

**Taglio** di 8 miliardi di euro al fondo sanitario nazionale

**Nuovi** ticket su farmaci e altre prestazioni

**Taglio agli stipendi** e riduzione del potere d'acquisto. Blocco dei contratti, delle convenzioni e delle assunzioni per gli operatori del Ssn

## LA SANITÀ SECONDO TREMONTI

- ➔ **MENO CURE E MENO ASSISTENZA**
- ➔ **MENO DIRITTI PER I CITTADINI**
- ➔ **LA FINE DELLA SANITÀ PUBBLICA**

Articoli alle pagine 2-8

### LEGGE 122/2010

L'analisi dei riflessi del blocco della contrattazione sulla dirigenza medica alle pagine 7-9

### FORMAZIONE

20 anni di storia del percorso intrapreso dai medici italiani alle pagine 9-10

### DDL FAZIO

Il provvedimento ha iniziato l'iter per la sua approvazione. Le novità del testo alle pagine 11-12

### GOVERNO CLINICO

I capi gruppo di Maggioranza e Opposizione commentano il nuovo testo unificato a pagina 13

## L'editoriale

di Costantino Troise e Carlo Palermo

## Il futuro economico dei Dirigenti medici e sanitari e del Ssn durante il Governo Berlusconi e oltre....

Il Governo Berlusconi era nato con la promessa (elettorale) di non mettere le mani in tasca degli italiani. Ma tale promessa è rimasta, in tutta evidenza, ampiamente disattesa. In questi anni abbiamo assistito ad un subdolo, ma non meno violento, attacco nei confronti del potere d'acquisto delle categorie professionali che lavorano nel Ssn, evidentemente divenute talmente marginali da perdere anche il diritto di cittadinanza italiana.

La legge 122/2010, la relativa circolare interpretativa emanata dalla Conferenza delle Regioni e la manovra economica di 47 miliardi di euro, recentemente approvata dal Consiglio dei Ministri, rappresentano parti di un unico disegno e richiedono una lettura integrata per comprenderne pienamente le ricadute sulla categoria dei medici e sanitari dipendenti.

La Legge 122/2010 ha bloccato i contratti dei Dirigenti medici e sanitari per il triennio 2010/2012, ha congelato per gli anni 2011/2012/2013 il trattamento economico ordinario ai valori in godimento al 31/12/2010 ed ha previsto un prelievo forzoso variabile tra il 5 e il 10% di parte del loro stipendio. E cosa è un prelievo economico forzoso se non una nuova aliquota fiscale mascherata, tanto più odiosa quanto più gravata da evidente disparità? E' questa la grande riforma fiscale promessa? Come se tutto ciò non bastasse, la Conferenza delle Regioni ha interpretato in modo estensivo i contenuti della Legge 122/2010 arrivando ad ipotizzare il congelamento, da un lato, dell'indennità di esclusività, nata per premiare i dipendenti "fedeli" al Ssn e sostenuta da un finanziamento ad hoc definito da leggi dello Stato, e dall'altro, con evidenti note di autolesionismo, quello della retribuzione individuale di anzianità (Ria), presente già nelle quote stipendiali dei medici e sanitari dipendenti e come tale non rappresentante un costo aggiuntivo, utilizzata al momento della quiescenza dalle Aziende sanitarie per le politiche della formazione e per la valorizzazione economica delle posizioni dirigenziali.

La nuova manovra economica continua a penalizzare, fino all'accanimento, i medici e i dirigenti sanitari del Ssn estendendo il blocco dei contratti a 5 anni mentre l'inflazione, che ha ripreso a correre (2,7% su base annua nel mese di giugno, con quella per i beni di consumo stabili già al 3%), falcidia il loro potere d'acquisto.

Mettendo insieme blocco contrattuale, congelamento degli stipendi, prelievo forzoso, scippo dell'esclusività e della Ria, si può ipotizzare una perdita secca del potere d'acquisto dei Dirigenti medici e sanitari del Ssn non inferiore al 20% nel periodo 2010-

2014, senza contare le conseguenze previdenziali anch'esse pesantissime. Questa volta non ci mettono le mani in tasca solo perché ci riducono in mutande!

Il blocco del turn-over e la limitazione della crescita del fondo sanitario nazionale molto al di sotto della crescita del Pil e dell'inflazione del settore sanitario

segnalano la recessione per la Sanità italiana rischiando di assestare al Ssn un colpo mortale. Se nella manovra sono state, giustamente, esonerate dalle restrizioni alcune categorie, come vigili del fuoco e forze di polizia, è perché le Comunità non possono essere private del personale che interviene in caso di incendio o di atti criminali. Ma le stesse Comunità possono essere lasciate senza Pronto Soccorso o senza adeguate dotazioni organiche di medici e sanitari nei servizi ospedalieri e territoriali? Forse che la sicurezza dei Cittadini non riguarda anche la loro salute?

Una bomba ad orologeria, fatta di defianziamento sostanziale, di Lea non più garantiti, di strette sugli organici e sugli standard organizzativi, di nuovi tickets e di incremento della spesa "out of pocket" a carico dei cittadini, minaccia il Ssn.

Ancora una volta il pubblico impiego viene additato come causa del dissesto dei conti e poi usato come un bancomat dello Stato ed il Ssn indebolito nelle sue caratteristiche di universalità, solidarietà ed equità.

Nessuna manovra correttiva può essere considerata equa se salvaguarda rendite finanziarie, evasione fiscale e privilegi dei politici per penalizzare il lavoro, tantomeno quello dei medici e sanitari del Ssn chiamati a tutelare, in condizioni sempre più gravose e rischiose, un bene costituzionalmente garantito quale il diritto alla salute dei cittadini. La parcella della cattiva gestione della politica viene messa in conto a chi è impegnato per servizi migliori e meno costosi.

Tale pesantissima, iniqua ed ingiustificata penalizzazione, insieme all'ipotesi, che già si sta verificando in concreto dell'esodo pensionistico dei medici e sanitari pubblici, porterà il Ssn ad un "impoverimento" complessivo, sia in termini professionali e culturali che economici, dalle ricadute imprevedibili e pericolose per la sua stessa tenuta. Ma non è escluso che anche questo rientri tra gli obiettivi di un Governo che non perde occasione per declamare la necessità di un arretramento del settore pubblico da un servizio fondamentale quale la tutela della salute dei cittadini.

Meno stato e più mercato significa che i cittadini pagheranno tutto e pagheranno caro e i medici rischiano di essere ridotti a macchine banali a disposizione dell'azionalista di turno.

Giro di vite sul costo del personale, sugli organici e sugli standard organizzativi. E ancora, ticket e tetti di spesa per dispositivi medici, riduzione spesa farmaceutica, costi standard per beni e servizi. La manovra economica è una bomba a orologeria che minaccia il Servizio sanitario nazionale e i suoi professionisti. In queste pagine presentiamo un'analisi approfondita delle ricadute che la manovra comporterà per la sanità e i medici

**È** davvero una svolta epocale la nuova manovra economica da 47 miliardi in quanto programma le stangate future con un congegno ad orologeria, sincronizzato con le scadenze elettorali, si parte con 1,8 miliardi nel 2011 per salire a 5 miliardi nel 2012, a 20 miliardi per il 2013 e ulteriori 20 miliardi nel 2014. In pratica è come se la crisi, non solo non sia destinata a finire, ma dovesse esacerbarsi negli anni futuri con un decorso ingravescente. Sul piano psicologico la corsa al pensionamento diventa inarrestabile visto l'andazzo, in particolare il prolungamento del blocco salariale rende sempre più irrazionale la permanenza in servizio di quanti hanno maturato i requisiti pensionistici. Tale esodo non compensato dal blocco del turnover rischia di peggiorare drasticamente le condizioni di lavoro di medici e sanitari e di porre un grave problema di sicurezza delle cure e di accesso alle prestazioni per i cittadini. La sanità appare come il settore più colpito dai tagli della manovra con risparmi di difficile realizzazione con i cosiddetti costi standard dati per scontati e con una miriade di ticket pronti ad abbattersi sui cittadini. È in gioco la sostenibilità e la credibilità del servizio sanitario pubblico.

### 1. L'EQUILIBRIO DI BILANCIO A CARICO DEL PUBBLICO IMPIEGO

L'articolo 17 è estremamente chiaro: sono previsti risparmi pari a 30 milioni nel 2013, 740 milioni nel 2014, 340 milioni nel 2015 e 370 milioni a decorrere dal 2016 in poi. La cura da cavallo potrà avvenire con l'emanazione di decreti esecutivi che provvedono a misure drastiche che vengono elencate. La frase: "può essere disposta" non deve trarre in inganno l'entità del risparmio è tale che difficilmente potrà essere evitata l'applicazione del provvedimento. Significativo il fatto che i provvedimenti di blocco delle assunzioni, di blocco dei trattamenti economici anche accessori del personale, l'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale per gli anni 2015-2017, il rafforzamento e l'obbligatorietà delle procedure di mobilità del personale, vengano disposti su proposta dei Ministri per la pubblica amministrazione e l'innovazione e dell'economia e delle finanze, senza nemmeno consultare le Regioni.

#### a) Blocco del turnover prorogato a tutto il 2014

Tra le categorie escluse dal blocco del turnover sono elencate i Corpi di polizia, il Corpo nazionale dei vigili del fuoco, le agenzie fiscali, gli enti pubblici non economici e gli enti dell'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo n. 165 del 2001 (Enac, Enea, Cnel, Coni). Non è indicato il Servizio Sanitario Nazionale, nonostante il decentramento di competenze alle Regioni. Evidentemente la sicurezza delle cure e la garanzia dei livelli di assistenza sanitaria non rientrano nelle priorità del governo. Prevista la consultazione delle Confederazioni generali per differenziare il provvedimento "per valorizzare ed incentivare l'efficienza di determinati settori".

#### b) Blocco dei trattamenti economici anche accessori del personale

Dopo l'annullamento del contratto 2010-12 e il blocco delle retribuzioni fino al 2013 previsto dalla 122/10 anche per il 2014 (5° anno consecutivo) vengono bloccate le retribuzioni dei di-

**MANOVRA ECONOMICA**

# SI APRE L'EPOCA DELLE STANGATE PROGRAMMATE



pendenti pubblici estese anche al personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Prevista la consultazione delle Confederazioni generali per differenziare il provvedimento "per valorizzare ed incentivare l'efficienza di determinati settori".

### c) Fissazione delle modalità di calcolo relative all'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale per gli anni 2015-2017

L'affermazione è sconcertante in quanto presuppone che nel 2015 non vi sia un nuovo contratto di lavoro, circostanza che renderebbe necessaria l'erogazione della vacanza contrattuale. Si portano avanti con il lavoro. Non sarebbe lecito evidentemente, secondo gli estensori, sperare in politiche e soggetti nuovi.

### d) La semplificazione, il rafforzamento e l'obbligatorietà delle procedure di mobilità del personale tra le pubbliche amministrazioni

Non si comprende che cosa si voglia decretare e che cosa si pensi di risparmiare con norme di mobilità coatta. Si considera il pubblico impiego come un gruppo di soggetti "generici" senza competenze specifiche.

## 2. FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E COMPARTICIPAZIONE DEI CITTADINI

### b) Da gennaio 2012 ticket su specialistica e diagnostica

Finisce il 31.12.2011 il finanziamento (art.18 comma 6) di 486 milioni per coprire il super ticket da 10 euro su visite specialistiche e analisi mediche, se non rifeinanziato cadrà sui cittadini.

### c) Da gennaio 2014 altri ticket

Dal 2014 ticket aggiuntivi sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale. Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle Regioni. La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. I cittadini che già pagano 4,2 miliardi all'anno di ticket dovrebbero passare a 5,5 miliardi nel 2014 (fonte *Il Sole 24 Ore*).

### d) Finanziamento del sistema

La crescita del finanziamento del fondo sanitario nazionale è di appena lo 0,5% per il 2012 e dell'1,4% per il 2013, al di sotto del tasso di inflazione (attuale 2,7%). Inoltre i trasferimenti alle Regioni diminuiscono di quasi 5,4 miliardi complessivi andando ad intaccare le disponibilità per finanziamenti alla sanità che costituisce la principale voce di spesa per le Regioni.

### e) Già scontato il blocco delle retribuzioni 2014

Il blocco di contratti e convenzione è già nei conti: previsto un calo del costo del personale del Ssn del 3% per il 2014 (art.18 comma 1 lettera e).

### f) Deroga al blocco del turnover solo per dirigenti di struttura complessa

Le Regioni sottoposte a piani di rientro possono bandire concorsi per dirigenti di struttura complessa in deroga al blocco del turnover prescritto.

## 3. PREVIDENZA: PAGANO SEMPRE GLI STESSI

### a) Blocco del recupero inflattivo sulle pensioni nel 2012-2013

È passato il cosiddetto taglio delle "pensioni d'oro" con drastica riduzione della rivalutazione annuale sulla base del tasso inflattivo per il biennio 2012-2013. Sotto silenzio è stato adottato un provvedimento pesante e senza precedenti che taglia il risparmio previdenziale dei medici e dei dirigenti in particolare. Viene definita "pensione d'oro" una pensione superiore a cinque volte il minimo Inps ovvero una pensione superiore a 30.382,95 euro lordi annui pari ad una pensione netta mensile di 1.732,11 euro per 13 mensilità (senza detrazioni e imposte regionali e comunali). Il riferimento al metallo pregiato appare una incredibile provocazione.

La tabella 1 aiuta a comprendere la differenza assai

significativa.

In pratica nel biennio 2012-13 si recupera l'inflazione solo sui primi 1402,29 euro mensili lordi.

I successivi 934,86 euro mensili lordi si rivalutano al 45%. La parte eccedente i 2337,15 euro mensili lordi non gode più di alcuna rivalutazione nel biennio 2012-13. In termini netti (senza detrazioni e irpef regionale

e comunale):

La parte di pensione fino a 1069,82 euro netti si rivaluterà al 100%

I successivi 662,28 euro netti si rivaluteranno al 45% La parte di pensione eccedente i 1732,11 euro netti non si rivaluta nel biennio 2012-2013.

Di fatto la parte di pensione superiore a 30.382 euro lordi annui pari a 1732 euro netti mensili è considerata "d'oro" e privata di qualunque aumento nel biennio 2012-2013. La parte di pensione tra 18.230 e 30.382 euro lordi annui ovvero l'intervallo tra 1070 euro mensili netti e 1732 euro mensili netti è considerata "semid'oro" e rivalutata al 45% dell'inflazione.

- **UN PENSIONATO CON 75.000 EURO LORDI ANNUI** pari 3814 euro netti mensili a gennaio 2012 avrebbe dovuto ricevere il seguente aumento considerando l'inflazione corrente al 2,7%

- per il primo scaglione 492,20 euro lordi
- per il secondo scaglione 295,32 euro lordi
- per il terzo scaglione 903,50 euro lordi
- per un totale di 1691,02 euro lordi

Riceverà invece solo il primo scaglione e la metà del secondo per un totale di 639,86 euro lordi con una perdita di 1051,16 euro lordi (circa 600 euro netti all'anno). In pratica del 2,7% dell'inflazione ne recupera solo il 0,85% con una perdita secca del potere di acquisto.

- **UN PENSIONATO CON 55.000 EURO LORDI ANNUI** pari 2906 euro netti mensili a gennaio 2012 avrebbe

Segue

TABELLA 1

## RIVALUTAZIONE AUTOMATICA DELLE PENSIONI (EURO LORDI MENSILI)

SCAGLIONI	SITUAZIONE ATTUALE	NUOVA RIVALUTAZIONE 2012-13
Minimo INPS 467,43	rivalutata al 100% dell'inflazione	rivalutata al 100% dell'inflazione
Fino a 3 volte il minimo 1402,29	rivalutata al 100% dell'inflazione	rivalutata al 100% dell'inflazione
Da 3 a 5 volte il minimo	rivalutata al 90% dell'inflazione	rivalutata al 45% dell'inflazione
Oltre 5 volte il minimo 1.732,11	rivalutata al 75% dell'inflazione	nessuna rivalutazione

be dovuto ricevere il seguente aumento considerando l'inflazione corrente al 2,7%

- per il primo scaglione 492,20 euro lordi
- per il secondo scaglione 295,32 euro lordi
- per il terzo scaglione 498,50 euro lordi
- per un totale di 1286,02 euro lordi

Riceverà invece solo il primo scaglione e la metà del secondo per un totale di 639,86 euro lordi con una perdita di 646,16 euro lordi (circa 400 euro netti all'anno). In pratica del 2,7% dell'inflazione ne recupera solo il 1,16% con una perdita secca del potere di acquisto.

#### **b) Gli autonomi non si toccano: si allargano le differenze tra pubblico e privato**

Dopo l'enfasi posta sulle direttive europee che ha portato all'allungamento dell'età pensionabile di vecchiaia per le donne del pubblico impiego da 60 a 65 anni era atteso un analogo provvedimento per il settore privato stante l'analogo richiamo delle autorità comunitarie.

Invece l'adeguamento è stato posticipato al 2020 con incremento di un mese all'anno e parificazione solo nel 2032, hanno prevalso le pressioni dell'imprenditoria privata, che preferisce poter licenziare raggiunta l'età pensionabile, sfruttando il minor costo dei giovani sul mercato del lavoro. Si crea quindi un pubblico impiego che attende la pensione e un mondo privato che rischia di essere licenziato prima di maturare una pensione accettabile.

È passato, divulgato anche da alcuni leader sindacali, il pregiudizio ideologico che nel pubblico le donne sono "impiegate d'ufficio" e nel privato dedite a "lavori pesanti", a prescindere.

Sarebbe stata comprensibile una differenziazione sulla base delle mansioni, tenendo conto della differenza tra un lavoro d'ufficio e un lavoro manuale, in realtà questa differenza non esiste a conferma del fatto che i tagli vengono fatti usando l'accetta o altri strumenti da taglio primitivi.

Elsa Fornero su Il Sole 24 Ore del 1/7 parla di "calendario senza credibilità" e "di classe politica che gioca con l'elettorato". Nel merito lo scadenziario

previdenziale rischia di veder ridotta la sua credibilità a quella di un oroscopo.

Dal 2012 entrano in vigore le norme per il pensionamento di vecchiaia per le donne del pubblico impiego previste dalla finanziaria 2010 (Legge 122/10), mentre non si conoscono i destini dei risparmi di questa operazione (circa 3 miliardi di euro) che sarebbero stati da destinare ad interventi a favore delle donne.

Non passa l'adeguamento al 33% dei contributi per i parasubordinati, continua quindi la giungla contributiva con i dipendenti pubblici e privati al 33% e il mondo del precariato al 24%, senza prospettive previdenziali con un risparmio per 2/3 del datore di lavoro.

#### **c) Anticipato al 2014 il collegamento tra speranza di vita ed età pensionabile**

Anticipata al 2014 l'adeguamento delle pensioni all'aspettativa di vita, già prevista per il 2015.

In pratica dal 2014 l'età pensionabile viene elevata di 3 mesi con l'esclusione delle pensioni con 40 anni di servizio. In pratica dal 2014 si matura il diritto alla pensione:

- con 40 anni di servizio e pensionamento dopo 12 mesi di finestra
- con quota 97 con almeno 61 anni e tre mesi di età e pensionamento dopo 12 mesi di finestra
- con 65 anni e tre mesi e pensionamento dopo 12 mesi di finestra

Nel 2017 (prima era previsto nel 2019) verrà fatta la differenza tra aspettativa di vita nel 2016 e quella nel 2014 tale differenza si aggiunge all'età minima pensionabile (studi prevedono un allungamento della vita di circa 1 mese all'anno). La formula diventa:

età minima pensionabile + allungamento speranza di vita = maturazione dei requisiti + finestra di 12 mesi = godimento della pensione.

#### **d) Pensionati che lavorano: obbligatori i contributi previdenziali**

I pensionati che svolgono attività lavorativa devono contribuire alla propria cassa previdenziale non

meno del 50% dell'aliquota prevista dalla cassa. In pratica i medici che sono in pensione con più di 65 anni e non versano più il contributo quota A dovranno versare all'Enpam la metà dell'aliquota ordinaria (12,5%) ovvero il 6,25%.

#### **e) Stretta sulle casse professionali**

Una serie di provvedimenti che riguardano anche gli enti previdenziali dei medici e dei professionisti:

- Facoltà del ministero dell'economia di emanare decreti per disporre la riduzione delle spese per il funzionamento degli enti (art.5 comma 13)
- La Covip controllerà gli investimenti finanziari degli Enti previdenziali (art.16 comma 1 e 2)
- Entro 6 mesi il ministero del lavoro detta disposizioni in materia di investimento delle risorse finanziarie degli enti previdenziali, dei conflitti di interessi e di banca depositaria (art. 16 comma3)
- Albo per i revisori dei conti di nomina dei ministeri vigilanti (art.12 comma 19)

#### **4. ALTRI PROVVEDIMENTI**

- Privatizzata la Croce Rossa.
- I medici militari restano in carico al ministero della difesa

#### **5. RIFORMA FISCALE SI CONOSCONO SOLO LE ALIQUOTE E NON GLI SCAGLIONI**

##### **IL PROVVEDIMENTO TRASFORMATO IN DISEGNO DI LEGGE DELEGA**

Tre aliquote del 20% - 30% - 40% anziché le 5 attuali (23%- 28%-38%-41%-43%), ma senza conoscere gli scaglioni non si riesce ad ipotizzare l'entità della tassazione complessiva. L'abolizione delle deduzioni potranno contribuire a modificare la tassazione complessiva.

1. Anche la tassazione delle rendite finanziarie sono contenute in una delega ad hoc, sembra rimanere invariata la tassazione dei titoli di stato. Da valutare l'impatto sulle rendite del patrimonio di fondi integrativi pensionistici e casse previdenziali.
2. Stralciate anche le riforme su esame di stato ed accesso agli albi.

siano riconosciuti a questi medici diritti e tutele.

Il Consiglio Nazionale ritiene indispensabile impegnare tutta l'Associazione in una discussione sul ruolo del sindacato di fronte ai profondi mutamenti d'assetto che interessano il Ssn e su quello dei Medici che operano al suo interno.

Il ruolo centrale del medico, le sue competenze, le sue aspirazioni professionali, la sua dignità sono gli elementi che l'Anaa Assomed considera le fondamenta della sua esistenza e costituiscono la prima linea della sua azione. Di fronte a cambiamenti strutturali il Consiglio Nazionale ritiene necessario un rilancio di iniziativa sindacale fatto anche di capacità di innovazione e superamento di un pluralismo sindacale spesso competitivo e conflittuale, elemento di intrinseca debolezza della categoria. L'Anaa Assomed riafferma la sua fiducia nel valore fondamentale di un Ssn pubblico e nazionale e del ruolo della dirigenza medica e sanitaria al suo interno impegnandosi nelle aziende sanitarie a recuperare i valori professionali senza i quali nemmeno il miglioramento dei costi è possibile. Il Consiglio Nazionale impegna gli organi statuari ad intraprendere tutte le iniziative ritenute necessarie per contrastare l'annunciato attacco alle condizioni economiche e normative della categoria attraverso la manovra economica 2011-2014 che il Governo si prepara ad approvare.

**MANOVRA ECONOMICA**

### **Il documento finale del Consiglio nazionale a Sirmione**

## **"Basta pagare"**

**Un no deciso alla manovra è arrivato anche dal Consiglio Nazionale Anaa Assomed, riunito a Sirmione il 16 e 17 giugno 2011 che, in un documento finale, ricorda quanto la categoria sia stata già duramente colpita dalle misure messe in atto dal Governo. Misure che portano ad un peggioramento delle condizioni del lavoro dei medici**

Il Consiglio Nazionale Anaa Assomed, riunito a Sirmione il 16 e 17 giugno 2011 respinge con forza l'ipotesi che siano ancora una volta i medici e i dirigenti sanitari del Ssn a pagare i conti della finanza pubblica. Categorie già duramente colpite dalla manovra dello scorso anno, penalizzate gravemente dal congelamento delle retribuzioni, dal prosciugamento dei fondi contrattuali, dal blocco della contrattazione nazionale per il triennio 2010-2013 e dal prelievo forzoso sulla retribuzione, non accetteranno senza reagire l'ennesimo colpo. In una visione secondo la quale il pubblico impiego rappresenta una sorta di "figlio di un Dio minore" una indegna campagna mediatica, alimentata da dati falsi

e distorti sui privilegi del pubblico impiego, viene usata come apripista per permettere al Governo di continuare ad utilizzare il settore come bancomat. I dipendenti pubblici del Ssn, e tantomeno i dirigenti medici e sanitari dipendenti, non sono soggetti privilegiati nemmeno sul piano economico, se è vero che l'indice Istat recentemente comunicato testimonia come nell'ultimo anno l'incremento retributivo dei lavoratori del Ssn sia stato dello 0,3%. Ciò che emerge con grande evidenza è il peggioramento delle condizioni di lavoro dei medici e dirigenti sanitari, alimentato dal progressivo impoverimento delle piante organiche strette nella tenaglia del blocco del turnover e dell'esodo pensionistico. Il risultato ultimo è un ulteriore ostacolo all'attività professionale dei dirigenti sanitari, motivo di frustrazione e disaffezione per il sistema con il conseguente rischio di compromettere in modo grave e pericoloso il diritto alla salute dei cittadini, diritto costituzionalmente garantito. Il Consiglio Nazionale respinge con forza al mittente l'ennesimo insulto che il Ministro della Funzione Pubblica rivolge ai lavoratori precari ricordando che il lavoro precario dei medici rappresenta la grande ingiustizia perpetrata da una classe politica incapace che nega i diritti ed incoraggia gli abusi. La lotta contro il precariato costituisce una assoluta priorità nella politica sindacale dell'Anaa Assomed affinché

## L'ANAAO ASSOMED CONTRO LA MANOVRA

# NON SIAMO

## IL BANCOMAT DI UNA POLITICA STRABICA

**C**on cronometrica puntualità il Governo è tornato a prendere di mira la categoria. Un fuoco di fila al quale l'Anaa Assomed ha risposto criticando duramente le azioni messe in atto dal Governo e dichiarando, all'indomani del varo della manovra economica lo stato di agitazione con le altre organizzazioni della dirigenza. Per Costantino Troise la manovra è un film già visto che carica sui soliti noti, e solo su di loro, il risanamento dei conti pubblici. Un'azione che rileva come per il Governo il risanamento dell'economia italiana passi, ancora una volta, solo per le tasche dei dipendenti pubblici e il taglio dei servizi. "Lo scorso anno – ha dichiarato Troise subito dopo il varo del provvedimento in un duro comunicato –, abbiamo scioperato per chiedere una maggiore attenzione alla sanità. E oggi, evaporati i tagli dei costi della politica ed esonerato il settore privato, a rimettere in ordine i conti pubblici, e con effetto immediato, sono chiamati i soliti noti, enti locali e dipendenti pubblici, con medici e dirigenti sanitari del Ssn particolarmente tartassati".

A dispetto delle affermazioni del ministro Brunetta, ricorda Troise, il congelamento dei contratti e dei livelli retributivi riduce il potere d'acquisto delle retribuzioni dei medici pubblici almeno del 20%, senza contare le ripercussioni previdenziali. Mentre un esasperato blocco del turnover, divenuto negli anni un cappio al collo del sistema sanitario, peggiora le condizioni del loro lavoro. E il blocco contrattuale di 5 anni, accompagnato dalla previsione della indennità di vacanza contrattuale per il pe-

L'Anaa Assomed non ha lasciato nulla d'intentato contro una Manovra che colpisce senza mezzi termini la categoria medica. Colpo su colpo ha ribattuto agli assalti di un Governo che, come ha ricordato il segretario nazionale Costantino Troise: "Fa passare ancora una volta, il risanamento dell'economia italiana solo per le tasche dei dipendenti pubblici e il taglio dei servizi"

riodo 2015-2017, recita infatti un requiem per il contratto nazionale di lavoro mentre il tetto ai livelli retributivi segnala che per i pubblici dipendenti il guadagno è reato. "Se sono state esonerate dal blocco del turnover alcune categorie – ha ricordato Troise – è perché le comunità non possono essere private di chi interviene in caso di incendi o di atti criminali. Ma possono essere lasciate senza Pronto soccorso e senza organici medici adeguati? La sicurezza dei cittadini non riguarda la loro salute? Una bomba ad orologeria fatta di ulteriori strette sul costo del personale, sugli organici e sugli standard organizzativi, oltre che di ticket e tetti, minaccia il Servizio sanitario che rischia di essere ridotto dalle due manovre, e dalla fuga dei medici e sanitari pubblici, ad un sistema povero per i poveri. Il che è fortemente miope perché non investire nella sanità delegittimando i medici pubblici significa indebolire i diritti, e la salute dei cittadini con costi maggiori.

Nessuna manovra correttiva – ha aggiunto Troise – può essere, infatti, considerata equa se salvaguarda rendite e privilegi per penalizzare il lavoro, tantomeno quello dei medici del Ssn chiamati a tutelare, in condizioni sempre più gravose e rischiose, un bene prezioso e costituzionalmente garantito quale la salute dei cittadini".

### CONTRO IL BLOCCO DEL TURN OVER

E in particolare sul blocco del turnover l'Anaa ha risposto con durezza ricordando in proposito che "per il Governo il concetto di sicurezza evidentemente non riguarda le cure sanitarie".

Il prosieguo del blocco del turnover per la pubblica amministrazione, infatti, esclude il personale chiamato a svolgere compiti fondamentali, quali la difesa dalla criminalità, gli interventi in caso di incendi e catastrofi (polizia e vigili del fuoco), e il controllo degli obblighi fiscali. Ma non quello deputato a garantire a cittadini ed operatori la sicurezza delle cure, il cui calo è causa di costosissime procedure di medicina difensiva e infiniti contenziosi legali tra pazienti e strutture sanitarie. "Oggi la sicurezza in ambito sanitario – ha sottolineato in un comunicato l'Anaa Assomed – è messa a dura prova

dall'impoverimento degli organici, frutto della espulsione dal sistema di migliaia di medici provocata

dalla manovra economica 2010, e del blocco del turnover, specie nelle Regioni del Sud, causa dell'abuso di contratti atipici e del dilagare del precariato medico. È grave continuare una politica di asfissia del pubblico impiego, che evidentemente ha ancora molto da farsi perdonare. Ma ancora più grave non prevedere deroghe per un sistema sanitario, che pure Tre-

monti ha giudicato tra i migliori del mondo, almeno per i medici addetti alla emergenza ed urgenza, come anche il Ministro della Salute ha chiesto".

Insomma i medici e dirigenti sanitari del Ssn non accettano il ruolo di "bancomat" di una politica strabica, che "ignorando rendite e posizioni di privilegio, e continuando a rinviare la riduzione dei suoi costi ad un secondo tempo, mortifica quelle categorie che con il loro lavoro, strumentalmente denigrato, assicurano la sopravvivenza del Welfare e la tutela del bene più prezioso per i cittadini".

### "DIPENDENTI PUBBLICI CAPRO ESPIATORIO"

Ma il sindacato si è dovuto difendere anche dagli attacchi mediatici alla categoria dopo i dati diffusi dalla Banca Italia da Confindustria che indicavano le retribuzioni pubbliche tra i settori da tagliare per arrivare ad una idonea manovra economica. Attacchi che il sindacato ha smontato, uno per uno,

"L'indice Istat delle retribuzioni orarie – ha affermato in una nota il sindacato – comunicato il 27 maggio scorso indica un aumento tendenziale delle retribuzioni nella pubblica amministrazione inferiore a quello di tutti gli altri comparti. In particolare Ssn, Scuola e Ministeri hanno avuto nell'ultimo anno con lo 0,3% l'incremento più basso. Quanto all'andamento delle retribuzioni negli ultimi anni – le pubblicazioni dell'Aran

chiariscono il loro reale andamento a partire dal 2005: le retribuzioni contrattuali del settore privato sono aumentate del 16%; quelle della pubblica amministrazione del 15%; della dirigenza pubblica contrattualizzata del 14%; della dirigenza pubblica non contrattualizzata del 16%". Insomma, i maggiori aumenti si registrano nel settore non contrattualizzato per dirette iniziative del governo a vantaggio delle categorie speciali. "Del tutto fuorvianti sono, quindi – ha aggiunto l'Anaa – i dati pubblicati che evidentemente non tengono conto degli arretrati contrattuali stante il cronico ritardo con cui vengono sottoscritti i contratti di lavoro della pubblica amministrazione. Capziosa appare anche l'affermazione di un minor impegno orario del dipendente pubblico visto che della pubblica amministrazione fanno parte i professionisti del Ssn che notoriamente svolgono orari di lavoro di almeno 38 ore, spesso con migliaia di ore in più lavorate e non retribuite". L'Anaa, infine, ha ricordato che in questi anni i dipendenti pubblici hanno subito numerosi "provvedimenti speciali" riservati solo a loro e non ai dipendenti del settore privato: blocco contrattuale fino a tutto il 2013; soppressione delle risorse aggiuntive contrattuali; prelievo supplementare del 5% sopra i 90 mila euro lordi di reddito e del 10% sopra i 130 mila; penalizzazioni economiche in caso di malattia; differimento della pensione di vecchiaia delle donne a 65 anni; rateizzazione in tre anni della liquidazione; assenza di incentivi per raggiungimento risultato e straordinari; blocco del turnover con aumento dei carichi di lavoro.

**MANOVRA ECONOMICA**

**Il commento di Federico Spandonaro, Coordinatore Ceis Sanità della Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata**

## PER LA SANITÀ UNA 'BOTTA' DA 10 MILIARDI IN TRE ANNI

"Il finanziamento medio per la sanità previsto per i prossimi tre anni dal Governo (+1,5%), se confrontato con le previsioni di crescita di Pil nello stesso periodo (+3,3%), sempre dell'Esecutivo, rischia di configurare una recessione della Sanità pubblica che potrebbe costare ai cittadini, direttamente o indirettamente, 10 miliardi di euro in tre anni. E l'impatto sarà maggiore al Centro-Sud". Federico Spandonaro, economista, coordinatore del Ceis Sanità di Tor Vergata, offre una prima lettura alle ipotesi previste dalla manovra

Secondo la manovra il finanziamento pubblico della Sanità dovrebbe aumentare dello 0,5% per il prossimo anno e del 1,4% in quelli seguenti con una media per il biennio 2013-2014 dello 0,9%. Per "apprezzare" il taglio sulla Sanità pubblica è necessario confrontare questo dato con le previsioni di crescita del PIL, che il Governo stima fra il 3,1% e il 3,4% annuo, da qui al 2014. Già dalle percentuali è facile convincersi che alla Sanità si chiede un contributo rilevante al risanamento della finanza pubblica: il "taglio" è di circa il 1,7% annuo e, cosa ancora più rilevante, inferiore dello 0,6% della crescita reale per il 2013 e 2014: quindi per la Sanità pubblica si configura

una recessione in termini reali, di dimensioni tutt'altro che banali. In pratica il finanziamento pubblico della Sanità che è stato congelato al 6,7% del PIL da alcuni anni, si ridurrebbe giungendo al 6,3% nel 2014: affinché l'impatto sulle famiglie fosse nullo, la spesa sanitaria si dovrebbe ridurre di una somma di circa 10 miliardi di euro da qui al 2014, ovvero oltre il 6% circa di tutta la spesa sanitaria pubblica e privata attuale; si consideri che la riduzione dovrebbe avvenire al netto anche degli aumenti dei prezzi, stimati per il resto dell'economia nell'ordine del 2% annuo, e che in Sanità sono normalmente più alti per effetto dell'innovazione: quindi la ridu-

zione reale sarebbe ancora maggiore.

Che la manovra sia molto "significativa" si può apprezzare considerando che, sempre affinché la manovra non comporti un impatto sulle famiglie, si allargherebbe in modo sostanzialmente inspiegabile il divario di spesa sanitaria fra l'Italia e gli altri Paesi Europei: rispetto

ai Paesi della "Big Eu" si raddoppierebbe il gap attuale, che vede la spesa sanitaria italiana già significativamente inferiore alla media di quei Paesi. Ma che la spesa pubblica possa ridursi in modo così significativo rispetto al Pil, in controtendenza con gli andamenti internazionali, appare

lecito dubitare: appare più probabile che i cittadini debbano mettersi le mani in tasca per pagare maggiori ticket (che infatti vengono aumentati), maggior prestazioni out of pocket e, infine, per pagare con tasse regionali i disavanzi. Per mantenere i livelli di spesa sanitaria (pubblica e privata) attuali che si attestano a circa il 9% del Pil, come si è detto le famiglie direttamente e indirettamente dovranno sborsare circa 10 miliardi, ovvero circa 500 euro annui a nucleo familiare.

Ma l'aspetto più significativo sarà di ordine equitativo: chi pagherà il conto? Certamente i cittadini del meridione e del Lazio, Regioni dove si concentrano i disavanzi e quindi dove maggiore dovrà essere il prelievo compensativo. Per la restante parte, quella delle compartecipazioni, il rischio è che il federalismo comporterà di nuovo che il maggiore onere relativo sia i cittadini più poveri, ovvero ancora quelli meridionali.

La manovra porta quindi ad una riflessione doverosa sul federalismo: che il federalismo sia un bene per il Paese, almeno chi scrive non ha dubbi; ma, sempre chi scrive, non ha neppure mai avuto dubbi che il ritardo strutturale del Paese nel prendere decisioni abbia portato ad affrontare la transizione al federalismo nel momento peggiore, ovvero senza risorse capaci di lenire gli impatti iniziali: oggi la manovra lo conferma, in quanto di fatto allargherà le iniquità nel Paese. Ed allora si dovrebbe almeno evitare che nell'applicazione del federalismo si introducano surrettiziamente ulteriori iniquità, ovvero occasioni di allargare la "durezza" degli impatti sociali: la manovra di nuovo ha il pregio di

mettere a nudo che il criterio dei costi standard in via di approvazione è già superato dai fatti si chiarisce finalmente che i Lea si finanziano anche con le compartecipazioni e quindi che la determinazione dei differenziali di bisogno sanitario sulla base del solo fattore età è iniquo, perché non tiene conto della differenza potenziale di gettito regionale dei ticket (a meno di non volere eliminare le esenzioni per reddito).

L'importanza della manovra e la sua ineluttabilità, dovrebbero far riflettere attentamente sull'ostinazione a non voler riconoscere la complessità del settore sanitario e il suo variegato impatto sociale, con l'esito di rischiare di allargare le differenze nel Paese, in un momento in cui invece i nodi vengono al pettine e ci vorrà grande coesione per far fronte alle difficoltà.

### MANOVRA Per la sanità -7,950 miliardi

La relazione tecnica che accompagna la manovra economica conferma che per la sanità sarà un salasso: 7,950 miliardi in meno di finanziamento, rispetto a quelli previsti con gli incrementi dell'ultimo triennio, concentrati nel 2013 e 2014. Nel 2014, in particolare il Ssn sarà finanziato con 5,450 miliardi in meno di quanto previsto dalle disposizioni in vigore prima della manovra, passando da 116,236 miliardi a 110,786. Per il 2013, invece, il livello di finanziamento sarà decurtato di 2,5 miliardi, scendendo così a 109,294 miliardi rispetto ai 111,794 previsti dal sistema vigente.

In pratica il livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato sono stati rideterminati in misura inferiore. L'incremento sarà infatti dello +0,5% nel 2013 e del +1,4% nel 2014 a fronte del +2,8% e del +4% previsto dall'Intesa Stato-Regioni.

**La Tabella del Coordinatore Ceis di Tor Vergata Federico Spandonaro sulle ipotesi di manovra per la sanità**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Media 2012-2014	Media 2013-2014
Pil	1.519.702	1.548.576	1.593.485	1.642.883	1.697.098	1.754.800		
Var. Pil		1,9%	2,9%	3,1%	3,3%	3,4%	3,3%	3,3%
Var. Pil reale				1,3%	1,5%	1,6%	1,5%	1,5%
FSN			104.867	107.804	108.343	109.860		
Var.FSN				2,8%	0,5%	1,4%	1,6%	0,9%
%Fsn/Pil			6,6%	6,6%	6,4%	6,3%		
Perdita in mln						5.624		

Arturo Cerilli  
Dirigente generale Welfare  
in pensione

Un'analisi delle conseguenze della manovra anticrisi (legge 122/2010)

# BLOCCO CONTRATTAZIONE

## Ecco i riflessi per la dirigenza medica e veterinaria

Come noto, alla prima applicazione della nuova disciplina sul lavoro pubblico introdotta dal D.lgs. 150/2009, che reintroduceva una cadenza triennale della contrattazione, si è frapposto il blocco della contrattazione stessa disposta dal D.l. 78/2010 convertito nella legge 122/2010.

L'evento non è nuovo per il Pubblico impiego, poiché già nel passato, dal passaggio dalla legge-quadro sul pubblico impiego (legge 29 marzo 1983, n. 93), in base alla quale si erano svolte due tornate contrattuali a carattere triennale (1985-1987 e 1988-1990), al Decreto legislativo 29/1993 (che privatizzava il rapporto d'impiego pubblico, portava la sequenza contrattuale su un quadriennio articolato in due bienni economici ed aboliva ogni automatismo economico) non furono rinnovati i contratti nazionali fino al 1995.

Con tale ultima normativa vennero sottoscritti i contratti 1994-1997; 1998-2001; 2002-2005 e 2006-2009, ciascuno dei quali era articolato in due bienni economici.

Le risorse finanziarie da destinare ai predetti rinnovi, stabilite nelle varie leggi finanziarie succedutesi nel tempo, erano fissate in base alla regola di contenere la crescita delle retribuzioni nei vari periodi temporali entro i tassi di inflazione programmata, con eventuale recupero del differenziale tra inflazione programmata e reale nel biennio successivo.

Sulla base delle suddette regole si è venuta a determinare, per la dirigenza medica e veterinaria, la dinamica retri-

Tabella 1

Anni	Tassi annui di incrementi retributivi	Numeri indice	Tassi annui di inflazione	Numeri indice
1994		100,00		100,00
1995	3,56	103,56	3,90	103,90
1996	5,12	108,86	5,60	109,72
1997	4,30	113,54	2,70	112,68
1998	1,61	115,37	1,90	114,82
1999	1,51	117,11	1,50	116,54
2000	4,02	121,82	2,20	119,11
2001	2,68	125,09	3,00	122,68
2002	4,73	131,00	2,40	125,63
2003	3,20	135,19	2,80	129,14
2004	1,90	137,76	2,20	131,98
2005	2,23	140,84	1,90	134,49
2006	1,27	142,62	2,20	137,45
2007	1,62	144,93	1,70	139,79
2008	2,86	151,40	3,00	143,98
2009	3,20	154,43	1,60	146,28
incr. medio annuo	3,59		3,09	

butiva riportata nella tabella 1. Dal prospetto si evince la forte concordanza delle dinamiche retributive ed inflattive e, quindi, un sostanziale rispetto, verificato a posteriori, delle regole di riferimento.

Lo sfasamento tra il tasso medio annuo di incremento retributivo e quello inflattivo è dovuto al fatto che in alcune circostanze e per taluni istituti, come ad esempio per l'equiparazione retributiva tra

ex assistenti ed ex aiuti, o per il finanziamento della contrattazione decentrata, questi furono finanziati da risorse aggiuntive specificamente allocate. Tornando alla legge 122/2010, ed avuto riguardo alle retribuzioni, il comma 1 dell'articolo 9 stabilisce il principio generale in base al quale per gli anni 2011-2013 il trattamento eco-

nomico complessivo dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche non può superare il trattamento in godimento nell'anno 2010.

In pratica ciò avviene con la sospensione delle procedure contrattuali relative al triennio 2010-2012, facendo salva la sola indennità di vacanza contrattuale (il cui importo è peraltro congelato al livello del luglio 2010). Per la dirigenza medica gli importi mensili sono di € 14,53 da aprile 2010 che diventano € 24,21 da luglio 2010.

Tuttavia, nel triennio 2010-2012, sulla base dell'accordo interconfederale del 2009, i rinnovi contrattuali avrebbero dovuto fare riferimento ad un nuovo modello, valido sia per il settore privato che per quello pubblico, con durata triennale tanto per la parte economica quanto per quella normativa, assetto su due livelli e calcolo dell'incremento salariale in base ad un indice di inflazione previsionale, "in sostituzione del tasso di inflazione programmata. Tale indice, denominato Indice Ipca (Indice dei prezzi al consumo armonizzato per i

paesi dell'Unione europea) è stato fissato complessivamente al 4,20% per il triennio di riferimento, pari ad un tasso medio annuo dell'1,38%.

Peraltro, occorre osservare che il tasso di inflazione misurato con l'indice Ipca tra novembre 2009 e novembre 2010 è stato dell'1,90%, superiore, quindi, alle previsioni.

Per stimare l'effetto dei provvedimenti, adottati dal Governo, sull'area della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale occorre partire dai dati ufficiali che furono alla base della definizione dell'ultimo Ccnl valido per il biennio economico 2008-2009.

Tali dati possono sintetizzarsi come riportato nella Tabella 2. Con una retribuzione media di area, utile come base di calcolo per determinare gli incrementi retributivi, di € 72.847,79.

Poiché, in base alle leggi finanziarie 2008 e 2009 gli incrementi retributivi dovevano essere contenuti nello 0,40% per il 2008 e nel 3,20% nel 2009, si viene a determinare una retribuzione media 2009, situazione di regime contrattuale, pari ad € 75.479,63. Partendo da tale

MANOVRA ECONOMICA

Tabella 2

Categoria	Incarico			Tempo			Lavoro flessibile	Complesso
	Struttura complessa	Struttura semplice	Altri incarichi professionali	indeterm.to	determinato			
Medici	9.851	18.545	81.485	109.881	1.023	6.003		116.907
Veterinari	541	1.091	4.132	5.764	26	190		5.980
Odontoiatri	11	23	123	157		4		161
Totale Area	10.403	19.659	85.740	115.802	1.049	6.197		123.048

Tabella 3

Anni	Retribuzioni senza CCNL		Retribuzioni con CCNL		Perdita media	
	Annua	Mensile	Annua	Mensile	Annua	Mensile
2010	75.668,48	5.820,65	76.521,25	5.886,25	-852,77	-65,60
2011	75.794,36	5.830,34	77.577,25	5.967,48	-1.782,88	-137,14
2012	75.794,36	5.830,34	78.647,81	6.049,83	-2.853,45	-219,50
2013	75.794,36	5.830,34	80.220,77	6.170,83	-4.426,40	-340,49

Tabella 4

Anni	Minore spesa	O.R. Complesso	Minore IRPEF	Risparmio complessivo	
Milioni di euro					
2010	104,93	38,82	143,76	40,61	103,15
2011	219,38	81,17	300,55	84,90	215,65
2012	351,11	129,91	481,02	135,88	345,14
2013	544,66	201,52	746,18	210,78	535,40

ultima retribuzione media è possibile calcolare la perdita media annua pro-capite subita dalla categoria (Cfr. tabella 3).

contributiva compresa tra 15 e 20 anni.

Per sviluppare il ragionamento si farà riferimento alla distribuzione per età ed anzianità

contributiva dei dirigenti con rapporto lavorativo a tempo indeterminato, riportata in allegato.

In base a tale distribuzione

potevano avere:

- 15 anni di contributi nel 1992 i dirigenti di età compresa tra 39 e 49;
- 16 anni di contributi nel

1992 i dirigenti di età compresa tra 40 e 50;

- 17 anni di contributi nel 1992 i dirigenti di età compresa tra 41 e 51;
- 18 anni di contributi nel 1992 i dirigenti di età compresa tra 42 e 52;
- 19 anni di contributi nel 1992 i dirigenti di età compresa tra 43 e 53;
- 20 anni di contributi nel 1992 i dirigenti di età compresa tra 44 e 54.

Per semplificare ulteriormente i calcoli concentriamo le varie anzianità contributive ad una sola età anagrafica corrispondente all'età modale della distribuzione. Avremo, con riferimento all'anno 1992, nell'ipotesi che le nascite siano tutte al primo gennaio ed i pensionamenti tutti al 31 dicembre il prospetto indicato nella tabella 5.

Quindi, negli anni esame i pensionati o pensionandi avranno le caratteristiche riportate nella tabella 6.

Orbene, in base alla distribuzione riportata in allegato, possiedono tali caratteristiche il 2,78% della popolazione con rapporto di lavoro a tempo indeterminato per gli anni dal 2010 al 2012 ed il 2,14% della popolazione, sempre con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, al 2013. Introducendo l'ulteriore semplificazione di concentrare i pensionamenti in una unica modalità, quella approssimativamente media, per ciascun anno, avremo quanto fotografato nella tabella 7.

Infine, ipotizzando che i pensionandi abbiano una retribuzione maggiore di quella media di un 15%, per tener conto che si tratta di personale anziano, con una carriera alle spalle e di personale a rapporto di lavoro a tempo inde-

**Tabella 5**

Anzianità contributiva al 1992	Età	Anno di nascita
15	42	1950
16	43	1949
17	44	1948
18	45	1947
19	46	1946
20	47	1945

Dove, per il 2013 si è stimato che l'incremento contrattuale potesse avvenire in base al tasso del 2,00%.

Parallelamente, per le finanze dello Stato si sono avuti i risparmi riportati nella tabella 4 a prescindere dai tagli per le retribuzioni superiori a 90mila euro lordi annui: il 5 per cento tra 90mila e 150mila euro e il 10 per cento oltre i 150mila euro.

Il sacrificio richiesto, affatto marginale, ha riguardato i dirigenti in servizio, ma occorre evidenziare che a questo si deve aggiungere quello sopportato dai dirigenti che in tali anni andranno necessariamente in pensione. Va sottolineato che questo personale è quello che verrà penalizzato in modo definitivo e discriminatorio senza alcuna possibilità di recupero economico, creando una vera e propria "casta" di "diversi" retributivamente parlando. Se si limita l'analisi a coloro che potranno ancora usufruire del trattamento pensionistico basato sul sistema retributivo e se si fissa il limite massimo di età per la pensione a 65 anni, è chiaro che negli anni in esame potranno accedere al pensionamento coloro che nel 1992 avevano un'anzianità

**Tabella 6**

Anni	Anni di nascita											
	1950		1949		1948		1947		1946		1945	
	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.
2010					35	62	36	63	37	64	38	65
2011			35	62	36	63	37	64	38	65		
2012	35	62	36	63	37	64	38	65				
2013	36	63	37	64	38	65						

**Tabella 7**

Anni	Anni di nascita											
	1950		1949		1948		1947		1946		1945	
	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.	contr.	anz.
2010									37	64		
2011							37	64				
2012						37	64					
2013			37	64								

**Tabella 8**

Anni	Retribuzioni senza CCNL		Retribuzioni con CCNL	
	Annua	Mensile	Annua	Mensile
2010	86.990,43	6.691,57	87.999,44	6.769,19
2011	87.116,31	6.701,25	89.213,83	6.862,60
2012	87.116,31	6.701,25	90.444,99	6.957,31
2013	87.116,31	6.701,25	92.253,88	7.096,45

**Tabella 9**

Anni	Pensione senza CCNL		Pensione con CCNL		Differenza mensile	Unità di personale
	Annua	Mensile	Annua	Mensile		
2010	61.301,50	4.715,50	61.882,60	5.760,20	44,70	-3.219
2011	64.323,48	4.947,96	65.585,65	5.045,05	97,09	-3.219
2012	67.333,63	5.179,51	69.426,37	5.340,49	160,98	-3.219
2013	68.750,76	5.288,52	72.031,44	5.540,88	252,36	-2.478

**Tabella 10**

Anni	Perdita	
	Media pro-capite	complessiva
	euro	milioni
2010	10.684,71	34,40
2011	23.207,56	74,71
2012	38.479,28	123,88
2013	60.321,98	149,49

**Tabella 11**

Anni	Perdita	
	Media pro-capite	complessiva
	euro	milioni
2010	165,92	0,53
2011	344,92	1,11
2012	547,37	1,76
2013	844,82	2,09

**Tabella 12**

Anni	Perdita media			IPSS	Totale
	retributiva annua	v.a. perdita pensionistica	IPSS		
	euro	euro			
2010	852,77	10.684,71	165,92	11.703,40	
2011	1.782,88	23.207,56	344,92	25.335,36	
2012	2.853,45	38.479,28	547,37	41.880,10	
2013	4.426,40	60.321,98	844,82	65.593,20	

**Tabella 13**

Anni	Perdita IRPEF			Totale
	in v.a. su rate pensione	su IPSS	IPSS	
		milioni		
2010	14,79	0,07		14,86
2011	32,13	0,14		32,27
2012	53,27	0,23		53,50
2013	64,28	0,27		64,55

**Tabella 15**

Anni	O.R.	ritenute previdenziali	Totale	Spesa previdenziale	Avanzo
2010	38,82	10,49	49,32	34,93	14,39
2011	81,17	21,94	103,11	75,82	27,29
2012	129,91	35,11	165,02	125,64	39,38
2013	201,52	54,47	255,99	151,58	104,41

**Tabella 14**

Anni	minore spesa per blocco CCNL	O.R.	Complesso	Minore IRPEF su		Risparmio complessivo
				stipendi	pensioni	
	milioni di euro					
2010	104,93	38,82	143,76	40,61	14,86	88,29
2011	219,38	81,17	300,55	84,90	32,27	183,38
2012	351,11	129,91	481,02	135,88	53,50	291,65
2013	544,66	201,52	746,18	210,78	64,55	470,85

**Tabella 16**

Anni	minore spesa per blocco CCNL	O.R.	Complesso	Minore IRPEF su		Avanzo previdenziale	Risparmio complessivo
				stipendi	pensioni		
	milioni di euro						
2010	104,93	38,82	143,76	40,61	14,86	14,39	73,90
2011	219,38	81,17	300,55	84,90	32,27	27,29	156,09
2012	351,11	129,91	481,02	135,88	53,50	39,38	252,26
2013	544,66	201,52	746,18	210,78	64,55	104,41	366,44

**Tabella 17**

Anni	Massa salariale senza CCNL	Risparmio complessivo	in percentuale
2010	9.310,86	73,90	0,79%
2011	9.326,35	156,09	1,67%
2012	9.326,35	252,26	2,70%
2013	9.326,35	366,44	3,93%
<b>Totale</b>	<b>37.289,89</b>	<b>848,70</b>	<b>2,28%</b>

terminato (Cfr. tabella 8).

Si determinano, conseguentemente, i trattamenti pensionistici indicati nella tabella 9. Quindi alla perdita retributiva ricordata si deve sommare questa perdita pensionistica. Inoltre, come detto, si è ipotizzata un'età al pensionamento di 65 anni ed a tale età l'aspettativa media di vita è di circa 20 anni per gli uomini e di 25 per le donne, in media 21 anni e mezzo.

Per valutare le minori entrate dei pensionati occorre, quindi, calcolare il valore attuale di una rendita mensile anticipata pari a 258 rate ed avremo, al tasso di attualizzazione dell'1,5% annuo (Cfr. tabella 10).

A questo punto occorre, ancora, valutare la perdita in termini di IPS (indennità premio di servizio) che, sulla base di tutti i valori retributivi sopra riportati ammonta ai seguenti importi (Cfr. tabella 11) In definitiva, coloro che andranno in pensione negli anni in esame subiranno le decurtazioni economiche indicate nella tabella 12. Come si evince dalla tabella 12 le perdite di reddito sono veramente consistenti ed i soggetti sono veramente sperequati tra loro e con quanti li hanno preceduti nel pensionamento. Dal versante dell'erario, anche le minori spese per rate di pensione e per Ips determinano un minor gettito Irpef quantificato nella tabella 13.

Quindi, in definitiva l'effettivo risparmio, per l'erario, rispetto ad una spesa comprensiva dei rinnovi contrattuali risulta quello indicato nella tabella 14.

Tuttavia, occorre, ancora, tener presente che, in caso di contratto, gli oneri riflessi uniti alle ritenute previdenziali sarebbero stati più che sufficienti a coprire i maggiori oneri previdenziali ivi compresa l'Ips (Cfr. tabella 15). Quindi, in definitiva, per le finanze statali si avranno risparmi annui indicati nella tabella 16.

E, nel quadriennio l'incidenza percentuale dei risparmi sulla massa salariale sarà quella indicata nella tabella 17. Resta da chiedersi se il risultato della manovra non poteva essere conseguito esplorando altre strade?

## 20 anni di storia del percorso formativo dei medici italiani

# CRONACA DI UNA FORMAZIONE SOGNATA

Diventare medico. Un tempo era un sogno, quasi proibito. Un tempo il medico era considerato quasi un'entità soprannaturale, una sorta di deus ex machina. Con il potere mediatico, di condannare un malato o di guarirlo, e il lavoro era tanto, troppo, male organizzato. Poi di colpo, il buio, il silenzio. Fino a quando...

↳ **Piero Di Silverio**  
Consigliere Nazionale  
Anao Assomed e presidente  
Federspecializzandi

**1991** La Cee, ritenuta la formazione del giovane medico elemento di imprescindibile importanza umana e professionale, emana una legge che regola la situazione del medico in formazione specialistica, riconoscendolo per la prima volta, come un lavoratore, riconoscendolo per la prima volta, come medico. Le nazioni della comunità europea, più o meno celermente, si adeguano alla normativa: e l'Italia attende.

Trascorrono gli anni, cresce da una parte il disinteresse istituzionale nei confronti di una legge che non viene considerata tale, dall'altra il disappunto dei giovani medici che vedono prevaricati quotidianamente i propri diritti, peraltro salvaguardati sulla carta dalla legge stessa.

1999. Finalmente l'Italia, a seguito di pressioni ricevute dalla Cee, emana una legge che regola l'attività del medico specializzando (D.lgs. 17 agosto 1999 n. 36). Il tut-



to avviene solo sulla carta. Negli anni che separano l'emanazione della legge 368/99 dalla sua reale, seppur parziale, applicazione, sono anni di sofferenze per il giovane medico in formazione, che si ritrova a dover svolgere funzioni che non gli competono, si ritrova ad assumer-

si responsabilità che vanno sicuramente al di là del proprio ruolo e delle proprie competenze pagandone, in diversi casi, conseguenze dirette.

L'adeguamento economico, che per inciso avviene circa sette anni dopo l'approvazione della legge 368/99, apre

scenari di riformismo teorico che, inizialmente, lasciavano intravedere luci nel percorso ad ostacoli della formazione medico specialistica in Italia.

**2007** Nel 2007 viene, infatti, elaborato il "Riassetto delle Scuole di specializzazione" che dovrebbe individuare gli obiettivi e gli standard formativi in modo preciso, naturalmente puntualmente disatteso nella sua applicazione.

Viene istituito, come previsto da legge, sempre con l'ingiustificato ritardo di 9 anni, l'Osservatorio nazionale, organo di gestione e controllo supremo della attività formativa e nelle Università e nelle strutture di rete formativa. Ad oggi, si attende nella maggior parte delle Regioni Italiane, l'istituzione e l'attivazione degli Osservatori Regionali, organi di controllo della qualità formativa Universitaria/Ospedaliera regionale.

**2011** Giungiamo stanchi, disillusi, a oggi. La formazione del giovane medico in Italia vive ancora un momento di grande crisi. Tra l'apparente esigenza di formare medici competenti e competitivi nel panorama sanitario europeistico e le difficoltà culturali di una classe dirigente sanitaria costretta da sempre a rincorre-

re strategie innovative, naviga, senza meta apparente e sostanziale, il giovane medico in formazione.

Esasperato, disilluso, rassegnato, depauperato dell'humus che lo portò anni prima a intraprendere la lunga e tortuosa strada della medicina, oggi lo specializzando italiano stenta a far sentire la propria voce, quasi rassegnato allo status quo.

Al di là del trattamento economico equiparato alle altre nazioni europee, il giovane medico italiano continua a vivere una formazione lacunosa, con una sostanziale mancanza di regolamentazione e programmazione didattica che, nell'ottica di una crisi economica del Paese imperante, si ritrova ad essere più che una formazione, una vera e propria attività sostitutiva del personale medico di ruolo, con enormi assunzioni di responsabilità e minime tutele. Nonostante il D.lgs 368/99, e il riassetto delle scuole di specializzazione intervengano chiaramente nell'individuare come strumento formativo imprescindibile la rete formativa, con il conseguente coinvolgimento di strutture esterne all'università, nel momento in cui l'offerta formativa universitaria risulti insufficiente, nonostante sia ormai consolidata la carenza formativa delle Università, la rete formativa stessa stenta decollare, viene organizzata a macchia di leopardo, in alcuni casi è stranamente ed assolutamente discrezionale ed opzionale. Da una recente indagine conoscitiva emerge che solo nel 30% delle Regioni ita-

liane sono stati istituiti e sono attivi gli Osservatori regionali (tra cui emerge la Campania), organi deputati alla selezione, inserimento e controllo delle strutture formative Universitarie e Ospedaliere. Usufruiscono inoltre della rete formativa, come da legge, ovvero con un organigramma stilato ad inizio anno, che prevede la formulazione di un planning delle attività del giovane medico specializzando suddivise in tipologia e luogo di svolgimento, solo il 15% circa degli specializzandi. Il medico in formazione specialistica, in molte realtà, si ritrova a svolgere turni di guardia di reparto senza avere al suo fianco un medico tutor, come peraltro previsto chiaramente dal D.lgs 368/99.

Il medico in formazione specialistica si ritrova in molte occasioni a effettuare consulenze specialistiche in prima persona, configurando in tal modo ancora una volta, lo svolgimento di un'attività sostitutiva del personale di ruolo, disattendendo la legge 368/99. Il medico specializzando si ritrova a essere, al termine del periodo formativo, uno specialista con necessità di essere formato, un professionista acerbo, che costa al Ssn, in termini di qualità del lavoro e in termini economici. Se oggi dovessimo fare un resoconto della qualità formativa offerta dall'università italiana al giovane medico in formazione, il giudizio non sarebbe certo positivo.

Basti pensare che per uno specializzando in chirurgia generale "sono attività professio-

nalizzanti obbligatorie per il raggiungimento delle finalità della tipologia:

- almeno 50 interventi di alta chirurgia di cui il 10% come primo operatore. Il resto come secondo operatore;
- almeno 100 interventi di media chirurgia di cui il 25% come primo operatore. Il resto come secondo operatore;
- almeno 250 interventi di piccola chirurgia di cui il 40% come primo operatore (sono incluse le procedure di chirurgia laparoscopica nonché quelle ambulatoriali e in Dh). Il resto come secondo operatore.

Lo specializzando deve avere prestato assistenza diretta per almeno due semestri complessivi in chirurgia generale, d'urgenza, pronto soccorso e del trauma, in anestesia e rianimazione e nelle chirurgie specialistiche previste dall'ordinamento secondo le modalità definite dal Consiglio della Scuola. (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 5 novembre 2005 n. 285 - supplemento ordinario n. 176)".

Splendido esempio di iter formativo pratico, l'unica pecca è che, sempre secondo il riassetto delle scuole di specializzazione, sono considerate procedure da ascrivere al percorso formativo solo il 30% delle attività e degli interventi effettuati nella struttura stessa. Mi chiedo dunque, in quale struttura si pratichino tante procedure.

Insomma, ci rendiamo conto da questo spaccato della vita del giovane medico specializzando che esistono problemi

ancor più nascosti e gravi della mera disposizione legislativa.

Problemi difficilmente risolvibili risalgono all'applicabilità di leggi che, tutto sommato esistono, il problema sostanziale è la metodologia legislativa.

La formazione dovrebbe essere il risultato di un connubio tra Università e Ospedale, il cui fine ultimo dovrebbe essere quello di sfornare prodotti finiti quali i medici specialisti, in grado di contribuire al miglioramento qualitativo del sistema sanitario italiano, l'obiettivo comune dovrebbe essere quello di creare medici di alta professionalità. La situazione invece è molto diversa. Esiste grande distanza da politica, maggiormente interessata al risparmio economico con applicazione di tagli lineari, (vedi Decreto Gelmini che peraltro taglia anche agli strumenti di ricerca), sanità Universitaria, interessata a occupare e mantenere salde posizioni acquisite con anni di "impegno politico", e sanità Territoriale, desiderosa di riaffrancarsi, ma a volte impreparata alla realtà formativa perché per troppo tempo tagliata fuori.

Tra tante ombre, tuttavia, il monito disperato del giovane medico non può essere sottovalutato e occorre che si trasformi in stimolante propositività. Una precisa organizzazione dell'attività formativa del giovane medico è punto di partenza essenziale, ma occorre assicurare che questa venga espletata avvalendosi di organismi di controllo esterni.

L'autoreferenzialità di scelta e

giudizio, cui è sottoposta oggi la formazione del giovane medico, deve essere sostituita da un sistema meritocratico. È inconcepibile che le Università, principali attrici del percorso formativo del giovane medico, si rivelino poi giudicatrici della qualità della formazione erogata. La rete formativa è inoltre un elemento imprescindibile per assicurare al giovane medico una formazione completa.

Reputiamo che sia assolutamente necessaria una partecipazione di Università, Regioni, Ospedali, Ministeri affinché il giovane medico trascorra il lungo periodo formativo ruotando tra strutture universitarie ed ospedaliere al fine di raggiungere gli obiettivi formativi tanto precisamente esplicitati nel Riassetto delle scuole di specializzazione.

Resta tuttavia un grande rammarico, non avere la possibilità di incidere, con le nostre esperienze, con le nostre esigenze, al miglioramento della formazione e della sanità italiana, se non marginalmente, e a volte, strumentalmente. In questo quadro abbiamo il dovere di inserirci, facendo da collante.

Dopo anni trascorsi a protestare senza essere ascoltati, dopo anni trascorsi a raggiungere l'adeguamento economico, raggiunto solo nel 2007, dopo undici anni rispetto al resto d'Europa, quanti anni occorreranno ancora perché il giovane medico cessi di esser visto come studente, e venga visto come risorsa indispensabile per il futuro della sanità italiana?

Ai posteri l'ardua sentenza.

## news // news // news // news //

### ANIA: IN 15 ANNI QUASI TRIPLICATO NUMERO DEI CONTENZIOSI IN SANITÀ

Il numero dei contenziosi in area medica, contro Asl e singoli professionisti è cresciuto, dal 1994, del 255%, arrivando a superare la soglia dei 34 mila. È questa la fotografia scattata dall'ultimo rapporto Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) 2010-2011 che approfondisce coperture

assicurative relative alla responsabilità civile delle strutture sanitarie e alla responsabilità civile dei medici professionisti. Tra il 1994 e il 2009 il numero dei sinistri denunciati si è più che triplicato passando da 9.500 a oltre 34.000. In particolare, nel 2009 sono tornate ad aumentare le denunce relative ai singoli medici (oltre 12.500), dopo la contrazione registrata nel 2008; una forte crescita (+21%) ha interessato nel 2009 anche le denunce riguardanti

le strutture sanitarie (+10,0% nel 2008), superando la soglia di 21.500 casi. In totale la stima del numero di sinistri denunciati alle imprese di assicurazione italiane nel 2009 è stato pari a oltre 34.035, ovvero ben il 15% in più rispetto all'anno precedente. La stima dei premi del lavoro diretto italiano dell'esercizio 2009 è pari a quasi 485 milioni di cui circa il 60% relativo a polizze stipulate dalle strutture sanitarie e il restante 40% relativo a polizze stipulate

dai professionisti sanitari. La statistica non comprende i premi raccolti dalle imprese europee operanti in Italia in regime di libertà di prestazione, alcune delle quali attive nel settore. Rispetto all'anno precedente si registra una contrazione complessiva dei premi di circa mezzo punto percentuale. Vi ha contribuito essenzialmente il calo del 6,1% registrato nelle strutture sanitarie, spiegabile con una maggior ritenzione del rischio tramite franchigie più elevate

o con decisioni di autoassicurazione da parte delle strutture. Il volume premi relativo alle polizze dei professionisti registra, invece, una crescita dell'8,9% rispetto all'anno precedente, probabilmente anche a causa di una rivisitazione dei prezzi assicurativi resasi necessaria per il persistente disequilibrio economico del settore. Il tasso annuo di crescita dei premi complessivi negli ultimi 10 anni rilevati (1999-2009) si attesta al 12,5%.

Il disegno di legge omnibus arriva in Parlamento

# LA RIFORMA FAZIO vicina al voto

Innovazione, sperimentazione clinica dei medicinali, ricerca sanitaria, sicurezza delle cure, riforma degli Ordini, sanità elettronica e cure termali. Sono questi i molti temi contenuti nella bozza di provvedimento che, superato l'esame delle Commissioni, dovrebbe arrivare a breve nelle Aule parlamentari. Ma la Lega ha molti dubbi

**S**i è concluso a giugno l'esame preliminare della Commissione Affari Sociali della Camera sul Ddl Fazio, che contiene norme che vanno dal riassetto della sperimentazione clinica, alla riforma degli Ordini, alla sicurezza delle cure e alla farmacia dei servizi. Il provvedimento ha avuto un iter complesso. Approvato in Consiglio dei ministri nel settembre 2010, era poi stato sottoposto al parere della Conferenza delle Regioni, che avevano espresso molte richieste di modifica per valorizzare il ruolo decisionale e l'autonomia in materia di organizzazione sanitaria delle stesse Regioni. Il Ddl era dunque tornato in Consiglio dei ministri che lo aveva licenziato, in una nuova stesura, l'11 marzo scorso. Da quel momento il testo è passato all'esame della Commissione Affari sociali della Camera, dove relatrice del provvedimento è stata Melania De Nichilo Rizzoli del Pdl. La di-

scussione ha registrato alcune critiche da parte dei parlamentari dell'Opposizione, in particolare in merito al non obbligo dell'esclusività per i direttori scientifici degli Irccs, ma ha soprattutto fatto registrare una profonda differenziazione della Lega rispetto al testo del Governo, espressa in Commissione da Laura Molteni, capo gruppo della Lega con un lungo intervento che ha preso quasi la forma di una controrelazione. Nel suo lungo intervento in Commissione Affari Sociali, Molteni ha passato in rassegna tutti gli articoli del provvedimento governativo, sollevando molte perplessità e anche alcune decise critiche. Si passa dal no secco alla possibilità prevista dal Ddl di rapporti non esclusivi per i direttori scientifici degli Irccs all'altrettanta netta contrarietà per il finanziamento di 45 milioni di euro allo Spallanzani di Roma (per completare opere edilizie avviate nel 2003 all'epoca dell'allarme bioterrorismo) che,

secondo la deputata della Lega, sarebbe molto meglio destinare all'expo di Milano. Ma non mancano forti riserve sulla messa in discussione dell'autonomia regionale ravvisabili, secondo la parlamentare, in almeno quattro casi. E poi i dubbi pesanti sulle nuove farmacie dei servizi verso le quali la Lega manifesta scetticismo sulle nuove norme sull'incompatibilità resesi necessarie per consentire la presenza di operatori sanitari non farmacisti all'interno della farmacia, norme che – sempre secondo Molteni – potrebbero non essere sufficienti ad evitare situazioni di conflitto d'interessi a danno del Ssn. Ma non finisce qui. Sotto le critiche della Lega finiscono anche le norme sulla sicurezza delle cure per le quali si suggerisce una più opportuna collocazione nell'ambito del ddl in materia già all'esame del Parlamento e sul Fascicolo sanitario elettronico per il quale si chiede che vengano meglio specificati gli

ambiti di applicazione per le strutture private. Non una vera bocciatura, ma certamente una presa di distanza.

## IL DDL IN SINTESI

Vediamo una sintesi degli articoli che formano il testo definitivo con le modifiche apportate anche sulla base delle richieste avanzate dalla Conferenza delle Regioni.

### SPERIMENTAZIONE CLINICA E INNOVAZIONE IN SANITÀ (ART.1)

Confermata la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti legislativi per la riforma delle sperimentazioni cliniche dei medicinali ad uso umano. La delega punta al riordino dei comitati etici che dovranno essere almeno uno per ogni Regione tenendo conto del numero di Irccs presenti. Viene poi prevista l'istituzione di un credito d'imposta sugli investimenti per gli studi clinici di fase 0 e 1 e per gli studi pediatrici e sui farmaci per le malattie rare. Ma la parte più importante riguarda lo snellimento delle

procedure burocratiche per la sperimentazione con l'innesto di procedure informatizzate e la semplificazione di molti passaggi. In proposito verrà anche istituito un coordinamento nazionale per le attività di sperimentazione, finalizzato all'emanazione di indirizzi generali coerenti e alla promozione dello scambio di informazioni sulle disposizioni italiane e comunitarie, prevedendo, senza maggiori oneri, la realizzazione di una rete di comitati etici.

Come richiesto dalle Regioni è stato però specificato che ogni nuovo provvedimento dovrà essere attuato nel rispetto dell'autonomia regionale. Rispetto al testo precedente è stata poi cancellata, come richiesto dalle Regioni, la previsione della sanzione amministrativa fino a 100mila euro per i comitati etici che non rispettano le tempistiche e le procedure previste. Le Regioni avevano chiesto di eliminare ogni forma di "punizione", ma il ministro ha invece deciso di sostituire la sanzione pecuniaria con la sospensione dell'attività. Su richiesta delle Regioni è stata inoltre inserita la revisione della normativa relativa agli studi

no profit e agli studi osservazionali.

#### RICERCA (ART.2)

Si riserva una quota del 10% del fondo ricerca per i progetti di ricerca degli under 40. Su richiesta delle Regioni cassato il comma che prevedeva che aziende miste pubblico-privato a prevalente capitale pubblico potessero partecipare ai progetti di ricerca sanitaria di cui all'art.12 bis del Dlgs 502/92. La materia, infatti, compresa la ridefinizione delle modalità di accesso ai finanziamenti pubblici per la ricerca sanitaria, dovranno essere riformulate in sede di Conferenza Stato-Regioni.

#### DIRETTORI SCIENTIFICI

**E PERSONALE IRCCS (ART.3)**  
Viene previsto che il rapporto del direttore scientifico degli Irccs possa essere anche a carattere non esclusivo. In questo caso il suo trattamento economico sarà ridotto del 30%.

#### NIENTE PIGNORAMENTO PER GLI ENTI DI RICERCA (ART.4)

Non si potranno più sequestrare e sottoporre a pignoramento i beni e i fondi degli enti istituzionali autorizzati a svolgere ricerca sanitaria ai sensi degli art.12 e 12 bis del dlgs 502/92.

#### POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ DELLO SPALLANZANI (ART.5)

Confermato lo stanziamento di 45 milioni di euro per le strutture di emergenza biologica dell'ospedale Spallanza-



uno o più decreti delegati per la riforma degli Ordini dei medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti. La novità più rilevante è quella dell'istituzione di un ordine autonomo per gli odontoiatri (oggi affiliati nella Fnomceo). Per il resto si ribadisce per gli Ordini la natura di enti pubblici non economici e sussidiari dello Stato, finalizzati alla tutela dei cittadini e degli interessi pubblici connessi all'esercizio della professione. Avranno autonomia patrimoniale, finan-

*Le strutture sanitarie dovranno adottare comunque sistemi di gestione degli eventi avversi e dei quasi eventi. Tali strutture dovranno garantire la comunicazione trasparente degli eventi avversi anche sulla base di linee guida nazionali del ministero della Salute*

ni di Roma. Ma mentre nel testo precedente le risorse venivano recuperate nell'ambito dei fondi complessivi dell'ex articolo 20, il nuovo testo prevede che la somma sia "destratta dalle somme assegnate in sede di riparto delle disponibilità dalla Regione Lazio". Sparisce la specifica relativa ai contributi per la Lilt.

#### RIFORMA DEGLI ORDINI (ART. 6)

Viene prevista la delega al Governo per l'emanazione di

ziaria e regolamentare e saranno sottoposti alla vigilanza del ministero della salute. Si stabilisce che gli Ordini saranno esentati dall'applicazione delle norme in materia di contenimento della spesa pubblica. Sono poi previste nuove norme per le sanzioni disciplinari. Viene tutelata la rappresentanza delle minoranze negli organi elettivi. Con la nuova formulazione, su richiesta delle Regioni, viene prevista "l'istituzione del-

le Federazioni regionali con compiti di rappresentanza della professione presso le istituzioni regionali".

#### SICUREZZA DELLE CURE (ART. 7)

In attesa di una disciplina organica del risk management, il provvedimento prevede che le strutture sanitarie adottino comunque sistemi di gestione degli eventi avversi e dei quasi eventi. Tali strutture dovranno garantire la comunicazione trasparente degli eventi avversi anche sulla base di linee guida nazionali del ministero della Salute. In caso di evento avverso si dovranno attuare tutte le misure necessarie per prevenire il ripetersi dell'evento. Al fine di rendere possibile tale attività si prevede che l'analisi dell'evento avverso sia coperta dal segreto professionale per quanto attiene la responsabilità professionale. Stabilita anche la priorità delle tematiche sicurezza nell'ambito delle attività di formazione.

#### TERME (ART.8)

Ferme restando le competenze regionali in materia di assistenza termale, il Governo sarà delegato ad emanare un Dpr con un testo unico in materia di attività idrotermali.

#### ODONTOIATRIA (ART. 9)

Niente specializzazione per accesso al Ssn per gli odontoiatri. Tuttavia non potranno accedere agli incarichi di direttori di struttura complessa.

#### FARMACIE (ART. 10 E 11)

Oltre agli infermieri anche i fisioterapisti potranno concorrere ai nuovi servizi previsti dal riordino delle farmacie, dove si potranno effettuare anche prestazioni strumentali (oltre a quelle analitiche già previste). Viene inoltre riformato il testo unico delle leggi sanitarie prevedendo che medici e veterinari, in quanto abilitati alla prescrizione di farmaci, non possano operare all'interno della farmacia, né con essa avere convenzioni per la partecipazione agli utili.

#### SANITÀ ELETTRONICA (ART. 12)

Vengono previste diverse norme per regolamentare l'uso del fascicolo sanitario elettronico definito come "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito". Nascono i registri di sorveglianza, mortalità, patologia e impianti protesici (art. 13).

Il fine è quello della ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico.

#### ESAMI SANGUE (ART. 14)

Prevista la possibilità per i servizi trasfusionali di affidare l'esecuzione degli esami di validazione biologica delle unità di sangue ed emocomponenti a laboratori pubblici autorizzati.

## news // news // news // news //

### DAL GARANTE PALETTI RIGIDI AI SONDAGGI SULLA "CUSTOMER SATISFACTION"

I sondaggi per verificare la soddisfazione degli assistiti possono riguardare esclusivamente informazioni sulla qualità del servizio (accoglienza, tempi di attesa, informazioni ricevute, comfort della struttura), senza entrare nella valutazione degli aspetti sanitari delle prestazioni e delle cure erogate. Vietate anche le informazioni sulla vita sessuale degli intervistati. Ecco le nuove regole del Garante per la protezione dei dati alle quali dovranno attenersi gli organismi sanitari pubblici e privati che

svolgono indagini sulla qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini. Come spiegato in una nota del Garante, i sondaggi per verificare la customer satisfaction degli assistiti - effettuati per telefono, per posta, per email, tramite questionari cartacei o form su siti istituzionali - possono riguardare esclusivamente informazioni sulla qualità del servizio (accoglienza, tempi di attesa, informazioni ricevute, comfort della struttura), senza entrare nella valutazione degli aspetti sanitari delle prestazioni e delle cure erogate. Poiché nel corso di queste attività possono essere raccolti una gran quantità di dati personali, il Garante ha

individuato in apposite Linee guida un quadro unitario di misure e accorgimenti. Prima di iniziare il sondaggio gli organismi sanitari dovranno valutare se vi sia la reale necessità di raccogliere dati personali o se non sia invece possibile raggiungere gli stessi obiettivi utilizzando dati anonimi. In questo secondo caso non si applicano le Linee guida. Qualora invece si ritenga necessario acquisire dati personali, questi vanno comunque distrutti o resi anonimi subito dopo la registrazione. La partecipazione al sondaggio deve essere sempre facoltativa. Non potranno essere utilizzati dati sulla vita sessuale e le informazioni

raccolte nel corso delle attività di customer satisfaction non potranno essere utilizzate per profilare gli utenti o inviare materiale pubblicitario. La comunicazione o la diffusione dei risultati dei sondaggi dovrà avvenire sempre in forma anonima o aggregata. Potrebbe anche accadere che alcune risposte possano rivelare informazioni sulla salute dell'utente, desumibili anche dal tipo di reparto che ha erogato il servizio (ad es. ginecologia, neurologia, oncologia), dalla prestazione fruita (ad es. tipo di intervento chirurgico), persino dalla fornitura di particolari ausili (ad es. pannoloni, protesi, plantari). In questo caso gli

organismi privati che svolgono direttamente un'indagine di gradimento sui servizi sanitari devono chiedere il consenso scritto degli utenti coinvolti. Consenso che non deve essere richiesto dagli organismi sanitari pubblici anche quando conducono sondaggi attraverso le strutture convenzionate. Agli utenti, infine, dovrà essere sempre assicurata, sia dagli operatori privati che pubblici, una dettagliata informativa in cui risultino chiari tutti gli aspetti e le modalità del sondaggio. Gli organismi sanitari potranno anche avvalersi di un modello semplificato di informativa predisposto dall'Autorità.

## GOVERNO CLINICO

## Sarà battaglia o prevarrà la collaborazione?

**È** ancora tutta aperta la partita sul Governo Clinico. Sul nuovo testo unificato sono piovuti oltre cento emendamenti, presentati principalmente Pd e Idv. Domenico Di Virgilio, relatore del Ddl, si è detto disponibile ad accoglierli "purché migliorativi del testo". Gli emendamenti, come spiegano nelle interviste Anna Miotto (Pd), Laura Molteni (Lnp) e Antonio Palagiano (Ivd) della Commissione Affari Sociali, riguardano essenzial-

Sono approdati in Commissione Affari Sociali gli emendamenti al nuovo testo unificato sul governo clinico. Il relatore Di Virgilio ha dichiarato la sua disponibilità ad accogliere "tutti gli emendamenti migliorativi", ma l'esito è ancora incerto. A giudicare dalle interviste con i Capi gruppo di Maggioranza e Opposizione, potrebbe profilarsi ancora una volta "battaglia" parlamentare. Intanto le Regioni hanno espresso parere negativo al Ddl

mente la nomina del Direttore generale e l'elevato livello di discrezionalità che gli viene riservato, ma anche la "liberalizzazione" dell'intramoenia allargata. Bisognerà ora attendere per capire cosa succederà in

Commissione. Se prevarrà il dialogo e lo spirito di collaborazione come preannunciato da Di Virgilio o sarà comunque "battaglia" parlamentare. A rendere ancora più incerto l'esito sul futuro del Ddl è il pare-

re negativo espresso dalle Regioni che, presentando le loro proposte di modifica, hanno sottolineato che non accetteranno alcuna "invasione" di campo da parte dell'amministrazione centrale nelle com-

petenze regionali. In particolare rivendicando la loro competenza sulla materia hanno chiesto la soppressione dell'articolo sulla libera professione, puntando il dito sull'intramoenia allargata. Di Virgilio ha comunque ribadito l'intenzione di arrivare ad una legge che detti "principi fondamentali nel campo della sanità", ossia: ridare ruolo ai medici, omogeneizzare l'età pensionabile, far trionfare la meritocrazia nelle nomine limitando la discrezionalità dei Dg. (E.M.)

**ANNA MIOTTO, Capogruppo Pd**  
**"UNA LEGGE CHE NELLA MIGLIORE DELLE IPOTESI È INUTILE E NELLA PEGGIORE SCASSA IL SISTEMA"**



Gli emendamenti su cui puntiamo sono essenzialmente tre. L'oggetto della legge riguarda il governo clinico ovvero la valorizzazione del governo dell'azienda, un ruolo che non può essere relegato al solo valore professionale nel momento in cui anche il contenuto professionale diventa condizionato fortemente dalle scelte gestionali e finanziarie del direttore generale (Dg). C'è un intreccio molto forte ed è pertanto necessario una sorta di riequilibrio tra il potere dell'azienda e il ruolo dei professionisti. Questo doveva essere l'obiettivo della legge, ma è un obiettivo mancato.

I pareri che esprime il collegio di direzione non sono vincolanti per il Dg e quindi diventa inutile perché questo organismo non è quella camera di compensazione che avrebbe dovuto essere.

Veniamo al secondo punto. Collegato con questo tema c'era quello delle modalità di affidamento degli incarichi di struttura semplice e di struttura complessa. Anche in questo caso, la richiesta che proviene dalla sanità e dai cittadini è che le scelte siano operate in base al merito riducendo la discrezionalità del Dg. Peccato che la discrezionalità non viene rimossa a favore del merito. L'unico condizionamento introdotto è la terna dei direttori di struttura complessa sottoposti al Dg, il quale deve scegliere all'interno di questi, ma con assoluta discrezionalità. Mentre noi proponiamo una graduatoria per valutare il merito dal quale il direttore non si può discostare.

Il terzo e ultimo punto riguarda la libera professione. Questo argomento è stato introdotto in maniera inspiegabile dalla maggioranza. Nessuno dei progetti di legge presentati sul governo clinico prevedeva il cambiamento della libera professione e noi crediamo che sia stato introdotto per sfasciare il sistema dal momento che dà

la possibilità a ciascun medico, compresi coloro con responsabilità di budget, di esercitare la libera professione fuori dalle mura dell'azienda. Non solo. Se finora questa è stata un'eccezione subordinata ad autorizzazione, ora si tenta di far sì che i professionisti, finito il loro lavoro, possano andare a lavorare dove vogliono mettendosi in concorrenza con il Ssn con conseguenze devastanti. Per concludere crediamo che questa legge, così com'è, non serve a nulla, quindi è meglio non approvarla. (S.S.)

**LAURA MOLTENI, Capogruppo Lega Nord**  
**"NON C'È GOVERNO CLINICO SENZA RISPETTO DELLE COMPETENZE REGIONALI"**



Non si può parlare oggi di governo clinico senza associarlo al rispetto delle competenze regionali previste dal Titolo V della parte seconda della Costituzione. Alla luce di questo principio riteniamo quindi che le Regioni con un percorso di governance in materia sanitaria già avviato, debbano essere salvaguardate. Parliamo di Regioni virtuose che hanno raggiunto l'eccellenza in sanità diventando punto di riferimento a livello nazionale e anche europeo. Regioni che non hanno perciò bisogno di nuovi modelli gestionali. Per questo la Lega si è battuta affinché nel testo sul Governo Clinico fosse introdotta la cosiddetta norma di cedevolezza (art 12, secondo comma) che consente a queste realtà virtuose di continuare a gestire in autonomia le politiche già avviate con successo. Certo, c'è poi l'esigenza che il testo contenga dei principi di riferimento che consentano un recupero a quella parte del Paese che sul piano gestionale e amministrativo è rimasta indietro. Quindi in sede di confronto sugli emendamenti discuteremo dei principi di carattere generale da applicare. Non dimentichiamo poi che con il federalismo fiscale, le Regioni dovranno operare necessariamente nel rispetto dei costi standard per garantire i livelli di assistenza e controllare costi e inefficienze.

Questo consentirà di realizzare un cambiamento culturale radicale della sanità, rivoluzionando positivamente la gestione della cosa pubblica. (E.M.)

**ANTONIO PALAGIANO**  
**Capogruppo Idv in Commissione Affari sociali**  
**"DUBITO CHE LA MAGGIORANZA ACCETTERÀ EMENDAMENTI MIGLIORATIVI"**



Gli emendamenti che considero imprescindibili sono essenzialmente quattro. Il primo riguarda uno dei punti nodali del provvedimento, cioè la nomina del Dg che continua ad essere politica mentre noi vorremmo spezzare questo legame. Essendo la nomina politica, e questo è il secondo punto, dobbiamo far in modo che il Dg sia una persona quanto più possibile competente e per questo proponiamo un albo unico nazionale da dove attingere di volta in volta le persone che hanno i requisiti per essere nominati. Altro punto a cui teniamo è il limite d'età per il pensionamento che vorremmo fissato a 65 anni.

Per quanto riguarda l'attività libero professionale crediamo non sia possibile che in Italia il medico faccia concorrenza a se stesso, non è accettabile. Il medico dovrebbe essere remunerato come accade in Europa dove c'è il vincolo dell'esclusività e ci sono anche degli obiettivi da raggiungere. Noi diciamo no all'intramoenia allargata in cui nessuno controlla ciò che accade al di fuori della struttura sanitaria e così succede che i medici contribuiscono all'allungamento delle liste d'attesa facendo concorrenza agli ospedali dove lavorano. Se non dovessero accettare i nostri emendamenti spero ci siano comunque dei margini per apportare quelle modifiche significative che a mio avviso migliorerebbero il testo. Di Virgilio si è dichiarato disponibile ad accettare qualunque emendamento purché migliorativo, lo aveva detto anche in occasione del testamento biologico e poi ha fatto diversamente. Per quanto sia una bravissima persona, dal punto di vista politico è poco affidabile. (S.S.)

## MEDICINA DIFENSIVA

## LA SOLUZIONE È NEL CAMBIAMENTO DELLE POLITICHE AZIENDALI

Antonio Delvino



**D**i recente Ivan Cavicchi ha denunciato la "contrazione dei diritti" dei cittadini in ambito assistenziale, sottolineando il peso economico della "medicina difensiva" e l'assenza di attenzione da parte dei programmatori sanitari, sia di livello nazionale che regionale, sullo spreco di risorse che tale atteggiamento determina. Ha poi concluso richiedendo un cambiamento del modello di ospedale, basato sull'umanizzazione dell'assistenza, senza peraltro precisare, forse per esigenze di spazio, quali caratteristiche propone per tale nuovo modello. Le parole di Cavicchi mi sono tornate in mente durante il recente convegno "La professione medica tra deontologia e codici" che l'Anao Assomed ha organizzato a Roma ponendo a confronto le opinioni di medici, magistrati, amministratori, parlamentari ed esperti di deontologia. È vero che la medicina difensiva comporta costi evitabili, ma è altrettanto vero che senza un'azione congiunta di amministratori, giudici e decisori politici la medicina difensiva, in Italia, è praticamente inevitabile. La medicina difensiva viene addebitata al medico come se fosse il risultato di un atteggiamento sprezzante nei confronti dei conti pubblici e non la quasi necessaria reazione alle mutate condizioni in cui i medici sono costretti ad operare. Come ha avuto modo di precisare il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco, è indispensabile un cambiamento legislativo che ribadisca l'autonomia del medico al di sopra di ogni altra esigenza, ma nel frattempo provo ad elencare le iniziative che le direzioni aziendali potrebbero mettere in campo per aiutare i medici ad operare senza l'as-

sillo della denuncia e pertanto senza la tentazione di richiedere esami e consulenze non propriamente necessari:

- Innanzitutto potrebbero garantire organici adeguati che permetterebbero agli operatori di agire con calma, dedicando il tempo necessario alla comunicazione con il paziente e per il paziente, componente essenziale per stipulare un "patto di alleanza" che è alla base di un rapporto chiaro e non pregiudizialmente conflittuale.
- Potrebbero favorire l'elaborazione, l'adozione e il costante aggiornamento di linee-guida di qualità, ben adeguate al contesto in cui si opera, rese oggetto di informazione periodica alle associazioni dei cittadini e a tutti gli altri soggetti, non esclusi i magistrati, che intervengono a tutela della salute pubblica.
- Potrebbero smettere di avere un atteggiamento inquisitorio ogni qualvolta un articolo di giornale lasci intendere, spesso in maniera volutamente allarmistica, che c'è stato un disservizio o un errore, intervenendo con messaggi tranquillizzanti fino a dimostrazione contraria.
- Potrebbero evitare di por-

re degli obiettivi di budget costruiti su una logica economicistica ed avulsi dalle esigenze di buona assistenza, iniziando a "contrattare", visto che prevalentemente tali obiettivi vengono imposti dall'alto.

- Potrebbero premiare le buone pratiche, anche con incentivi economici, favorendo, anche a discapito delle "ore effettive di assistenza", l'effettuazione di audit clinici e di incontri di Morbilità e Mortalità, tenuti correttamente in maniera riservata perché possano produrre il massimo effetto formativo su medici ed infermieri.
- Potrebbero abbandonare la pericolosa strada, percorsa in alcune realtà, di rinunciare ad assicurare per la responsabilità civile gli operatori, per evitare che qualunque risarcimento, anche quello in cui neppure lontanamente si può individuare una responsabilità per i medici, debba poi essere comunicato alla Corte dei Conti, considerato che in ogni caso determina un esborso per la pubblica amministrazione.
- Potrebbero favorire una formazione continua coerente con le iniziative proposte privilegiando le tec-

niche della comunicazione, la gestione delle situazioni di crisi, i rapporti con i mass-media.

Si tratta di iniziative prevalentemente non impegnative sul piano economico, ma che assumerebbero il carattere dell'investimento, atteso che porterebbero ad un progressivo minor ricorso alla medicina difensiva con un conse-

guente ritorno economico che, come dice Ivan Cavicchi, sarebbe certamente molto significativo.

È però ormai chiaro che il sistema va rivisto: se il Governo non riuscirà, magari combattendo la vergognosa evasione fiscale che caratterizza il nostro Paese, a destinare maggiori risorse economiche alla sanità, vanno attuate, nel più breve tempo possibile, quelle iniziative di razionalizzazione della rete ospedaliera che devono precedere il cambiamento delle modalità con cui erogare l'assistenza in ospedale e nel territorio; e di questo ritardo sono esclusivamente responsabili i politici incapaci di resistere alle sirene del consenso ad ogni costo. Rimango convinto che, più ancora della medicina difensiva, proprio una rete ospedaliera mal progettata sia il più formidabile produttore di costi evitabili in Sanità.

## news // news // news // news

**RAPPORTO OSMED 2010: NEI CONSUMI DEI FARMACI VINCONO ANCORA CUORE E TUMORI**

La categoria di medicinali più utilizzata nel nostro Paese continua ad essere quella dei farmaci cardiovascolari. Mentre per quanto riguarda il consumo ospedaliero, il primato va agli antitumorali. È quanto emerso dal Rapporto Osmed 2010 che non presenta quindi novità sostanziali rispetto agli anni precedenti. Infatti, anche in questa edizione - come ha ricordato Roberto Raschetti coordinatore del Gruppo di lavoro Osmed che dal 2000 a oggi fornisce

indicazioni preziose agli organismi regolatori nazionali e regionali - c'è una conferma della sostanziale stabilità dell'andamento della spesa farmaceutica nazionale in costante crescita. Ma anche una conferma di come questo andamento sia connotato, come è avvenuto negli ultimi dieci anni, da una forte variabilità regionale. Ma veniamo ai numeri cominciando con quelli relativi al mercato farmaceutico totale (prescrizione territoriale ed erogazione di medicinali attraverso strutture pubbliche come Asl, aziende ospedaliere, Policlinici universitari ecc.)

## HA DEBUTTATO A FERRARA IL MOVIMENTO SLOW MEDICINE ANAAO: "SIAMO DALLA VOSTRA PARTE"



### Sobria Rispettosa Giusta

**S**obrietà, agendo con moderazione, gradualità, essenzialità e utilizzando in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili. Ancora, rispetto, ascolto, capacità di comunicare perché valori, aspettative e desideri delle persone sono diversi e inviolabili. Fermarsi a pensare, perché una medicina sempre più tecnologica e che deve rispondere a regole di budget, dove conta fare in fretta e soprattutto fare tutto ciò che è possibile, senza mai arrendersi anche all'inevitabile non è detto che produca qualità. Perché fare di più non vuol dire fare meglio. Sono questi i pilastri del neonato movimento Slow Medicine, formato da medici, che ha debuttato ufficialmente a Ferrara e al quale l'Anaa ha indirizzato una lettera di apprezzamento. "Da tempo - scrive l'Anaa - sosteniamo che il "tempo" negli ospedali è diventata la risorsa più preziosa, minacciata da leggi, decreti, sotto-finanziamento, burocrazia asfissiante, budget condotti in ma-

niera fuorviante, blocchi di turnover, miopia gestionale a più livelli. Per tale motivo apprezziamo la vostra iniziativa tesa a "provocare" riflessioni, catalizzare alleanze, fornire risposte a tutti coloro che pretendono, giustamente, che la qualità del nostro Ssn migliori in tutti i suoi aspetti qualificanti. Chiaramente escludiamo da questo novello "elogio della lentezza" tutti coloro che operano nel settore dell'emergenza e comunque con l'obbligo di agire con assoluta tempestività quando i secondi diventano importanti per salvare una vita, ma, e non sembra un paradosso, proprio predisponendo tutto perché si possa "agire con lentezza" si creano le premesse perché, in caso di assoluta urgenza, ci possa essere disponibilità di risorse professionali "pronte". La logica dell'efficienza è stata applicata in Sanità, negli ul-

timi anni, in maniera meccanicistica, e quindi semplicistica, ignorando la peculiarità di un settore in cui si raggiunge veramente l'efficacia solo se ogni singolo paziente viene trattato ottenendo la sua guarigione, o almeno il miglioramento della qualità della sua vita, e comunque la sua soddisfazione per l'intervento di cui ha beneficiato. Neanche il successo più clamoroso ottiene automaticamente la soddisfazione del paziente se, nel rispetto del "rapporto di agenzia", un medico non è stato in grado di:

- far comprendere le caratteristiche, attuali e potenziali,

della malattia;

- descrivere le modalità con cui intende operare, il vantaggio che intende ottenere ed i rischi connessi;
- accompagnare il paziente dandogli tutte le informazioni necessarie, creando un clima "empatico";
- descrivere i risultati ottenuti;
- approfondire gli aspetti di competenza etica.

Per essere efficaci, e quindi veramente efficienti, pertanto, è necessario disporre di molto tempo, di poter fare le cose "lentamente" come voi affermate. Con la forza dell'autorevolezza

scientifica e professionale che vi caratterizza, occorre far capire ai nostri interlocutori istituzionali che è ora di finirli con manager improvvisati che, rispondendo a condizionamenti politici, negano, con le loro decisioni, gli assunti basilari del rapporto medico-paziente, per garantire organici adeguati e formazione estesa agli aspetti della comunicazione efficace ed eticamente corretta, e premiare coloro che meglio operano, anche rinunciando coraggiosamente alle pratiche della "medicina difensiva", per ottenere la soddisfazione dei pazienti e delle loro famiglie. L'Anaa Assomed è dalla vostra parte, con tutto l'appoggio possibile, ospitando, se volete, le vostre idee e facendone oggetto di discussione, invitandovi come formatori ai Corsi per Medici che con la Fondazione Pietro Paci regolarmente organizza, per portare con forza le vostre e le nostre istanze negli ambienti in cui si decidono le sorti del Ssn".

WS //

che lo scorso anno ha superato la soglia dei 26 miliardi di euro. Di questi il 75% è stato a carico del Ssn. E, in pratica, ha visto spendere in media per ciascun cittadino di 434 euro. La spesa territoriale pubblica e privata è rimasta sostanzialmente stabile (la variazione è stata dello 0,1%) rispetto al 2009, mentre quella a carico del Ssn è cresciuta dello 0,4%. Restano invariate anche le differenze regionali rispetto al 2009: la spesa pubblica per farmaci della classe A più alta è stata infatti registrata in Calabria (268 euro procapite) contro quella della Provincia di Bolzano, risultata la più bassa con circa 153 euro pro capite

(in questo capitolo non si è tenuto conto della spesa per la distribuzione diretta o "per conto" che in alcune Regioni ha dimensioni rilevanti). La spesa privata per farmaci (di classe A acquistati privatamente, classe C e Otc) assomma a 6.068 milioni di euro. Ma anche qui la variabilità regionale è elevata: si va infatti dai 64 euro pro capite del Molise ai 123 euro della Liguria. In particolare il consumo medicinale di classe A è aumentato del 2,7% rispetto al 2009: per ogni mille abitanti sono state prescritte 952 dosi di farmaco giornaliero (DDD); attraverso il sistema delle farmacie pubbliche e private sul territorio nel 2010 sono stati

acquistati 1,8 miliardi di confezioni, cioè 30 confezioni per cittadino. Un'ulteriore conferma delle rilevazioni Osmed degli anni precedenti viene anche dalle rilevazioni sui medicinali più "gettonati". In assoluto sono ancora una volta quelli per il sistema cardiovascolare che con oltre 5 miliardi di euro (il 35,9% della spesa) si assicurano il primato (la spesa è coperta dal Ssn per circa il 93% suddiviso tra il 90,5% della spesa Ssn territoriale e il 2,6% di quella ospedaliera). Seguono poi i farmaci gastrointestinali (12,9% della spesa), quelli del sistema nervoso centrale (12,7%), e gli antineoplastici. Questi farmaci costituiscono il

12,6% della spesa e detengono il primato per quanto riguarda la spesa farmaceutica ospedaliera. Vengono infatti erogati esclusivamente a carico del Ssn e prevalentemente attraverso le strutture pubbliche. Il primato della spesa privata ce l'hanno i farmaci dermatologici (88%), seguiti da quelli del sistema genito-urinario ed ormoni sessuali (57%) e da quelli per l'apparato muscolo-scheletrico (52%). Per quanto riguarda gli utilizzatori dei farmaci, costituiscono il 76% della popolazione: i dati hanno anche permesso la suddivisione tra uomini (70%)

e donne (81%). Non ne sono esenti i bambini: 8 bambini su 10, infatti, ricevono almeno una prescrizione all'anno (antibiotici e antiasmatici soprattutto). Gli anziani costituiscono un capitolo a parte: la predisposizione alle malattie croniche li porta a un uso di farmaci vicino al 100%. Infine, per un assistito di età superiore ai 75 anni si ha una spesa media 13 volte superiore a quella di un cittadino tra i 25 e i 34 anni. In ogni caso va sottolineato come gli over 65 assorbono il 60% dell'intera spesa e delle DDD, mentre la popolazione sotto i 14 anni, pur ricevendo molte prescrizioni, fa registrare appena il 3% delle DDD e della spesa.



Fédération Européenne des Médecins Salariés  
European Federation of Salaried Doctors

# CONVEGNO FEMS-ANAAO

## LE CONDIZIONI DI LAVORO DEL MEDICO IN EUROPA

**CATANIA**

**29 SETTEMBRE 2011**

PALAZZO DELLA CULTURA,  
VIA VITTORIO EMANUELE 121



### FEMS

Federazione Europea  
dei Medici Salariati  
info@fems.net  
www.fems.net

### ANAAO ASSOMED

Associazione  
Medici Dirigenti  
segreteria.nazionale@anaao.it  
www.anaao.it

### 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@anaao.it  
www.anaao.it

Direttore  
Costantino Troise

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

Coordinamento  
redazionale  
Ester Maragò

Progetto grafico  
e impaginazione:  
Daniele Lucia  
Barbara Rizzuti

Periodico Associato



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 D.Lgs. 196/2003

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di luglio 2011