria organizzazione, una persona fisica responsabile dell'istituzione e della gestione del sistema di farmacovigilanza. Previsto anche che il titolare dell'AIC debba: a) mantenere e porre a disposizione su richiesta dell'autorità competente, un fascicolo di riferimento del sistema di farmacovigilanza; b) individuare e implementare idonee soluzioni organizzative e procedurali per la gestione del rischio per ogni medicinale, nonché elaborare un



apposito piano di gestione, da aggiornare, tenendo conto di nuovi rischi, del contenuto dei medesimi, del rapporto rischio/beneficio per ogni medicinale; c) monitorare i risultati dei provvedimenti volti a ridurre al minimo i rischi previsti dal piano di gestione del rischio o quali condizioni dell'AIC.

Vaccinazione contro la febbre catarrale degli ovini. Le nuove norme introducono condizioni e maggiori garanzie per il ricorso a "vaccini vivi attenuati" (i quali possono, in ogni caso, determinare una circolazione di virus vaccinale tra i capi non vaccinati). Tali norme restrittive si fondano sulla considerazione che lo sviluppo di nuove tecnologie ha reso possibile l'impiego di "vaccini inattivati" (i quali non comportano il rischio di una circolazione di virus vaccinale).

Proroga del sistema Pay-back sui farmaci. Le aziende farmaceutiche possono, fino al 30 giugno 2013, non applicare lo sconto del 5 per cento su taluni farmaci a carico del Ssn, a fronte di un rimborso diretto alle singole regioni, corrispondente al risparmio atteso con la riduzione del 5 per cento per ciascun medicinale, in relazione ai suoi volumi di vendita.

Ludopatie. Prorogato al 30 giugno 2013 il termine entro cui presentare le linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo. Lo schema di decreto, trasmesso nel mese di giugno 2011, è tuttora all'esame della Conferenza unificata.

Plasma ed emoderivati. Semplificate le procedure amministrative di commercializzazione del sangue e dei prodotti intermedi in EU, provenienti dagli Stati Uniti e dal Canada, per la produzione di emoderivati da commercializzare al di fuori dell'UE. In particolare, all'AIFA viene presentata dal produttore una formale notifica (in sostituzione di idonea documentazione tecnico-scientifica contenente gli elementi necessari alla valutazione dell'origine, della qualità e della sicurezza dei prodotti del sangue), mentre l'autorizzazione alla commercializzazione viene data dall'AIFA, secondo la norma del silenzio-assenso, dopo trenta giorni dalla presentazione della medesima.

Congedi parentali. Prevista la possibilità di congedi 'su base oraria'. In particolare, secondo la modifica, "la contrattazione collettiva di settore stabilisce le modalità di fruizione del congedo su base oraria, nonché i criteri di calcolo della base oraria e l'equiparazione di un determinato monte alla singola giornata lavorativa".

Policlinici universitari non statali. Autorizzata la spesa di 52,5 milioni di euro per l'anno 2013.

Bambin Gesù. Autorizzato, per l'anno 2013, l'incremento del fondo per l'erogazione di un contributo annuo fisso a favore dell'ospedale "Bambino Gesù" per l'importo di 12,5 milioni di euro. Si ricorda che per le stesse finalità, la Legge di stabilità 2012 reca un finanziamento pari a 30 milioni di euro per il 2012.

Fondazione Gerolamo Gaslini. Concesso un contributo di euro 5 milioni.

Verifica Inps su personale sanitario "inidoneo". Prevista entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge, una verifica straordinaria da parte dell'Inps nei confronti del personale sanitario dichiarato inidoneo allo svolgimento delle mansioni assegnate. Le modalità di attuazione della verifica sono stabilite con decreto interministeriale (Ministro della salute, Ministro del lavoro e delle politiche sociali, Ministro dell'economia e delle finanze), da adottare entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge. Il decreto dovrà stabilire anche le modalità con cui le aziende procedono al ricollocamento del personale di cui sia stata verificata l'inidoneità alle mansioni, dando priorità alla riassegnazione nell'ambito dell'assistenza territoriale. Per la verifica, che dovrà essere completata entro 12 mesi, l'Inps può avvalersi anche del personale medico delle Asl, con le risorse (umane, strumentali e finanziarie) disponibili a legislazione vigente, senza oneri per la finanza pubblica. Per quanto riguarda la platea dei lavoratori interessati dalla verifica, la norma fa riferimento al personale dichiarato inidoneo alla mansione specifica ai sensi dell'articolo 42 del decreto legislativo n.81/2008 e al personale riconosciuto non idoneo, anche in via permanente, allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale ma idoneo a proficuo lavoro ai sensi dell'articolo 6 del Ccnl integrativo del comparto sanità del 20 settembre 2001.

Accertamento di invalidità. Disposta anche, per il periodo 2013-2015, nell'ambito dell'ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari nei confronti dei titolari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, la realizzazione un piano di 150.000 verifiche straordinarie annue, aggiuntivo rispetto all'ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali, nei confronti dei titolari di benefici di invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità.

Per quanto concerne le risorse derivanti dall'attuazione del suddetto piano straordinario di verifiche, nel corso dell'esame al Senato è stato specificato che sono destinate ad incrementare il Fondo per le non autosufficienze sino alla concorrenza di 40 milioni di euro annui.

Indagine della Commissione d'inchiesta errori e disavanzi sanitari sulle Assicurazioni Asl e Ao

TROPPE AZIENDE NON ASSICURATE. Il fondo regionale fa risparmiare, ma solo il 20,7% delle aziende lo utilizza

Le Aziende pagano sempre di più alle compagnie assicurative: crescono, infatti, del 4,6% annuo i premi assicurativi a carico delle strutture sanitarie e ospedaliere, in conseguenza di un altrettanto marcato aumento delle richieste di risarcimento. Il paradosso è che in un quinquennio è calato del 75% l'importo dei danni liquidati. E le richieste di risarcimento sono cresciute del 24%.

Un'anomalia in un sistema dove il ricorso alla medicina "difensiva" costa allo Stato tra i 10 e i 14 miliardi di euro. Un costo che si ridurrebbe se il medico potesse operare senza rischiare il default finanziario. Inoltre, le soluzioni per consentire alle strutture sanitarie di risparmiare ci sarebbero: basterebbe, infatti, creare un fondo gestito direttamente dalle Regioni. Peccato sia presente attualmente solo in Toscana, Friuli Venezia Giulia, Liguria e Basilicata. E così il 72,2% delle Aziende si affida alle compagnie assicurative.

E medici e pazienti sempre più a rischio in caso di sinistri per errore sanitario. È, infatti, elevatissima la percentuale dei dipendenti che non può contare su una copertura assicurativa in caso di sinistri da "colpa grave": più di sei aziende su dieci non ha copertura. Uno scenario al-

larmante perché se le strutture non assicurano e il personale non è in grado di pagare il conto salato di una polizza assicurativa, in caso di errore, chi risarcirà il paziente?

Sono questi alcuni dei dati risultati dallo studio statistico sulle coperture assicurative presso le aziende sanitarie e ospedaliere, realizzato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e sui disavanzi sanitari sulla base di 169 risposte a questionari, rappresentativi a livelli nazionali (non hanno risposto Veneto, Piemonte, Sardegna e PA di Bolzano).

RISPARMI CON IL FONDO REGIONALE ASSICURATIVO, MA SOLO 4 REGIONI LO UTILIZZANO

Una copertura assicurativa globale gestita direttamente

I premi assicurativi pagati alle compagnie sono cresciuti in media del 4,6% annuo. Dal 2006 al 2011, le richieste di risarcimento sono salite del 24%, ma sono calati del 75% i danni liquidati. Le aziende che optano per un fondo regionale per le coperture assicurative risparmiano considerevolmente e si concentrano in Toscana, Friuli Venezia Giulia e Liguria.

Questo il quadro tracciato dallo studio statistico realizzato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori e sui disavanzi sanitari

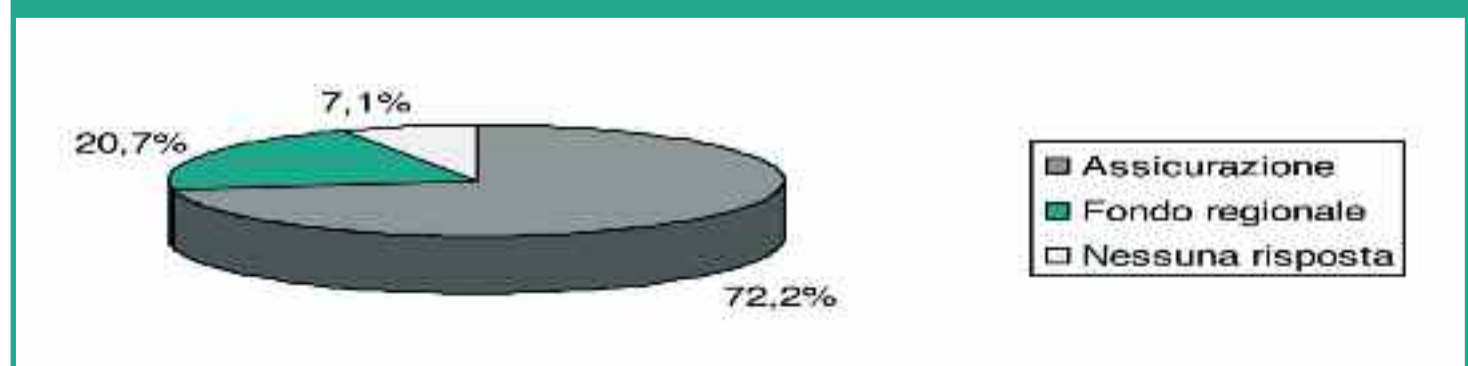
dalle Regioni e non dalle singole Asl, rappresenta, per chi l'ha attivata, un importante fattore di riduzione di spesa. Eppure delle 169 aziende sanitarie, ospedaliere, universitarie e Irccs che hanno risposto all'indagine, 35 (pari al 20,7%) si affidano ai fondi regionali per la copertura assicurativa, mentre 122 aziende (il 72,2%) si affida-

no alle compagnie assicurative. In particolare il Fondo regionale ad hoc è presente in sole 4 Regioni: la Toscana con 16 aziende sanitarie (45,7%), il Friuli Venezia Giulia con 9 centri (25,7%), la Liguria anch'essa con 9 aziende (25,7%), la Basilicata con un'azienda sanitaria (2,9%).

A livello nazionale al centro,

in virtù della presenza della Toscana, ogni 10 aziende che hanno un'assicurazione ve ne sono più di 8 che hanno scelto il Fondo regionale. Questo rapporto scende a 5,3 per il Nord-Est, a 1,9 per il Nord-Ovest e a 0,3 per il Sud e le Isole in cui, come accennato, viene utilizzato il Fondo regionale solo da un'azienda sanitaria della Ba-

Grafico 1 - Ripartizione delle aziende sanitarie in base al regime assicurativo adottato



silicata. A livello nazionale abbiamo circa tre aziende sanitarie che si avvalgono del fondo regionale a fronte di 10 strutture che utilizzano una copertura assicurativa. Sono invece 122 le aziende (il 72,2%) che si affidano alle compagnie assicurative. Il settore è sostanzialmente in mano a un numero ristretto di compagnie, dominato dalla AM Trust Europe (con cui, nel 2011-2012, ben il 46% delle aziende sanitarie ha stipulato una polizza). Tra gli altri competitors: XL Insurance, QBE Insurance, City Insurance, Llyod's of London, Generali Assicurazioni, Cattolica Assicurazioni.

"Diffondere l'utilizzo del Fondo Regionale nella maggior parte se non a tutte le Asl, realizzando in tal modo una corrispondente copertura quasi totale per la colpa grave – ha affermato il presidente Antonio Palagiano – determinerebbe una notevole riduzione della spesa pubblica senza toccare il livello quali-quantitativo dell'offerta sanitaria. Comporterebbe, come seconda ma non meno

importante conseguenza, una maggiore tranquillità di azione per i medici. Il medico che si sente di poter operare, senza rischiare il default finanziario, ridurrebbe il ricorso alla medicina "difensiva", un capitolo di spesa in continuo aumento che costa allo Stato tra i 10 e i 14 miliardi di euro. Mettere fine a quel comportamento che costringe il medico a prescrivere esami spesso inutili, se non dannosi, per tutelarsi da una possibile causa giuridica, è un passo fondamentale per ridurre la spesa sanitaria nel nostro Paese".

RIFIUTO RINNOVO CONTRATTUALE

Alcune aziende sanitarie ed ospedaliere si sono viste rifiutare il rinnovo contrattuale da parte delle compagnie assicurative (43 in totale, pari al 29%).

Di queste 14 (pari al 33% di quelle che hanno risposto in modo affermativo) sono situate nel Nord-Ovest, 12 (il 28%) nel Nord-Est (concentrate tutte in Emilia Romagna) e 9 (il 21%) si trovano nel Centro, mentre 8 (pari al 19%) sono nel Sud e Isole. Le principali motivazioni addotte dalle compagnie assicurative per il rifiuto del rinnovo assicurativo hanno riguardato: eccessiva onerosità e/o sinistrosità, andamento negativo della polizza (48%); recesso o disdetta causa sinistro (22%); uscita dal mercato sanitario da parte della compagnia (9%).

CESSAZIONE DEL RAPPORTO CON LA COMPAGNIA ASSICURATIVA: DATI E MOTIVAZIONI

L'indagine ha evidenziato anche quali sono state le motivazioni che nelle Aziende hanno portato alla cessazione del rapporto con la compagnia assicurativa. È emerso che il 53,5% dei centri ha cessato il rapporto per scadenza naturale o per disdetta alla scadenza, il 15,8% per disdetta (causata da eccessiva sinistrosità/ onerosità e

causa fallimento della compagnia assicurativa), il 13,8% per altri motivi (gestione diretta o passaggio al Fondo regionale), il 13,9% per il fallimento della compagnia assicurativa.

IL 62,7% DELLE AZIENDE NON HA COPERTURA PER COLPA GRAVE

È altissima la percentuale di aziende che non prevedono la copertura assicurativa per colpa grave: sono il 62,7%. Mentre 44 Aziende pari al 26% offrono una copertura. Sono collocate principalmente al Nord, soprattutto in Lombardia, le aziende sanitarie la cui polizza assicurativa non prevede la copertura per i sinistri derivanti da colpa grave dei dipendenti. Mentre le aziende sanitarie che hanno risposto positivamente sono collocate per più del 50% nel sud e nelle isole (23 su 44). Questo lo scenario per il presidente Palagiano "Costituiscono un'anomalia che andrebbe quanto prima corretta – ha spiegato – visto, infatti, che non tutto il

personale è in grado di pagare il prezzo elevatissimo di una polizza, se le strutture non si assicurano chi risarcirà il paziente in caso di errore?".

IL 41,4% DELLE AZIENDE PREVEDE LA TUTELA LEGALE DEI DIPENDENTI

Per quanto riguarda la distribuzione delle aziende sanitarie e ospedaliere per le quali è prevista o meno anche la tutela legale dei dipendenti è emerso che 70 aziende (pari al 41,4%) hanno dichiarato che tale tutela è prevista, mentre in 82 di esse (il 48,5% del totale) questa forma di tutela non è presente (non hanno risposto il 10,1% del totale delle aziende).

Fra le aziende che hanno risposto positivamente, la massima presenza si riscontra nel Nord-Ovest (32 aziende su 70, pari al 45,7%), seguono il Sud con le Isole e il Nord-Est. Per quanto riguarda la percentuale di aziende sanitarie che non prevedono tutela legale per i propri dipendenti, vi è una distribuzione quasi uguale nel numero di aziende tra il Centro (24) e il Nord-Ovest e il Sud e Isole (entrambi con 23).

INCREMENTO SIGNIFICATIVO DEI PREMI VERSATI

L'indagine fornisce un quadro sintetico dei premi versati dalle 169 aziende che nei sei anni considerati sono stati pari a 1.864 milioni di euro. E l'andamento mostra un incremento significativo.

I premi versati nel totale complessivo sono passati dai circa 288 milioni del 2006 ai 354 milioni di euro del 2011, con un incremento nel periodo del 23% ed un incremento medio annuo (media aritmetica semplice) dell'4,6%. Il premio medio annuo assicurativo, pagato dalle aziende sanitarie a livello nazionale, è passato da 2 milioni di euro nel 2006 a 2,7 nel 2011, con un incremento del 35%. A livello territoriale di area geografica si è passati, nel Nord-Ovest da circa 98 milioni a 139 milioni, con un incremento del 42% (medio an-

Distribuzione delle aziende sanitarie in base al regime assicurativo e all'area geografica di appartenenza (valori %)

Area	Regione	Regime			Totale
		Ass.	FR	NR	
Nord-Ovest	Liguria	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Lombardia	95,8%	0,0%	4,2%	100,0%
	Valle d'Aosta	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Nord-Ovest Totale		81,0%	15,5%	3,4%	100,0%
Nord-Est	Emilia Romagna	94,1%	0,0%	5,9%	100,0%
	Friuli V. Giulia	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Trento	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Nord-Est Totale		63,0%	33,3%	3,7%	100,0%
Centro	Lazio	86,7%	0,0%	13,3%	100,0%
	Marche	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Toscana	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Umbria	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Centro Totale		51,4%	43,2%	5,4%	100,0%
Sud e isole	Abruzzo	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	Basilicata	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Calabria	75,0%	0,0%	25,0%	100,0%
	Compania	81,3%	0,0%	18,8%	100,0%
	Molise	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Puglia	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Sicilia	92,9%	0,0%	7,1%	100,0%
Sud e isole Totale		83,0%	2,1%	14,9%	100,0%
Totale		72,2%	20,7%	7,1%	100,0%

Note: Ass.= assicurazioni, FR= fondo regionale, NR = nessuna risposta

nuo dell'8%), nel Nord-Est da 44 milioni a 63, con un incremento del 43% (incremento medio annuo del 9%), nel Centro da 80 milioni a 56, con una diminuzione del 30% (decremento medio annuo del 6%) e nel Sud e Isole da 66 a 96 milioni di euro, con un aumento del 46% (medio annuo del 9%). Ma i dati a livello territoriale necessitano di un approfondimento specifico. Alcune Regioni, infatti, sono passate da un regime assicurativo ad un regime di utilizzo del fondo regionale e questo può contribuire a spiegare il decremento di alcune aree. Nel centro, ad esempio, le aziende sanitarie e ospedaliere della Toscana sono passate nel 2011 al Fondo regionale, con ciò spiegando la quasi totale riduzione dei premi versati e di conseguenza la riduzione del 30% degli stessi nell'area geografica di appartenenza. Anche altre regioni, come il Friuli Venezia Giulia e la Liguria, sono passate al regime

del Fondo Regionale, e quindi i premi versati possono riguardare assicurazioni parziali (per sinistri superiori a una determinata soglia) o premi residui di polizze ancora non scadute. Ma questo non giustifica comunque l'incremento dei premi.

CRESCONO DEL 24% LE RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Quelle pervenute alle compagnie dal 2006 al 2011 sono state 82.210, con una media annuale di 13.702 richieste. I danni liquidati invece calano, infatti, nello stesso intervallo temporale, gli importi pagati per risarcimento dalle compagnie assicuratrici sono passati dai 191 milioni del 2006 ai 91 milioni del 2011, con una riduzione del 75%. In particolare nel Nord Ovest, i pagamenti sono scesi da 68 milioni a 11 milioni, arrivando ad un sesto del valore di 5 anni prima.

Aumentano, nello stesso arco di tempo, le cifre messe a riserva dalle compagnie, con un importo che oggi sfiora i 2 miliardi di euro. È chiaro che il sistema è strutturato in maniera tale da favorire e non di poco, i guadagni delle compagnie assicuratrici, a scapito del sistema sanitario che potenzialmente sborsa sempre di più per risarcimenti e numero di azioni legali che si sono ridotte.

Nel confronto tra i premi versati dalle aziende sanitarie e gli importi pagati per i risarcimenti da parte delle compagnie si riscontra una forbice che, nel periodo 2006-2011, evidenzia un andamento abbastanza stabile e comunque poco crescente fino al 2008, registrando invece un aumento crescente a partire dal 2009, in conseguenza dell'aumento dei premi versati e della diminuzione del pagato.

"I dati parlano di una crescente e, spesso, pretestuosa conflittualità medico-paziente -

ha detto Antonio Palagiano - la differenza tra il boom di denunce di sinistri e la diminuzione degli importi liquidati mostra come la tendenza sia quella di intentare cause, a volte in modo quasi strumentale. La conseguenza è che i premi assicurativi schizzano alle stelle e le aziende sanitarie, quelle che prevedono assicurazione, subiscono un vero e proprio salasso, che serve a tutelarsi da quello che sembra, a tutti gli effetti, un business. Inoltre, ad esserne fortemente compromesso, è il rapporto medico-paziente". Nel nostro Paese la giurisdizione in campo medico - che risale, in pratica, al Codice Rocco del 1930 - manca del tutto di adeguata specificità. L'Italia, insieme al Messico, è l'unico Stato a non prevedere il reato di "colpa medica" e, in Europa, è l'unico Paese, insieme alla Polonia, a prevedere la perseguibilità penale degli errori clinici. Ciò significa che l'atto medico, di fatto, è equiparato a un atto di

delinquenza comune. In realtà, però, dei tantissimi processi penali avviati - come risulta da un'indagine condotta da questa stessa Commissione parlamentare di inchiesta nel 2011 - la quasi totalità si conclude con l'archiviazione: ben il 98,1% dei procedimenti per lesioni colpose e ben il 99,1% dei procedimenti per omicidio colposo.

ANOMALIE NELLA DISTRIBUZIONE DI POSTI LETTO E NUMERI DEL PERSONALE DIPENDENTE

Dall'indagine emergono inoltre alcune osservazioni di fondo che possono determinare azioni consecutive volte sia a razionalizzare la spesa su tutto il territorio nazionale, che ad omogeneizzare le risorse umane utilizzate, che mostrano sproporzioni numeriche eccessive tra le regioni.

I posti letto effettivi nelle 162 aziende sanitarie che hanno risposto sono 98.296 così ripartiti: 33,3% nel Nord Ovest, 21,6% nel Nord Est, 20,8% nel Centro e il 24,3% nel Sud e nelle Isole.

I dipendenti medici nelle stesse aziende sono 82.363 e hanno la seguente distribuzione per area: il 27,1% nel nord-ovest, il 19,2% nel nord-est, il 22,7% nel centro e il 31,0% nel sud e nelle isole.

Molto rilevante è la differenza nel numero di dipendenti medici ogni 10 posti letto effettivi secondo l'area geografica: tale numero aumenta in maniera spropositata andando da nord a sud, in maniera tale che la Sicilia evidenzia un numero di medici ogni 10 posti letto, che è il doppio di quelli utilizzati nel Friuli Venezia Giulia o nelle Marche. "È chiaro che se per far funzionare lo stesso numero di posti letto ci sono realtà regionali che utilizzano risorse umane doppie - ha concluso Palagiano - ciò non potrà che far lievitare in maniera esorbitante la spesa sanitaria senza aggiungere niente ad appropriatezza ed efficacia delle cure".

Presenza o assenza di copertura assicurativa per i sinistri causati dai dipendenti: distribuzione delle aziende sanitarie per area geografica e regione

Area	Regione	No		Si		NR		N. ro aziende totale	% totale
		N. aziende	%	N. aziende	%	N. aziende	%		
Nord-Ovest	Liguria	6	3,6%	2	1,2%	1	0,6%	9	5,3%
	Lombardia	37	21,9%	9	5,3%	2	1,2%	48	28,4%
	Valle d'Aosta	1	0,6%		0,0%		0,0%	1	0,6%
Nord-Ovest Totale		44	26,0%	11	6,5%	3	1,8%	58	34,3%
Nord-Est	Emilia						0,0%		
	Romagna	15	8,9%	2	1,2%		0,0%	17	10,1%
	Friuli V. Giulia	9	5,3%		0,0%		0,0%	9	5,3%
	Trento		0,0%	1	0,6%		0,0%	1	0,6%
Nord-Est Totale		24	14,2%	3	1,8%	0,0%	0,0%	27	16,0%
Centro	Lazio	12	7,1%	3	1,8%		0,0%	15	8,9%
	Marche		0,0%	2	1,2%		0,0%	2	1,2%
	Toscana	8	4,7%		0,0%	8	4,7%	16	9,5%
	Umbria	2	1,2%	2	1,2%		0,0%	4	2,4%
Centro Totale		22	13,0%	7	4,1%	8	4,7%	37	21,9%
Sud e isole	Abruzzo	3	1,8%	1	0,6%	1	0,6%	5	3,0%
	Basilicata	2	1,2%		0,0%		0,0%	2	1,2%
	Calabria	2	1,2%	4	2,4%	2	1,2%	8	4,7%
	Campania	5	3,0%	7	4,1%	4	2,4%	16	9,5%
	Molise		0,0%	1	0,6%		0,0%	1	0,6%
	Puglia	1	0,6%		0,0%		0,0%	1	0,6%
	Sicilia	3	1,8%	10	5,9%	1	0,6%	14	8,3%
Sud e isole Totale		16	9,5%	23	13,6%	8	4,7%	47	27,8%
Totale complessivo		106	62,7%	44	26,0%	19	11,2%	169	100,0%



NUMERO UNO

UN ANNO DIRIGENZ

DECRETO "SALVA ITALIA"

La manovra finanziaria targata Monti porta nuove norme: prevede una stretta su pensioni e Ordini; sopprime l'Inpdap che viene inglobato nell'Inps e sancisce liberalizzazioni soft per le farmacie.

Prolunga inoltre fino al 31 dicembre 2012 la possibilità di svolgere l'intramoenia allargata. Le Regioni avranno altri

due anni per creare spazi interni alle strutture. Per il segretario dell'Anao Assomed Costantino Troise il decreto ha riservato l'ennesima beffa per medici, dirigenti sanitari e dipendenti pubblici: "Siamo indignati: lo sconto di pena, ovvero la riduzione da 6 a 3 anni di lavoro obbligato per andare in pensione della classe 1952 è solo per i dipendenti privati. È l'ennesima discriminazione del lavoro pubblico: un medico o un infermiere che svolge lavoro a turni, notturno e festivo, che ha mansioni delicate anche per la sicurezza dei cittadini, usuranti di sala operatoria, di rianimazione e urgenza, deve restare fino a 66 anni.

Lo sconto, invece, è riservato ai privati, non solo operai, ma anche impiegati di banche ed assicurazioni. È impossibile non comprendere come questa disparità di trattamento possa mettere a rischio la sicurezza delle cure".

MALPRACTICE

È boom di contenziosi, ma non perché i medici sbagliano di più. È questo il verdetto che arriva dalla Corte di Cassazione che un Quaderno ad hoc, elaborato dal magistrato Marco Rossetti, e dedicato a "Responsabilità sanitaria e tutela della salute" ha analizzato le sentenze in Cassazione su casi di malpractice negli ultimi dieci anni. I casi arrivati sul tavolo della Cassazione sono aumentati del 200% negli ultimi dieci anni rispetto ai 60 anni precedenti e non per l'imperizia dei medici quanto per la maggiore sensibilizzazione dei pazienti. Secondo Rossetti, tra le tante cause che hanno determinato la crescita del fenomeno ci sono: l'attività di sensibilizzazione delle associazioni di difesa dei diritti del malato; l'evoluzione dei mezzi di cura e diagnosi; l'evoluzione del concetto e delle funzioni della "responsabilità civile", la quale, da criterio di riparto delle conseguenze sfavorevoli di un evento dannoso, è andata assumendo la natura di strumento di allocazione delle risorse del sistema. E ancora, la crescita esponenziale degli importi liquidati a titolo di risarcimento, che ha talora alimentato istinti non proprio commendevoli da parte delle presunte vittime o dei loro consiglieri.

INTRAMOENIA

La Relazione al Parlamento presentata dal ministro della Salute, Renato Balduzzi, e relativa all'anno 2009 e ai dati provvisori per il 2010 fotografa l'attività intramuraria e parla di una diminuzione dei ricavi per il Ssn, passati da 1,264.776 miliardi del 2009 a 1,226.758 del 2010, ma di un aumento considerevole degli utili (+9,1% circa). Il 14% dei soldi che entrano nell'azienda per la libera attività intramuraria restano alla stessa, e l'86% va al personale sanitario che ha erogato la prestazione. Per Costantino Troise, segretario nazionale Anao Assomed e Carlo Palermo, Coordinatore dei segretari regionali, in un lungo articolo ricordano come la Lpi sia "un valore aggiunto, anche economico" sulla quale si è detto di tutto di più, spesso con accezioni negative. Occorre quindi fare chiarezza anche perché chi vuol impedire ai medici e ai dirigenti sanitari del Ssn l'esercizio della Lpi in realtà intende consegnare questa attività al privato, per spostare consistenti risorse al di fuori del sistema sanitario pubblico.

CONFERENZA ORGANIZZATIVA 2012

Avvio e conclusione della contrattazione integrativa aziendale. Pronta ripresa della Ccnl. Tutela del precariato rispetto dell'orario di lavoro sancito dai contratti. Revisione del percorso formativo.

Realizzazione della tutela sociale della maternità. Limitazione dei contratti atipici. Sono questi alcuni punti contenuti nella mozione finale approvata alla Conferenza organizzativa dell'Anao Assomed riunitasi a Torino che ha chiesto agli organismi statutari di promuovere iniziative "per un sindacato sempre più forte". La Conferenza Organizzativa ha rinnovato il suo impegno per un sindacato aperto alle istanze della professione, capace di interpretare i bisogni della categoria, pronta a mobilitare ogni energia per la realizzazione dei propri diritti. E si è impegnato per il successo della Campagna di iscrizioni per rendere l'Anao Assomed sempre più forte a difesa di interessi ed aspettative delle categorie.

NUMERO DUE



VISTO DA A MEDICA

Avvenimenti, iniziative e proposte, commenti e interviste, studi e indagini. Ecco come Dirigenza Medica ha fotografato i momenti più significativi per la categoria che hanno caratterizzato il 2011

L'AZIENDALIZZAZIONE E IL SSN

In una lunga intervista, Costantino Troise, affronta la questione dell'aziendalizzazione. Per il segretario nazionale, il sistema di un uomo solo al comando di Asl e ospedali è da ripensare. Insieme a una riscrittura del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie con un ragionamento a tutto campo che non esclude, se necessaria, una modifica dello stato giuridico dei medici del Ssn. "L'anomalia del modello aziendale - ha sostenuto - è palese. Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato principale di chi non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti". Troise interviene poi sull'intramoenia nella quale i medici cercano "non solo risvolti economici, ma anche un'autonomia e una gratificazione professionale che le aziende oggi gli negano". Secondo il segretario, l'Alpi non va abolita "anche perché è fonte di incassi pari a 450 milioni all'anno per lo Stato e pari ad oltre 170 milioni all'anno per le aziende". Quello che serve è applicare la legge, che prevede chiaramente anche controlli da parte dell'azienda per scoraggiare le irregolarità e sanzioni fino al licenziamento per chi commette irregolarità.



NUMERO TRE

RAPPORTO SDO 2010

Il quadro emerso dal Rapporto annuale Sdo descrive un trend in netta diminuzione per i ricoveri e le giornate di degenza con circa 380 mila ricoveri e 1,5 milioni di giornate in meno rispetto all'anno precedente. A scendere, in particolare, sono i ricoveri in Day Hospital per acuti, che registrano un -5,1% in termini di ricoveri e -4% in termini di giornate di degenza. Più contenuta la diminuzione per i casi di ricoveri per acuti in regime ordinario (-2,8% i ricoveri e -2% le giornate di degenza). Ferma al -2% anche la riduzione dei ricoveri in Lungodegenza (-1,4% di giornate di ricovero).

Scendono infine i ricoveri del 3,3%, mentre le giornate di degenza diminuiscono del 2,1%

A guidare la classifica dei ricoveri per Drg in regime ordinario per acuti è il parto vaginale senza diagnosi complicanti, seguito dall'insufficienza cardiaca e shock e dal parto cesareo senza complicazioni. Se si considera l'attività di Day Hospital, la causa più frequente di ricovero è la chemioterapia e radioterapia, seguita dalla cataratta e dall'aborto indotto.



PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Dall'ictus al bypass. Le eccellenze e inefficienze degli ospedali italiani sono state fotografate dall'Agenas alla quale il Ministero della Salute, nel 2010, ha affidato l'elaborazione dei dati rilevati dalle Sdo con l'obiettivo di introdurre la valutazione sistematica degli esiti, come valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, in istituzioni pubbliche e private accreditate con il Ssn.

Il sistema si basa su 45 indicatori (31 sulle prestazioni e 13 sull'efficienza) rilevati in tutte le strutture sotto la lente. Per arrivare a una valutazione precisa sono state adottate anche alcune variabili come la mortalità a breve termine, procedure chirurgiche, tempi d'attesa, riammissioni a breve termine, complicanze dopo specifici interventi chirurgici, ospedalizzazioni per determinate condizioni. Esiti, che specificano Ministero e Agenas non devono essere intesi alla stregua di mere classifiche, ma come dei benchmark tra strutture e Regioni con lo scopo di mostrare ai gestori della sanità quali risultati si possono raggiungere e quali sono invece le difficoltà del sistema.

L'AQUILA A TRE ANNI DAL TERREMOTO

A tre anni esatti dal sisma che ha colpito mortalmente L'Aquila, il recupero in toto della funzionalità del San Salvatore non è ancora compiuto. La situazione è indiscutibilmente migliorata, ma la struttura continua a funzionare al 70% delle sue potenzialità. E così alcuni professionisti hanno iniziato a migrare verso altre strutture.

FNOMCEO

Amedeo Bianco, riconfermato per la terza volta alla guida della Federazione degli Ordini, traccia il programma per il triennio: definire la riforma degli Ordini, intervenire sul nodo caldo della responsabilità civile del medico e dell'assicurazione obbligatoria, addirittura aprire un laboratorio di idee multidisciplinare per definire il "nuovo medico" e la "nuova sanità". E ridiscutere "pacatamente" dell'aziendalismo in sanità, ben oltre quanto si sta discutendo nel Ddl sul "governo clinico".

NUMERO QUATTRO



NUMERO CINQUE

LISTE D'ATTESA

In un Convegno nazionale dal titolo: "Insieme si può? Medici e cittadini a confronto sulle liste d'attesa" Anaa Assomed insieme al Tribunale per i diritti del Malato di Cittadinanzattiva si sono confrontati per cercare soluzioni comuni al problema delle liste d'attesa. Tra i temi dibattuti: Governare la domanda di prestazioni; aumentare il "tempo medico"; ridurre gli esami inutili in collaborazione con i medici di medicina generale; responsabilizzare medici e cittadini sull'appropriatezza informando anche sui rischi della diagnostica per la salute; rispettare i codici di priorità; attuare i piani nazionali, regionali e aziendali sulle liste di attesa. Per l'Anaa non bisogna confondere i tempi d'attesa con l'equità e l'appropriatezza degli interventi sanitari, e propone quindi soluzioni concrete.

RIFORMA DEL PUBBLICO IMPIEGO

È stato sottoscritto il protocollo di intesa tra Governo-Regioni-Enti locali e le Confederazioni Generali sulla riforma delle norme sul P.I. L'accordo contempla cinque punti: un nuovo modello di relazioni sindacali, compreso il confronto sulla spending review; la razionalizzazione e la semplificazione dei sistemi di misurazione, valutazione e premialità, nonché del ciclo delle performance; nuove regole per il mercato del lavoro nel P.I.; i sistemi di formazione del personale; la dirigenza pubblica, rafforzandone ruolo, funzioni e responsabilità al fine di garantire una maggiore autonomia rispetto all'autorità politica. La Cosmed plaude: "È finito il periodo brunettiano".

NUMERO SEI

SANITÀ DAY

È partita il 28 giugno, con una giornata di mobilitazione in tutta Italia, la protesta dei professionisti della sanità che ancora una volta hanno alzato le barricate in difesa del Ssn. Tutti uniti - medici, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici professionali e amministrativi dipendenti e convenzionati con il Ssn e della ospedalità privata, specializzandi - hanno organizzato assemblee nei capoluoghi di provincia per dire "No a un sistema sanitario pubblico povero per i poveri". La protesta ha spiegato Costantino Troise nasce dalla volontà di far sentire il senso di disagio diffuso nella categoria: "Dopo tanti anni torneremo in Piazza. E lo faremo per difendere il sistema sanitario pubblico dagli attacchi continui che sta subendo".

SPENDING REVIEW

Il Decreto legge "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati", conosciuto come "spending review" viene pubblicato sulla GU. Arrivano per la sanità misure pesanti con una riduzione complessiva delle risorse al Ssn di 4,7 miliardi di euro nel triennio 2012/2014 che si concentra su quattro aree: beni e servizi, farmaci, dispositivi medici e prestazioni dal privato accreditato. E anche un taglio importante ai posti letto: le Regioni devono adeguare la dotazione a due nuovi parametri: 3,7 posti letto per mille (oggi l'indice è fissato al 4 per mille, ma quello reale è del 4,2) e il tasso di ospedalizzazione (per i ricoveri ordinari e in day hospital) al 160 per mille, contro il 180 per mille attuale. Un decreto che ha incassato le immediate critiche dell'Anaa Assomed. Per Troise sono solo tagli lineari che danno un colpo di grazia al Ssn: "Non sarà più possibile garantire un livello adeguato di prestazioni sanitarie per qualità e sicurezza con buona pace delle liste di attesa e dei pronto soccorso sovraffollati. I medici e dirigenti sanitari del Ssn non si renderanno complici di una manovra regressiva ed inutile, ma reagiranno con iniziative di protesta fino alla manifestazione nazionale a Roma il 27 ottobre".



NUMERO SETTE

STATO DI AGITAZIONE

Il Consiglio Nazionale dell'Anaa Assomed, dopo aver analizzato i contenuti del decreto sanità, ha proclamato lo stato di agitazione a difesa della specificità della Dirigenza medica e sanitaria e per contrastare il processo di mutilazione di nor-

me contrattuali per via legislativa che mira ad una assoluta deregulation della forza lavoro. In un lungo

editoriale Costantino Troise annuncia la manifestazione nazionale del 27 ottobre e spiega i motivi della protesta in un Paese impaurito e in crisi globale rischia di non comprendere la portata generale del ciclone che sta investendo il suo servizio sanitario professionale.

NUMERO OTTO

MANIFESTAZIONE NAZIONALE 27 OTTOBRE

La manifestazione "Diritto alla cura, diritto a curare" ha richiamato a Roma oltre 20mila persone. Ai medici e agli altri operatori sanitari si sono aggiunti anche cittadini e delegazioni delle forze politiche. Un successo indiscutibile di una protesta per la difesa della sanità pubblica indetta da 24 sindacati medici e della dirigenza sanitaria pubblica e privata. Dirigenza Medica dedica un ampio spazio agli interventi di Costantino Troise, che ha parlato in rappresentanza di tutte le sigle sindacali e del coordinatore nazionale Tdm Giuseppe Scaramuzza, che ha dato voce ai cittadini "La sanità - ha sottolineato Troise - è diventata il bersaglio preferito di tutte le manovre economiche, il vero bancomat dello Stato, facile da usare come una volta la benzina, malgrado una spesa per cittadino inferiore del 40 per cento a quella dei nostri vicini europei, con risultati di salute largamente migliori. La sanità pubblica, cui sembra dedicata l'operazione cieli bui, perde pezzi di equità e universalismo cambiando volto e pelle al servizio sanitario, avviandolo sulla strada che lo porterà a diventare un sistema povero per i poveri".

PIANO NAZIONALE ESITI

Presentati da Agenas e Ministero i nuovi risultati sulle performance di 1.483 ospedali pubblici e privati. Sono emersi dati molto diversi tra una struttura e l'altra, anche della stessa area geografica.

Dirigenza Medica presenta la fotografia delle prime dieci e le ultime dieci strutture a livello nazionale con esiti favorevoli e sfavorevoli rispetto alla media nazionale per otto indicatori significativi. Ma anche gli esiti conseguiti dalle strutture con maggiori volumi di attività. Grandi ospedali che dal Nord al Sud lavorano così bene da ridurre al minimo la mortalità, diventando punti di riferimento nazionali, ma che presentano anche grandi rischi. Bocciate le grandi strutture del Sud Italia per le fratture al femore e per eccesso di cesarei.



NUMERO NOVE

SI CONCLUDE IL GOVERNO MONTI

Dal "Cresci Italia" al Decreto Balduzzi, per il Ssn è stato un salasso. Il premier Monti a 13 mesi dal suo insediamento rassegna le dimissioni. Una chiusura anticipata della legislatura che ha lasciato molti provvedimenti in sospeso e una sanità che ha pagato il suo pegno alla crisi economica. E con il governo Monti assommano a 9,4 miliardi i tagli o risparmi ascritti al Fondo sanitario dal 2012 al 2015. Ma non sono mancati interventi normativi e regolatori su molti settori della sanità. Il primo è il Decreto "Cresci Italia" che ha messo mano al settore delle farmacie, seguito in estate dalla Spending review, con i suoi tagli lineari e soprattutto con una riduzione di risorse fino al 2015 da 6,8 miliardi di euro. Il terzo intervento, sulla sanità arriva infine dopo l'estate, con il decreto Sanità voluto dal Ministro della Salute, Renato Balduzzi; un provvedimento che mira a riorganizzare il Ssn ma senza un euro in più da spendere.

SOSTENIBILITÀ SSN

Il segretario dell'Anaa Assomed entra nel merito della questione del finanziamento del servizio sanitario: "Un dibattito inquinato da troppi pregiudizi". La questione per Troise "è politica, prima che tecnica". In gioco, ricorda, non è solo il destino della sanità pubblica ma la stessa idea di società, di comunità, di coesione sociale, di esigibilità di un diritto alla salute che è uno e indivisibile e non può essere declinato in base al Cap o al reddito.

La Relazione sullo stato sanitario del Paese.

Il Ministero della Salute presenta la fotografia dettagliata della "salute" del Paese. Molti i dati emersi: la spesa sanitaria cresce meno degli anni precedenti e si sviluppano nuovi modelli organizzativi per le cure primarie. Malattie cardiovascolari e tumori si confermano le prime due cause di morte. Ma preoccupano sempre di più le patologie legate all'inquinamento.

DECRETO BALDUZZI

Il Decreto Legge "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" che cambia le regole della sanità, prima di diventare legge e passare il vaglio delle Camere, supera il primo step con la pubblicazione in Gu. Cure primarie, intramoenia e governo clinico, farmaci e ludopatia, fumo e sicurezza alimentare, e poi razionalizzazione degli enti sanitari e contributi Onaosi sono i settori di intervento del

provvedimento che cambia il volto della sanità.

LA RELAZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SUI BILANCI REGIONALI

Calano spesa e deficit sanità, ma il Ssn è pieno di debiti. È questo il verdetto della magistratura contabile nella relazione sui bilanci regionali 2010-2011. "Permangono profili di criticità nel controllo della spesa pubblica e nella valutazione dei risultati conseguiti" ha sentenziato la Corte dei Conti e ci "sono dif-

ficoltà nel controllo della spesa, che "sono lunghe da trovare completa soluzione", soprattutto in alcune realtà territoriali, anche perché determinate situazioni si sono "costruite" in qualche decennio e non è ragionevole ritenere che si possano risolvere in tempi brevi.

Ma in ogni caso la Corte evidenzia come "uno sguardo complessivo nel quadro della finanza pubblica generale mostra che il comparto sanitario si trova in una fase in cui si intravedono segnali di miglioramento".

Istat, i dati dell'Annuario 2012 e il Censimento 2011

Gli italiani sono in buona salute, MA SEMPRE PIÙ "VECCHI"

Per la salute il bilancio è positivo: gli italiani sono in buona salute. La speranza di vita alla nascita migliora sia per gli uomini (79,4) che per le donne (84,5), grazie all'influenza positiva della riduzione dei rischi di morte a tutte le età. Aumenta anche la popolazione residente che segna un +4,3% in dieci anni. Una crescita dovuta esclusivamente agli stranieri, mentre gli italiani diminuiscono di 250 mila unità. Questi i dati resi noti dall'Istat

Anche quest'anno siamo giunti all'appuntamento con l'Annuario statistico italiano dell'Istat, la pubblicazione che dal 1878 racconta il nostro Paese attraverso i numeri. In oltre ottocento pagine e con una veste grafica accurata, il volume offre moltissime chiavi di lettura sui principali fenomeni ambientali, demografici, sociali ed economici. Per la salute il bilancio è positivo. E sempre dall'Istat arrivano i risultati definitivi del censimento che dopo dieci anni dall'ultimo effettuato mostra un incremento del 4,3% della popolazione residente. L'aumento dovuto esclusivamente agli stranieri, mentre gli italiani diminuiscono di 250 mila unità. Più donne che uomini e crescono gli ultracentenari. Vediamo la fotografia degli italiani scattata dall'Istat.

SANITÀ E SALUTE

Sempre più longevi

Nel contesto internazionale l'Italia si conferma uno dei paesi più longevi: nel 2010, all'interno dell'Unione europea, soltanto la Svezia continua a mantenere migliori condizioni di sopravvivenza maschile (79,6 anni), mentre in Francia e in Spagna le femmine fanno registrare la vita media più elevata (85,3 anni). Secondo le stime relative al 2011, la speranza di vita alla nascita migliora sia per gli uomini (79,4) che per le donne (84,5), grazie all'influenza positiva della riduzione dei rischi di morte a tutte le età.

Lo stato di salute è buono, più per gli uomini che per le donne

La percezione dello stato di salute rappresenta un indicatore globale dello stato di salute della popolazione, molto utilizzato in ambito internazionale. Nel 2012, il 71,1% della popolazione ha fornito un giudizio positivo del proprio stato di salute; la percentuale è più alta fra gli uomini (75,3%) che fra le donne (67,1%). Quanto alle patologie croniche, il 38,6% delle persone dichiara di esserne affetto, ma la percentuale sale notevolmente, raggiungendo l'86,1%, fra gli ultrasessantacinquenni. Le malattie croniche più diffuse sono l'artrosi/artrite (16,7%), l'ipertensione (16,4%), le malattie allergiche (10,6%), l'osteoporosi (7,7%), la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6,1%) e il diabete (5,5%).

Un Paese di anziani, cresce l'assistenza domiciliare

Nel 2009 l'assistenza sanitaria territoriale conta circa 46mila medi-

ci di base, 7,7 ogni 10 mila abitanti. Sebbene il contratto dei medici di medicina generale preveda che si possano assistere fino a un massimo di 1.500 pazienti, il valore medio nazionale si attesta a 1.134 assistiti per medico. Sono, invece, 7.700 i pediatri, nove ogni 10 mila bambini fino a 14 anni.

Sul territorio nazionale, ogni 100 mila abitanti operano circa 16 ambulatori e laboratori pubblici e privati convenzionati (in lieve calo negli ultimi tre anni) e 4,9 servizi di guardia medica (anch'essi in calo). Il progressivo invecchiamento della popolazione spiega, invece, la crescita progressiva, da 475 mila nel 2007 a 533 mila nel 2009, dei pazienti assistiti al proprio domicilio, l'84% dei quali è ultrasessantacinquenne.

Il pranzo a casa, espressione dell'Italian style of life

Nel nostro Paese fatica a prendere piede l'abitudine a consumare un pasto veloce fuori casa: ancora nel 2012 il 74,3% delle persone pranza generalmente a casa e la percentuale è in crescita (+1,2%) rispetto all'anno precedente, soprattutto tra i giovani di 25-34 anni (+4,1%). Fortemente diffusa è anche la consuetudine a fare una colazione "adeguata" al mattino: circa otto persone su 10 abbinano al caffè o al tè alimenti nutrienti come latte, biscotti, pane.

Il fumo più diffuso fra i giovani e le signore di mezza età

L'abitudine al fumo è stabile negli ultimi anni e coinvolge il 21,9% della popolazione over 14. Anche nel 2012 a fumare sono soprattutto gli uomini (27,9%) rispetto alle donne (16,3%), ma la quota di persone dedita al tabagismo è nettamente più elevata fra i giovani 25-34enni (35,9%) e fra le signore di 45-54 anni (23,4%). I non fumatori rappresentano la maggioranza della popolazione di 14 anni e più (54,2%), con evidenti differenze di genere: il 41,2% degli uomini e il 66,3% delle donne. In un anno, la quota di popolazione adulta non dedita al fumo aumenta di un punto e mezzo percentuale.

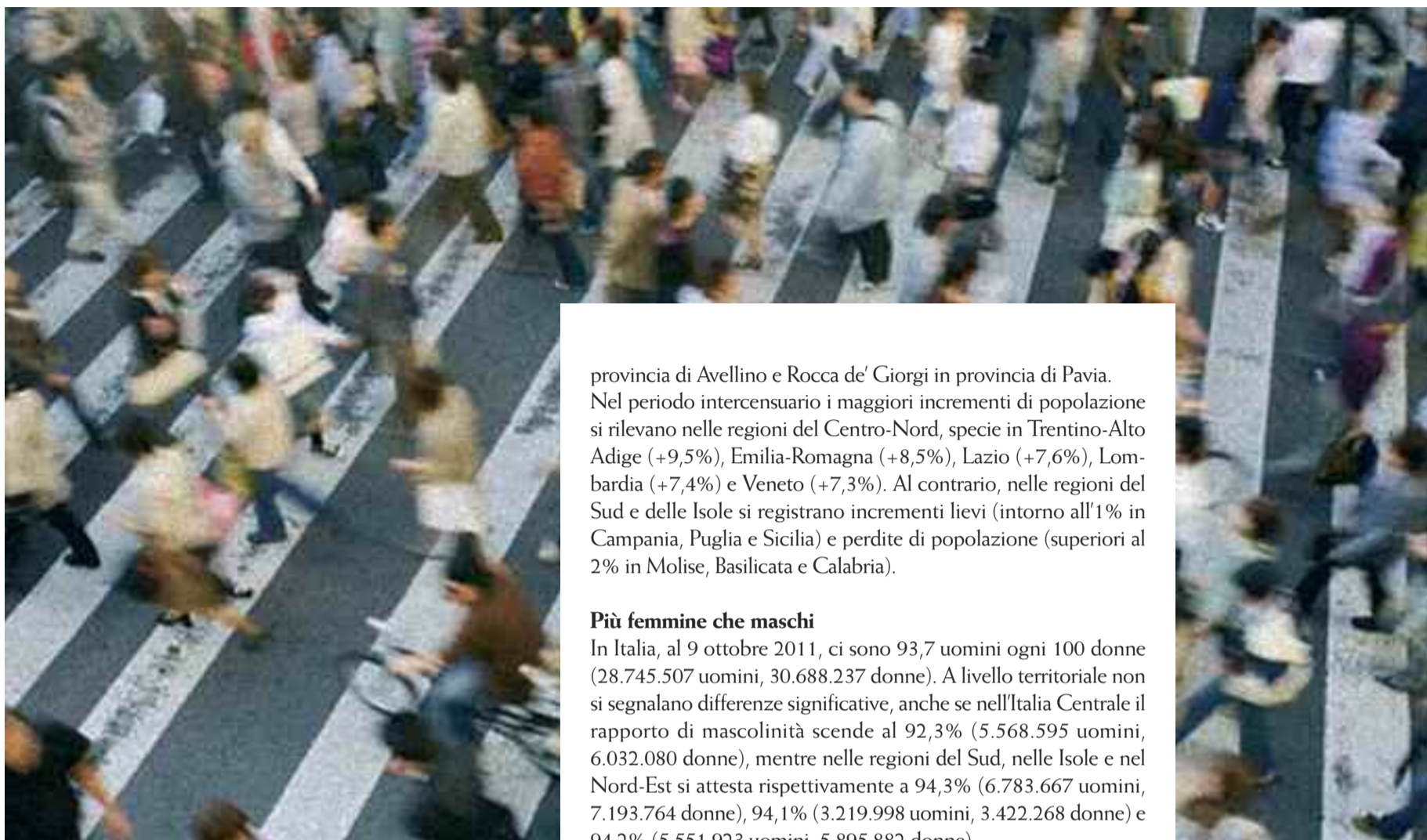
In lieve aumento la fecondità, ma si diventa mamme sempre più tardi

Nel 2011 il numero medio di figli per donna si attesta a 1,42 a livello nazionale (1,41 l'anno precedente), ma raggiunge il valore di 1,48 nel Nord, che si conferma la ripartizione con la fecondità più alta.

All'interno dell'Unione europea a 15 Paesi (dati 2010) l'Italia si colloca al quarto posto per bassa fecondità, preceduta da Portogallo (1,36 figli per donna), Spagna (1,38) e Germania (1,39). Nell'Ue 27 i paesi con un minor numero medio di figli per donna sono la Lettonia (1,17), l'Ungheria (1,25) e la Romania (1,33); l'Italia si posiziona al decimo posto.

Le donne diventano madri sempre più tardi: 31,3 anni è l'età media al parto in Italia, il valore più alto fra i paesi europei, lo stesso di Liechtenstein e Svizzera, seguono Irlanda e Regno Unito (31,2). Meno matrimoni, al Nord il sorpasso del rito civile su quello religioso.

Per il quarto anno consecutivo scende il numero dei matrimoni: nel



provincia di Avellino e Rocca de' Giorgi in provincia di Pavia. Nel periodo intercensuario i maggiori incrementi di popolazione si rilevano nelle regioni del Centro-Nord, specie in Trentino-Alto Adige (+9,5%), Emilia-Romagna (+8,5%), Lazio (+7,6%), Lombardia (+7,4%) e Veneto (+7,3%). Al contrario, nelle regioni del Sud e delle Isole si registrano incrementi lievi (intorno all'1% in Campania, Puglia e Sicilia) e perdite di popolazione (superiori al 2% in Molise, Basilicata e Calabria).

Più femmine che maschi

In Italia, al 9 ottobre 2011, ci sono 93,7 uomini ogni 100 donne (28.745.507 uomini, 30.688.237 donne). A livello territoriale non si segnalano differenze significative, anche se nell'Italia Centrale il rapporto di mascolinità scende al 92,3% (5.568.595 uomini, 6.032.080 donne), mentre nelle regioni del Sud, nelle Isole e nel Nord-Est si attesta rispettivamente a 94,3% (6.783.667 uomini, 7.193.764 donne), 94,1% (3.219.998 uomini, 3.422.268 donne) e 94,2% (5.551.923 uomini, 5.895.882 donne).

Il rapporto di mascolinità è più alto in Trentino-Alto Adige (95,9%), Basilicata (95,8%) e Sardegna (95,6%) mentre il più basso si registra in Liguria (89,5%).

In 1.898 comuni, pari al 23,5% del totale, il rapporto di mascolinità risulta sbilanciato a favore della componente maschile, con il primato che spetta a due centri del cuneese: Castelmagno (182,8 uomini ogni 100 donne) e Valmala (190,9 uomini ogni 100 donne). Al contrario, si contano solo 67,8 uomini ogni 100 donne a Montebello sul Sangro in provincia di Chieti, e 69,4 a Introzzo in provincia di Lecco.

Aumentano le ultracentenarie

Dal 2001 al 2011 la percentuale di popolazione di 65 anni e più è passata dal 18,7% (10.645.874 persone) al 20,8% (12.384.963 persone); era al 15,3% nel 1991 (8.700.185 persone).

Anche i "grandi vecchi", ovvero gli ultra 85enni, incrementano il loro peso sul totale della popolazione residente (dal 2,2% del 2001 al 2,8% del 2011). In particolare, si registra un aumento del 78,2% nella classe 95-99 anni e del 138,9% in quella degli ultracentenari. Le persone di 100 anni e più, infatti, erano 6.313 nel 2001 (1.080 maschi e 5.233 femmine), mentre nel 2011 ne sono state censite 15.080, con una percentuale di donne pari all'83,7% (12.620 unità); 15.060 hanno una età compresa tra i 100 e i 109 anni; in 11 hanno raggiunto i 110 anni, in sette i 111 e solo due donne (residenti una in provincia di Milano e una in provincia di Venezia) alla data del 15° Censimento avevano compiuto 112 anni.

La Lombardia è la regione in cui risiede il maggior numero di ultracentenari (2.391, pari al 15,9% del totale), seguita dall'Emilia-Romagna (1.533, 10,2%) e dal Veneto (1.305, 8,6%). Anche nel 2001 la Lombardia (940, 14,9%) e l'Emilia-Romagna (602, 9,5%) erano le regioni con più ultracentenari, mentre al terzo posto si collocava il Piemonte (598, 9,4%) anziché il Veneto (542, 8,6%). Nel corso degli ultimi dieci anni il numero di ultracentenari è raddoppiato in quasi tutte le regioni italiane ed è più che triplicato in Basilicata (da 43 a 137 persone, con un incremento percentuale pari al 218,6%). I residenti di 100 anni e più sono cresciuti del 204,0% nel Lazio, del 197,8% in Umbria.

Le città con più ultracentenari al 9 ottobre 2011 sono Roma (681, 4,5%), Milano (494, 3,3%), Genova (267, 1,8%) e Torino (240, 1,6%). Nel Sud, le percentuali più elevate di anziani di 100 anni e più sono state registrate a Napoli (1,0%, 145 unità), Palermo (0,6%, 89) e Messina (0,6%, 88).

2011 ne sono stati celebrati 208.702, quasi novemila in meno dell'anno precedente; di conseguenza, il tasso di nuzialità passa da 3,6 a 3,4 per mille. Pur se in calo (da 4,4 a 4,1 per mille), il tasso di nuzialità del Mezzogiorno supera la media nazionale.

Il matrimonio religioso resta la scelta più diffusa (60,2%), ma sono sempre di più le coppie che decidono di sposarsi davanti all'ufficiale di stato civile, da 79 mila nel 2010 a circa 83 mila nel 2011. È soprattutto nelle regioni meridionali a prevalere un modello di tipo tradizionale, dove la percentuale dei matrimoni celebrati con rito religioso è del 76,3%, contro il 48,8% del Nord e il 50,1% del Centro.

Crescono mobilità interna e migrazioni con l'estero

Nel 2010 ammontano a 1.345.466 le migrazioni interne per trasferimento di residenza, 32.703 in più dell'anno precedente. Nello stesso anno le iscrizioni dall'estero sono state 447.744 (+26.000 circa rispetto al 2009), con il Nord che resta l'area più attrattiva della Penisola (56,4% degli iscritti da paese estero). In crescita, ma su livelli decisamente inferiori, anche i cancellati per l'estero (da 64.921 a 67.501). 3

LA POPOLAZIONE ITALIANA

Siamo 59,4 milioni: la popolazione è aumentata in dieci anni del 4,3%

Dopo dieci anni dall'ultimo censimento effettuato – il 9 ottobre 2011, data di riferimento del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni – la popolazione residente in Italia ammonta a 59.433.744 unità. Rispetto al 2001, quando si contarono 56.995.744 residenti, l'incremento è del 4,3%, da attribuire esclusivamente alla componente straniera. Infatti, nel decennio intercensuario la popolazione di cittadinanza italiana è diminuita di oltre 250 mila individui (-0,5%), mentre quella straniera è aumentata di 2.694.256 unità.

I cittadini stranieri risultano in crescita in tutte le regioni della Penisola, mentre gli italiani diminuiscono nel Mezzogiorno oltre che in Piemonte, Liguria e Friuli-Venezia Giulia. In particolare, i cittadini italiani aumentano nel 43,2% dei comuni (3.493) e diminuiscono nel restante 56,8% (4.599). I comuni in cui si registra il maggior incremento di residenti italiani sono Rognano, Sant'Alessio con Vialone e Roncaro, tutti in provincia di Pavia; quelli che ne perdono di più sono Paludi in provincia di Cosenza, Quindici in

59,4

milioni di italiani
la popolazione è
aumentata in dieci
anni del 4,3%

L'analisi territoriale mostra una geografia dell'invecchiamento abbastanza variabile. Considerando l'età media della popolazione residente, che per l'Italia nel suo complesso è pari a 43 anni, le regioni del Sud presentano valori al di sotto del dato nazionale. In Calabria, Puglia, Trentino-Alto Adige e Sicilia l'età media è di 42 anni, mentre in Campania scende al livello minimo di 40 anni. Quattro sono le regioni che si attestano sul valore medio nazionale (Lazio, Basilicata, Veneto e Lombardia); nel resto della Penisola l'età media varia dai 44 anni di Sardegna, Valle d'Aosta, Abruzzo e Molise, ai 45 anni di Marche, Emilia-Romagna, Umbria, Piemonte e Toscana, fino a toccare il valore massimo in Friuli-Venezia Giulia (46 anni) e Liguria (48 anni).

Il comune mediamente più giovane è Orta di Atella, in provincia di Caserta, con una età media di 32 anni, il più vecchio è Zerba, in provincia di Piacenza, dove l'età media è di 65 anni.

Stranieri: superata la soglia dei 4 milioni

Nel corso dell'ultimo decennio la popolazione straniera residente in Italia è triplicata, passando da 1.334.889 a 4.029.145, con una crescita pari al 201,8%.

Due stranieri su tre risiedono nel Nord (35,4% nell'Italia Nord-Occidentale e 27,1% nel Nord-Est), il 24,0% nel Centro e solo il 13,5% vive nel Mezzogiorno.

La componente femminile rappresenta il 53,3% del totale degli stranieri, valore che sale al 56,6% nel Meridione. Il rapporto di mascolinità, diminuito di oltre 10 punti percentuali rispetto al 2001, è di 87,6 maschi ogni 100 femmine.

La variabile sesso non sembra incidere significativamente sulla distribuzione territoriale dei cittadini stranieri, tanto che la componente femminile si distribuisce alla stregua di quella maschile: nel Nord Italia risiede circa il 60% di donne straniere, nelle regioni centrali poco più del 24%.

Quasi un quarto degli stranieri vive in Lombardia, circa il 23% in Veneto e in Emilia-Romagna e il 9% in Piemonte. Il Lazio e la Toscana totalizzano il 18%, la Campania il 3,7%. In tutte le regioni prevale la componente femminile, sebbene in Lombardia e in Veneto le percentuali di donne siano più contenute che altrove.

L'Emilia-Romagna registra l'incidenza più elevata, con 104 stranieri ogni 1.000 censiti, seguita dall'Umbria (99,2‰), dalla Lombardia (97,6‰) e dal Veneto (94,2‰), mentre nel Sud e nelle Isole i valori dell'indicatore si riducono in misura consistente. Tra i grandi comuni, l'incidenza più elevata si registra a Brescia, con 166,1 stranieri ogni 1.000 censiti.

Il 46% degli stranieri residenti ha un'età compresa tra 25 e 44 anni, uno su quattro ha tra i 30 e i 39 anni. L'età media è di 31,1 anni e la componente maschile risulta più giovane (29,7 anni) di quella femminile (32,3 anni).

I comuni con l'incidenza più elevata di stranieri sul totale della popolazione censita sono Rocca de' Giorgi (Pv) con 36,7 stranieri per 100 censiti, San Pio delle Camere (Aq) con il 27,6% e Airole (Im) con il 26,5% di stranieri.



CONTI DELLA PROTEZIONE SOCIALE

Cresce la spesa pubblica del settore

Ammonta a circa 469 miliardi di euro la spesa per la protezione sociale sostenuta in Italia nel 2011, pari al 29,7% del Prodotto interno lordo (Pil). Quasi 438 miliardi (93,2% della spesa totale) sono stati spesi dalle amministrazioni pubbliche, destinati per 418 miliardi alle prestazioni per i cittadini (l'1,4% in più dell'anno precedente), con un'incidenza del 26,5% sul Pil e del 55,7% sulla spesa pubblica corrente.

Alla previdenza la fetta più grande di risorse

Più di due terzi della spesa per prestazioni delle amministrazioni pubbliche si concentra nella previdenza (67,2%), alla sanità è destinato il 24,9% e all'assistenza il restante 7,9%. L'incidenza sul prodotto interno lordo è pari al 17,8% per la previdenza, al 6,6% per la sanità, al 2,1% per l'assistenza.

Oltre metà della spesa è finanziata dai contributi sociali

Fra le fonti di finanziamento dell'intero sistema di protezione sociale, i contributi sociali rappresentano il 52,9% del totale (56,3% nel 2008). Fra il 2008 e il 2011 i contributi sociali effettivi a carico dei datori di lavoro crescono in media dello 0,1%, in linea con la crescita registrata per la quota di contributi a carico dei lavoratori indipendenti, mentre quelli a carico dei lavoratori dipendenti si riducono dell'1%. La seconda voce rilevante, pari al 46,2%, è quella delle contribuzioni diverse, costituita in gran parte da trasferimenti statali (73,5% nel 2011, contro il 67,3% del 2008).

Ambiente e territorio

In calo il numero di incendi e la superficie interessata dal fuoco. Nel 2010 si sono verificati 4.884 incendi, che hanno interessato circa 46 mila ettari di superficie forestale. Il numero di incendi è inferiore a quello dell'anno precedente (5.422), così come la porzione di territorio interessata, che scende a 9,5 ettari di superficie media percorsa dal fuoco, dai 13,5 del 2009.

Il Nord ancora in testa per la raccolta differenziata

Nel 2010 la quantità di rifiuti urbani raccolti si attesta a 32,4 milioni di tonnellate (ovvero 537 chilogrammi per abitante), quella differenziata arriva al 35,3%, dal 33,6% del 2009; a livello territoriale i valori più alti di raccolta differenziata si registrano al Nord (49,1%); seguono a grande distanza le regioni del Centro (27,1%) e quelle del Sud (21,2%).

Traffico, parcheggio e inquinamento i problemi più avvertiti dalle famiglie

Nel 2012 il traffico è sempre uno dei problemi che le famiglie dichiarano di affrontare quotidianamente relativamente alla zona in cui vivono (38,4% delle famiglie della stessa zona). Seguono la difficoltà di parcheggio (35,8%), l'inquinamento dell'aria (35,7%) e il rumore (32,0%). In ultima posizione si colloca l'irregolarità nell'erogazione dell'acqua, che costituisce un problema per l'8,9% delle famiglie, ma le differenze sul territorio sono forti: le percentuali più alte si registrano in Calabria (29,2%) e Sicilia (26,5%).

ERRATA CORRIGE:

L'autore dell'articolo pubblicato nel numero 9 di *Dirigenza Medica* a pag. 14 nella rubrica *Tutela lavoro* è l'Avv. **Vincenzo Bottino**

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Direttore
Costantino Troise

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato

ANES
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE

Editore



Edizioni Health Communication srl

Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di dicembre 2012