

PATTO PER LA SALUTE

Ecco la "PIATTAFORMA"

DELLE REGIONI



Qualità dei servizi e appropriatezza delle prestazioni, e anche nuove regole per i piani di rientro. Queste alcune delle coordinate dettate dalle Regioni per iniziare il confronto serrato con il Governo sul nuovo Patto della Salute. Ma per le Regioni servono anche nuove risorse

Cure primarie con lo sviluppo di forme associative complesse; sviluppo delle reti che permettano una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza; una forte integrazione con il sistema socio-sanitario; nuove regole per i piani di rientro delle Regioni in disavanzo per assicurarne l'efficacia dal punto di vista della qualità dei servizi e del governo della spesa; la garanzia di investimenti adeguati per poter sostenere le innovazioni e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie pubbliche. Sono queste le cinque linee di indirizzo definite dalla Conferenza delle Regioni sul nuovo Patto per la Salute 2013-2015.

Una "piattaforma" sulla quale iniziare un confronto di merito con il Governo. Tenendo però ben presente che occorrerà garantire "un adeguato finanziamento per assicurare la sostenibilità dell'attuale sistema pubblico, pregiudicato dalle ultime manovre finanziarie".

"Abbiamo definito le linee di indirizzo – ha spiegato il presidente delle Regioni Vasco Errani – e siamo pronti a un confronto di merito. C'è un pieno consenso di tutte le Regioni sui punti che abbiamo definito. Il confronto ora evolverà anche sulla base della discussione che avremo con il Governo".

Dobbiamo continuare a promuovere un processo di innovazione, ha aggiunto Errani illustrando le Linee di indirizzo stilate dalle Regioni "non dimenticando mai che i nostri riferimenti sono: la qualità dei servizi di un sistema universalistico, com'è quello italiano, e l'appropriatezza delle prestazioni legate ai Lea".

Ma per le Regioni, al fine di assicurare tutto questo serve un adeguato finanziamento del Fondo nazionale. "Non è una novità, che il nostro giudizio sulle manovre che si sono susseguite dallo scorso anno ad oggi, è che queste non consentono di raggiungere pienamente questi obiettivi". I temi sui quali Regioni e Governo devono confrontarsi so-

no "la qualità delle prestazioni, la riorganizzazione e l'innovazione del sistema e la responsabilità delle Regioni nell'assicurare il governo della spesa". Ma per Errani sarà in ogni caso necessario "inserire anche per i Piani di rientro nuove regole che siano in grado di dare risposte sulla qualità dei servizi e sul rientro della spesa".

"Siamo pronti ad assumerci le nostre responsabilità – ha specificato il presidente delle Regioni – è chiaro che questo è

un lavoro che si fa insieme. In un Patto ci sono due contraenti, non ci possono quindi essere soluzioni unilaterali. Il nostro sistema ha però bisogno d'investimenti che bisogna rilanciare per sostenere la riorganizzazione e l'innovazione".

Non parla però di cifre: "Vogliamo confrontarci con il Governo sul merito, in relazione ai Lea e a un loro corrispondente finanziamento. Oggi non ha senso parlare di numeri".

Errani ha anche detto la sua sul tema dei ticket: "Occorre prima di tutto capire quali sono le intenzioni del Governo. Il tema del co-payment va affrontato su un piano nazionale avendo ben chiaro il problema dell'equità. Servono quindi strumenti intelligenti che vadano oltre la dichiarazione dei redditi, che tengano conto della numerosità delle famiglie, e che assicurino prima di tutto l'appropriatezza e l'equità, senza far cassa".

I cinque punti cardine delle Regioni

- 1** Cure primarie con lo sviluppo di forme associative complesse.
- 2** Sviluppo delle reti che permettano una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non-autosufficienza.
- 3** Forte integrazione con il sistema socio-sanitario.
- 4** Nuove regole per i piani di rientro delle Regioni in disavanzo per assicurarne l'efficacia dal punto di vista della qualità dei servizi e del governo della spesa.
- 5** Garanzia di investimenti adeguati per poter sostenere le innovazioni e l'ammodernamento tecnologico delle strutture sanitarie pubbliche.

CONFERENZA ORGANIZZATIVA 2012 Torino 19-20 gennaio

PER UN SINDACATO SEMPRE PIÙ FORTE

LA MOZIONE FINALE APPROVATA ALLA CONFERENZA ORGANIZZATIVA

La Conferenza Organizzativa Anaao Assomed riunita a Torino il 19 e 20 gennaio 2012 approva la relazione del Segretario Nazionale e ne condivide l'analisi ed i contenuti.

I provvedimenti economici già approvati e la prevista riduzione del finanziamento alla sanità di 7,5 mld nel 2013-2014, che complessivamente ammontano ad un taglio finanziario di 17 mld di euro hanno profondamente colpito funzioni e servizi del Ssn e hanno fissato limiti e restrizioni al diritto alla salute dei cittadini.

In un Ssn sempre più frammentato e sperequato tra le diverse realtà regionali e territoriali, le condizioni di lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari del Ssn sono diventate sempre più gravose con un inevitabile incremento del rischio clinico. Al deteriorarsi delle condizioni di lavoro contribuiscono in maniera determinante l'impovertimento delle dotazioni organiche, conseguenza del blocco del turn-over, ed i processi di riorganizzazione della rete ospedaliera, che non essendo sufficientemente accompagnate da un efficace ed omogenea riorganizzazione dei servizi territoriali, trasforma gli ospedali

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

Revisione del percorso formativo.

Realizzazione della tutela sociale della maternità.

Limitazione dei contratti atipici. Sono questi solo alcuni punti sui quali la Conferenza Organizzativa dell'Anaao Assomed riunitasi a Torino chiede agli organismi statuari di promuovere iniziative sindacali

dali nell'ultima trincea a difesa della salute dei cittadini.

Per ovviare alle sempre più vistose falle del sistema i medici ed i dirigenti sanitari sono costretti a lavorare anche in ospedali "non sicuri" e vedono moltiplicarsi le ore eccedenti il normale orario di lavoro, il più delle volte non retribuite. Per tali motivi si impone la non più rinviabile definizione di standard organizzativi che fissino principi e modalità operative a salvaguardia della sicurezza e qualità delle cure e dei corretti procedimenti clinico assistenziali.

Questi stessi processi di riorganizzazione, insieme alle leggi che in questi anni hanno modificato importanti istituti normativi del dipendente pubblico, hanno ridimensionato il ruolo della dirigenza medica e sanitaria, rendendo sempre più inconciliabile il binomio dipendente-dirigente.

Sono quindi necessarie inizia-

tive politiche legislative che possano ridefinire il ruolo dei medici e dei sanitari salvaguardando la loro centralità nel sistema sanitario e la loro autonomia professionale.

La Conferenza Organizzativa chiede agli organismi statuari di promuovere iniziative sindacali ad ogni livello e con ogni mezzo, senza escludere momenti di conflitto:

- per la piena e completa applicazione dei contratti nazionali e per l'avvio e la conclusione della contrattazione integrativa aziendale;

- per la pronta ripresa della contrattazione collettiva nazionale;

- per la difesa di tutti quei colleghi ancora relegati in un "perenne" precariato privati di diritti e prospettive, costretti ad una professione di serie B;

- per il rispetto dell'orario di lavoro sancito dai contratti;

- per la revisione delle modalità di ingresso e di uscita dal Ssn nel rispetto delle peculiarità di lavoro dei dirigenti medici e sanitari;

- per la difesa della carriera

salvaguardando la progressione delle funzioni dirigenziali;

- per la revisione del percorso formativo che veda riconosciuto l'imprescindibile ruolo formativo-professionale del Ssn;

- per la realizzazione della tutela sociale della maternità attraverso l'obbligo di sostituzione della maternità;

- limitare l'uso dei contratti atipici, molti dei quali inconciliabili con gli obblighi assistenziali.

La Conferenza Organizzativa rinnova il suo impegno per un sindacato aperto alle istanze della professione, capace di interpretare i bisogni della categoria, pronta a mobilitare ogni energia per la realizzazione dei propri diritti, e si impegna per il successo della Campagna di iscrizioni per rendere l'Anaao Assomed sempre più forte a difesa di interessi ed aspettative delle categorie.

In un Ssn sempre più frammentato e sperequato tra le diverse realtà regionali e territoriali, le condizioni di lavoro dei medici e dei dirigenti sanitari del Ssn sono diventate sempre più gravose con un inevitabile incremento del rischio clinico



Libera professione INTRAMOENIA

LPI UN VALORE AGGIUNTO, ANCHE ECONOMICO

La libera professione intramoenia (Lpi) dei medici e dirigenti sanitari dipendenti del Ssn come un fiume carsico periodicamente torna alla ribalta, sempre, però, in una accezione negativa che alimenta la richiesta di limitare, o vietare del tutto, tale attività. L'argomento, giuridicamente complesso e variegato sotto il profilo organizzativo, coinvolgendo diritti degli utenti e dei professionisti, andrebbe affrontato con cautela evitando anche titoli fuorvianti, quale può apparire quello del numero 1 de "Il Sole 24 ore Sanità" ("Intramoenia, briciole al Ssn").

I dati economici presentati mettono insieme diverse possibilità organizzative della Lpi che soggiacciono a regole, modelli organizzativi e contenuti economici differenziati. Anche per realtà regionali. Per dirla in gergo popolare, si mischiano le classiche pere con le mele, cui, per giunta, si aggiungono i mandarini.

La prima tipologia di Lpi da considerare è quella "pura", svolta all'interno delle strutture aziendali. Le quote a favore delle aziende sanitarie, che sono tenute per norma di legge a coprire con esse tutti i costi sostenuti, sono, in media, pari a circa il 30% per la semplice visita sulla tariffa pagata dal cittadino, il 40% per la diagnostica "leggera" (ecografia) arrivando al 50% per la diagnostica pesante (Tac, Rmn), almeno in Regioni come la Toscana, l'Emilia Romagna, la Liguria. In tutta evidenza, non si tratta esattamente di briciole.

L'altra forma di attività Lpi è quella cosiddetta "allargata", sviluppata soprattutto nelle Regioni meridionali per la



Sulla Lpi, si è detto di tutto di più, spesso con accezioni negative. Occorre quindi fare chiarezza anche perché chi vuol impedire ai medici e ai dirigenti sanitari del Ssn l'esercizio della Lpi in realtà intende consegnare questa attività al privato, per spostare consistenti risorse al di fuori del sistema sanitario pubblico

➔ **Costantino Troise** - Segretario Nazionale Anaa Assomed
Carlo Palermo - Coordinatore dei Segretari Regionali Anaa Assomed

mancanza di adeguate strutture aziendali, in cui i costi aziendali sono limitati alle procedure amministrative, non implicando spazi né attrezzature i cui oneri economici rimangono in carico al professionista. La trattenuta

sulla tariffa pagata dal cittadino è in media intorno al 10%.

L'ultima tipologia di attività Lpi è quella chiesta dall'azienda per le proprie esigenze, particolarmente sviluppata nelle condizioni di carenza di

medici per il blocco delle assunzioni o di liste di attesa eccessivamente lunghe. Le aziende pagano a prezzi calmierati ore di lavoro aggiuntivo da parte dei propri dipendenti incassando i proventi dei ticket. Questo flusso eco-

nomico, però, non risulta nei dati presentati pur potendo ammontare a decine se non centinaia di milioni di euro e il saldo tra ricavi e quanto corrisposto al personale appare negativo, come accade in Lombardia, Lazio, Molise e

Umbria, influenzando certamente il dato totale.

Le aziende, quindi, hanno la possibilità di mettere le mani su apprezzabili partite economiche, rappresentando la Lpi uno dei pochi flussi di denaro "fresco" intercettato dalle loro esangui casse invece di andare ad alimentare il settore privato. Nel 2009 la quota a favore delle aziende sanitarie è stata di circa 160 milioni di euro, calata nel 2010 a 74 milioni, che rappresentano comunque un utile.

Meglio farne a meno? Si pensi che la regione Toscana ha deciso di caricare una quota parte (19 milioni di euro per anno sui 60 previsti) del ticket relativo alla specialistica previsto dalla "manovra Tremonti" proprio sui cittadini che accedono alla Lpi. E non si dimentichi che i professionisti, sul miliardo circa di euro incassato, che non esisterebbe senza il loro lavoro prestato al di fuori dell'orario di servizio, pagano più di 400 milioni di tasse allo Stato.

Non appare peregrino, però, interrogarsi sulle ragioni di questo calo di proventi aziendali, che probabilmente riconosce diverse cause, la prima delle quali è una cattiva gestione dell'istituto ancora vissuto in molte realtà regionali come "favore" dovuto (?) ai medici e non come attività ordinaria di interesse delle aziende.

Si stenta a comprendere che la Lpi rappresenta un valore aggiunto, anche economico, per le Aziende permettendo ai cittadini di acquisire prestazioni diagnostiche e terapeutiche garantite dal Ssn e contribuendo a contenere le liste d'attesa attraverso il lavoro aggiuntivo dei professionisti, a costi calmierati ma a recupero fiscale certo. Pesano sospetti di interferenza tra attività istituzionale e Lpi, che però in regime ambulatoriale rappresenta meno dell'8% della prima ed in regime di ricovero meno dell'1%, percentuali lontane dal 100% dei volumi prestazionali

li istituzionali consentiti.

Chi vuol impedire ai medici ed ai dirigenti sanitari del Ssn l'esercizio della libera professione vuole in realtà regalare questa attività al privato, allocando consistenti risorse al

di fuori del sistema sanitario pubblico, contribuendo ad un suo impoverimento così da identificare il Ssn come luogo di tutela della salute per i poveri. Negando, inoltre, ai medici ospedalieri il diritto di

mettere la propria competenza professionale a disposizione dei pazienti che decidono liberamente di scegliere il professionista di fiducia in un momento difficile della propria esistenza.

Le aziende hanno la possibilità di mettere le mani su apprezzabili partite economiche

La relazione del ministero della Salute al Parlamento

Intramoenia. Aumentano gli utili delle Asl: +9,1

La contrazione dei costi dal 2008 al 2009 ha permesso alle Aziende di guadagnare sempre più dalla libera professione intramuraria. Al personale sanitario resta in tasca l'86% dei ricavi. Cesarei e interventi della tiroide i più gettonati. Ecco la Relazione che la Salute ha trasmesso al Parlamento

a cura di Ester Maragò

Diminuiscono i ricavi per il Ssn legati all'intramoenia, passati da 1,264.776 miliardi del 2009 a 1,226.758 del 2010. Ma aumentano i saldi. Dal 2008 al 2009, infatti, si registra un decremento dei costi dello 0,6% che, seppur associata ad un incremento lieve dei ricavi (+0,5%), ha permesso un considerevole aumento degli utili (+9,1% circa), passati da 148.991.000 a 162.476.000. E la tendenza sembra confermata per il 2010. In base ai dati disponibili relativi al quarto trimestre, infatti, a fronte della diminuzione del 3% dei ricavi (da 1,264.776 miliardi a 1,226.758) si registra un saldo positivo del 5,7% (da 162,476 milioni a 171,744 milioni), proprio grazie a un contenimento del 4,2% dei costi sostenuti dalle aziende per le prestazioni in regime intramurario, scesi da 1,102 miliardi a 1,055). A conti fatti, dunque, il 14% dei soldi che entrano nell'azienda per la libera attività intramuraria restano alla stessa. L'86% va a personale sanitario che ha erogato la prestazione.

È quanto emerge dalla Relazione al Parlamento presentata dal ministro della

Salute, Renato Balduzzi, e relativa all'anno 2009 e ai dati provvisori per il 2010. Emilia Romagna, Toscana e Veneto sono le tre Regioni che più incassano dall'Intramoenia, rispettivamente con 29,5 milioni, 28,4 milioni e 19,6 milioni di euro. I saldi inferiori si registrano invece in Basilicata (173), Valle D'Aosta 256 e Molise (870). L'analisi dei dati permette di evidenziare come le Regioni del Centro-Nord facciano registrare un volume di ricavi per prestazioni in in-

tramoenia maggiore, mentre la spesa pro-capite nelle Regioni meridionali ed insulari è generalmente piuttosto esigua. Infatti, in Regioni come Toscana, Emilia-Romagna, Piemonte, Valle d'Aosta e Lombardia corrisponde una spesa pro-capite nettamente superiore alla media nazionale di 21,1 euro/anno (sono sopra la media anche Lazio, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria e Marche), mentre in tutte le Regioni meridionali ed insulari si registra

una spesa pro-capite inferiore alla media nazionale. In particolare, poi, il valore corrispondente alle Regioni Calabria, Basilicata, Campania, Sicilia, Sardegna e Molise non raggiunge neanche quota 11 euro/anno (pari a circa la metà della media nazionale).

Approfondendo l'analisi per tipologia di ricavi, relativamente all'area ospedaliera, valori superiori alla media nazionale (pari a 5,9 euro/anno pro-capite) si regi-

segue a pag. 6 ➔

Legge 120/2007: applicata solo a metà. Solo poche Regioni effettuano attività di controllo

Segna ancora il passo l'applicazione della legge 120 del 2007 che regola l'intramoenia. Secondo il rapporto dell'Osservatorio nazionale le norme sono state attuate solo parzialmente, in particolar modo quelle relative allo svolgimento di attività di controllo sul progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale, ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione. Soltanto in 10 Regioni più del 90% delle Aziende effettuano questa attività

INTERVENTI DI RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA (Art. 1, commi 1 e 2, Legge n. 120/2007)

Sotto la lente sono finite unicamente le 16 Regioni e Province che hanno presen-

tato il programma per realizzare spazi ad hoc per l'attività intramuraria (ex art. 20, legge n. 67/1988 - D.Lgs. 254/2000). Solo l'Umbria ha portato a termine il 100% degli interventi di ristrutturazione edili-

segue a pag. 6 ➔

segue da pag. 5

Intramoenia. Aumentano gli utili delle Asl: +9,1

strano in Lombardia (12,8 euro/anno), Abruzzo (10,8 euro/anno), Toscana (10,6 euro/anno), Valle d'Aosta (9,1 euro/anno), Piemonte (8,6 euro/anno), Emilia-Romagna (7,3 euro/anno) e Liguria (6,4 euro/anno). La graduatoria stilata per l'area delle prestazioni specialistiche, invece, vede ai primi posti Emilia-Romagna (25,0 euro/anno), Toscana (24,1 euro/anno), Marche (20,0 euro/anno), Veneto (18,0 euro/anno), P.A. Trento (17,7 euro/anno), Valle d'Aosta (16,7 euro/anno), Friuli Venezia Giulia (16,3 euro/anno), Piemonte (15,8 euro/anno) e Lazio (13,6 euro/anno), il tutto a fronte di una media nazionale di 12,4 euro/anno pro-capite. Per quanto riguarda i ricoveri, quelli effettuati in regime di intramoenia di concentrano in particolare su cinque Regioni: Campania (19,2%), Lazio (17,8%), Lombardia (16,4%), Emilia-Romagna (10,6%) e Toscana (10,4%). "Tuttavia - si legge nella relazione - per ottenere un'informazione più precisa, è indispensabile normalizzare il dato rapportando i ricoveri effettuati in Alpi con il totale dei dimessi per Regione". Emerge qui che, se resta invariata la situazione per Campania, Lazio, Toscana ed Emilia-Romagna, tuttavia il dato della Lombardia si rivela perfettamente in linea con quello medio nazionale (0,5%). Viceversa, la Regione Piemonte ha una quota di dimessi Alpi superiore alla media nazionale (Cfr. tabelle). Quanto ai Drg che più frequentemente risultano associati ad un ricovero effettuato in attività libero professionale intramuraria si tratta soprattutto di parti con taglio cesareo senza complicanze (2,4%), seguiti dagli interventi sulla tiroide (2,2) e da quelli su intestino crasso e tenue senza complicanze (1,6).

Legge 120/2007: applicata solo a metà. Solo poche Regioni effettuano attività di controllo

segue da pag. 5

zia finanziati. In quattro regioni non è stato ancora collaudato alcun intervento di ristrutturazione di quelli autorizzati dal Ministero: Abruzzo (0 su 14), Campania (0/10), Puglia (0/37), P.A. Trento (0/11). In altre quattro Regioni meno del 50% degli interventi autorizzati è stato collaudato: Lazio (17 su 49), Lombardia (15/37), Sardegna (4/11), Veneto (17/39). Sono invece cinque le regioni nelle quali oltre il 50% degli interventi è già stato sottoposto a collaudo: Emilia Romagna (45/69), Liguria (19/22), Marche (19/38), Piemonte (21/38), Toscana (23/27). Non hanno presentato alcun programma di investimenti cinque regioni: Calabria, Friuli Venezia Giulia, Molise, Sicilia, Bolzano. Mentre la Valle d'Aosta non ha attivato alcun programma di investimenti. Non valutabile la Basilicata. In ogni modo, sottolinea la Relazione, le Regioni hanno migliorato le loro performance: il numero di quelle che hanno collaudato interventi di ristrutturazione pari o superiore al 50% sono passate da 3 del 2009 a 5 del 2010.

ACCORDO CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI (Art. 1, comma 2)

Nessun passo in avanti rispetto alla precedente rilevazione (2008 - 2009) per quanto riguarda le Regioni che in accordo con i sindacati hanno individuato le misure per assicurare il passaggio al regime ordinario dell'Alpi. Le misure sono state applicate in tredici regioni: Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, P.A. Trento. Nulla è stato fatto in Abruzzo, Calabria, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia, P.A. Bolzano. Non valutabile il Friuli Venezia Giulia in quanto in gran parte delle realtà regionali la libera professione è sempre stata svolta negli spazi aziendali.

ACQUISIZIONE SPAZI AMBULATORIALI ESTERNI (Art. 1, comma 4)

È aumentato il numero delle realtà locali che hanno manifestato la necessità di acquisire spazi ambulatoriali esterni: da 14 del 2009 a 15 del 2010. Sono stati acquisiti in: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto. Non hanno fatto ricorso a spazi esterni: Molise, Puglia, Umbria, Valle d'Aosta, e le provincie di Bolzano, e Trento.

TEMPI DI ATTESA (Art. 1, comma 4)

Sono 17 le Regioni (erano 16 nel 2009) in cui tutte le aziende hanno attivato un monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate

nell'ambito dell'attività istituzionale: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Bolzano, e Trento.

In tre regioni invece solo una parte delle aziende si è mossa: Calabria (8 aziende su 10), Piemonte (18 su 21), Sicilia (16 su 18). Incompleto il dato comunicato del Lazio. Trend in miglioramento per quanto riguarda l'attivazione dei meccanismi per ridurre i tempi massimi di attesa. È aumentato il numero delle Regioni che lo hanno attivato: da 15 nelle precedenti rilevazioni a 17 nell'attuale monitoraggio (2010). Le Regioni in cui tutte le aziende hanno raggiunto l'obiettivo sono: Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, Bolzano e Trento. Invece in solo tre Regioni hanno attivato meccanismi di riduzione dei tempi massimi d'attesa: Calabria (8/10), Sardegna (11/12), Sicilia (14/18). Incompleto il dato del Lazio.

Sono invece dieci le Regioni in cui tutte le aziende svolgono attività di controllo per il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni istituzionali ai tempi medi di quelle rese in Alpi (Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Toscana, Umbria, P.A. Bolzano, P.A. Trento). Meccanismo attivato solo in alcune aziende di nove Regioni: Abruzzo (3 aziende su 4), Calabria (5/10), Campania (6/17), Emilia Romagna (13/17), Liguria (7/10), Piemonte (9/21), Sardegna (5/12), Sicilia (9/18), Veneto (11/24). Nulla è stato fatto in Valle d'Aosta. Non è completo il dato del Lazio. Diminuisce il numero delle Regioni - da 15 del 2009 a 12 del 2010 - in cui tutte le aziende garantiscono, nell'ambito dell'attività istituzionale, l'erogazione delle prestazioni differibili entro 72H dalla richiesta. In Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Bolzano e Trento tutte le aziende la garantiscono. Solo una parte delle aziende la garantiscono in Abruzzo (2/4), Calabria (9/10), Campania (11/17), Emilia Romagna (6/17), Sardegna (9/12), Sicilia (15/18), Veneto (22/24). Nessuna azienda la garantisce in Molise.

CONFLITTO DI INTERESSI - CONCORRENZA SLEALE (Art. 1, comma 4)

In otto regioni (Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Sicilia, Veneto, Bolzano, Trento) non sono state adottate misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale. Hanno applicato le misure 12 regioni (Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta). Solo in 7 Regioni tutte le aziende hanno adottato misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale (Lombardia, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto, P.A. Trento).

GOVERNO AZIENDALE DELLA LIBERA PROFESSIONE (Art. 1, comma 4)

È diminuito il numero delle Regioni in cui tutte le aziende hanno costituito il Collegio di direzione o la Commissione paritetica di sanitari: da 15 del 2009 a 14 del 2010. Si sono attivate: Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Bolzano, Trento. In sei regioni parte delle aziende li hanno costituiti (Abruzzo (3 aziende su 4), Calabria (8/10), Lombardia (46/48), Sardegna (7/12), Sicilia (14/18), Veneto (23/24). Nel Lazio solo 19 aziende hanno comunicato i dati.

C'è stata anche una diminuzione del numero delle realtà (da 9 del 2009 a 7 del 2010) in cui tutte le aziende hanno attivato il servizio di prenotazione delle prestazioni affidato a personale aziendale, o comunque dall'azienda destinato a questo scopo ed eseguito in sede o tempi diversi rispetto a quelli istituzionali. Hanno attivato questo servizio: Basilicata, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, P.A. Bolzano, P.A. Trento. Parte delle aziende lo hanno lo at-

Tabella 1 - Distribuzione dei dimessi in regime ordinario in libera professione

Anno 2009

REGIONI	Dimessi in convenzione con libera professione con o senza differenza alberghiera	% Dimessi in ALPI
Piemonte	3.022	0,0%
Valle d'Aosta	48	0,1%
Lombardia	6.263	16,4%
P.A. Bolzano	1	0,0%
P.A. Trento	22	0,1%
Veneto	1.678	4,0%
Friuli V.G.	50	1,3%
Liguria	167	1,0%
Emilia Romagna	4.039	10,8%
Toscana	3.947	10,4%
Umbria	157	0,4%
Marche	262	0,7%
Lazio	6.703	17,0%
Abruzzo	226	0,6%
Molise	16	0,0%
Campania	7.524	19,2%
Puglia	642	1,7%
Basilicata	3	0,0%
Calabria	22	0,1%
Sicilia	2.243	5,6%
Sardegna	22	0,1%
Totale	38.089	100,0%

Fonte: Rapporto SDO 2009, Ministero della Salute

tivato in Abruzzo (3/4), Calabria (5/10), Campania (12/17), Emilia Romagna (15/17), Friuli Venezia Giulia (10/11) Liguria (6/10), Lombardia (44/48), Piemonte (16/21), Sardegna (6/12), Sicilia (11/18), Veneto (23/24). Nessuna azienda ha attivato il servizio di prenotazione delle prestazioni in Molise, Valle d'Aosta. Incompleto il dato del Lazio.

Nessun passo in avanti rispetto al 2009 per quanto riguarda la riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità delle aziende. Viene garantita in tutte le aziende di 11 regioni: Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Molise, Toscana, Umbria, Veneto, P.A. Bolzano, P.A. Trento. In otto regioni solo parte delle strutture la garantisce: Calabria (6/10), Campania (12/17), Emilia Romagna (14/17), Liguria (9/10), Piemonte (18/21), Puglia (9/10), Sardegna (10/12), Sicilia (16/18). Non è garantita in Valle d'Aosta. Incompleto il dato del Lazio.

Si riduce il numero delle Regioni in cui tutte le aziende garantiscono un tariffario in accordo con i professionisti: da 11 del 2009 sono passate a 9 del 2010. In ben dieci Regioni solo una parte delle aziende hanno deliberato un tariffario in accordo con i professionisti: Abruzzo (3/4), Calabria (6/10), Campania (12/17), Emilia Romagna (12/17), Liguria (7/10), Lombardia (43/48), Piemonte (18/21), Sicilia (12/18), Toscana (12/16), Veneto (22/24). Nove Regioni invece hanno un tariffario: Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta, Bolzano, Trento. In cui nessuna azienda del Molise è stato ha deliberato. Il dato del Lazio non è completo.

PIANI AZIENDALI

(Art. 1, commi 5 e 6)

Hanno predisposto i piani aziendali tutte le aziende della Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, P.A. Bolzano,

P.A. Trento. È avvenuto solo in parte in Abruzzo (3 aziende su 4), Calabria (5/10), Campania (15/17), Liguria (7/10), Sardegna (8/12), Sicilia (10/18), Veneto (22/24). In Molise nessuna azienda ha predisposto i piani aziendali. I dati trasmessi dalla Regione Lazio si riferiscono a 16 aziende su 21 presenti nel territorio regionale.

In 11 Regioni tutti i piani presentati indicano i volumi di attività istituzionale e libero-professionale intramuraria per unità operativa: Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Bolzano, Trento. Obiettivo raggiunto parzialmente in Abruzzo (2/3), Campania (10/15), Friuli Venezia Giulia (9/11), Liguria (6/7), Sardegna (2/8), Sicilia (7/10), Veneto (20/22). In Valle d'Aosta nessun piano presentato indica i volumi di attività istituzionale e in Alpi per unità operativa. Non calcolabile in Molise, incompleto il dato del Lazio.

STRUMENTI DI CONTROLLO SULL'INTRAMOENIA "ALLARGATA"

Sono appena sei le Regioni in cui tutte le aziende hanno attivato ulteriori e specifici strumenti di controllo e verifica del corretto svolgimento dell'attività libero-professionale svolta in intramoenia "allargata". Le più virtuose: Basilicata, Liguria, Marche, Umbria, Valle d'Aosta, e Trento.

Controlli e verifiche sono applicati solo in parte delle Aziende di 10 regioni: Abruzzo (in 2 aziende su 4), Calabria (8 su 10), Campania (11 su 17), Emilia Romagna (11 su 17), Friuli Venezia Giulia (2 su 11), Lombardia, Piemonte (12 su 21), Sardegna (7 su 12), Sicilia (10 su 18), Veneto (18 su 24). In Molise, Puglia nessuna azienda ha attivato ulteriori e specifici strumenti di controllo e verifica. Non è stata attivata alcuna misura in Toscana e a Bolzano in quanto non è prevista l'intramoenia allargata. È incompleto il dato del Lazio.

L'intramoenia Regione per Regione

ABRUZZO

La Regione non ha ancora individuato le misure per assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, né ha adottato le misure per prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

Ha invece adempiuto a tre indicatori aziendali: attivazione monitoraggio aziendale dei tempi di attesa; attivazione dei meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa, riscossione degli onorari. Adempimento parziale per gli altri sei indicatori.

BASILICATA

Individuate le misure per assicurare, in accordo con le Oo.Ss, il passaggio al regime ordinario del sistema dell'Alpi, e adottate quelle misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale (anche se non sono state adempiute in toto). La regione convalida quindi i risultati positivi già raggiunti nelle precedenti rilevazioni, con il pieno adempimento di sette indicatori aziendali ed evidenziando lo stesso risultato anche per l'indicatore sulle attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di Li.

CALABRIA

La Regione non ha ancora individuato le misure per assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, né ha adottato le misure per prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

Solo un indicatore aziendale presenta ottimi risultati (erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta) e con un miglioramento rispetto alla rilevazione del 2009. Adempimento parziale per gli altri otto indicatori aziendali nulla è cambiato rispetto



Tabella 2 - Distribuzione dei dimessi per Regione e onere della degenza. Ricoveri per acuti in regime ordinario

Anno 2009

REGIONE	A CARICO DEL SSN	In carico con differenza assegnata	Mensile	Esigibilità	In carico con differenza assegnata	Onere di base con contributo di carico del SSN	Onere di base con contributo del SSN	Onere di base con contributo del SSN	ABB	NON ABB	TOTALE	% Libera Professionista su totale
Piemonte	460.586	496	-	4.434	3.333	440	830	1.636	960	-	496.150	0,7%
Valle d'Aosta	14.583	-	-	2	46	75	-	-	2	-	14.679	0,3%
Lombardia	1.351.242	5.859	94	30.060	6.063	1.994	3.300	5.665	70	-	1.363.364	0,7%
P.A. Bolzano	60.000	810	99	700	1	-	-	50	1.768	-	69.450	0,0%
P.A. Trento	50.095	992	28	147	22	153	36	27	366	-	53.755	0,2%
Veneto	824.364	3.825	134	2.366	1.833	1.807	879	730	828	19	836.341	0,3%
Friuli V.G.	144.180	600	-	1.100	901	470	60	-	172	-	147.184	0,3%
Liguria	195.107	71	6	610	397	581	223	574	445	104	199.221	0,2%
Emilia Romagna	671.690	4.030	-	4.664	4.034	1.611	840	-	1.869	1.429	669.388	0,7%
Toscana	459.287	2.768	8	2.949	3.947	1.215	1.547	1.188	713	-	469.040	0,3%
Umbria	119.367	119	-	200	187	366	122	206	900	-	120.715	0,1%
Molise	154.524	121	3	312	262	346	138	160	67	4	156.035	0,1%
Lazio	684.272	11.180	136	4.736	6.763	732	3.554	1.245	6	-	713.303	0,5%
Abruzzo	165.776	306	-	458	236	110	33	61	345	1.901	169.171	0,1%
Molise	47.700	7	2	20	88	100	6	-	900	-	49.691	0,2%
Campania	727.153	2.287	17	2.000	7.324	1.283	1.201	1.721	115	-	746.798	1,0%
Puglia	266.285	15.183	196	1.100	642	801	445	307	130	-	266.921	0,1%
Basilicata	60.365	4	1	3	3	2	20	-	-	-	62.388	0,2%
Calabria	210.664	1.855	32	54	22	33	122	140	175	-	213.140	0,2%
Sicilia	890.124	8.214	304	1.809	2.243	892	1.112	227	2.980	-	894.658	0,4%
Sardegna	190.109	290	-	207	29	401	174	114	974	-	197.713	0,2%
ITALIA	7.360.579	60.390	1.946	54.657	30.083	12.815	15.646	14.529	5.968	3.457	7.519.371	0,5%

Fonte: Rapporto SDO 2009, Ministero della Salute



a quattro indicatori (attivazione monitoraggio aziendale dei tempi di attesa; attivazione meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa; costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari; deliberazione tariffario). In miglioramento l'attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni e la riscossione degli onorari.

CAMPANIA

La Regione conferma l'individuazione di misure per assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e segnala l'adozione di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

Piena adempimento per tre indicatori aziendali: attivazione monitoraggio aziendale tempi di attesa; attivazione meccanismi di riduzione dei tempi di attesa e costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari. Adempimento parziale per quattro indicatori: erogazioni delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta; attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni; riscossione degli onorari; deliberazione di un tariffario in accordo con i professionisti. Miglioramento netto per l'attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni che nel 2009 risultava critico. Criticità evidenti invece per due indicatori: adozione, da parte delle aziende, di misure per l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale; attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di Li.

EMILIA ROMAGNA

La Regione conferma l'individuazione di misure per assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi. Pieno adempimento anche sull'adozione di misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Ma la regione mostra

qualche segno di flessione per tre indicatori (attivazione servizio di prenotazione delle prestazioni; riscossione degli onorari; deliberazione tariffario) che presentavano una piena adempimento, mentre ora mostrano un adempimento parziale. Adempimento parziale anche sull'adozione, da parte delle Aziende, di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale, e per l'indicatore l'attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di Lpi. Critico l'indicatore "erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta", che alla prima rilevazione presentava una piena adempimento. Obiettivo raggiunto per tre indicatori: attivazione monitoraggio aziendale dei tempi di attesa; attivazione meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa; costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari.

FRIULI VENEZIA GIULIA

In Fvg "Nella gran parte delle realtà la libera professione è sempre stata svolta negli spazi aziendali". Piena adempimento di sei indicatori aziendali: attivazione monitoraggio aziendale dei tempi di attesa; attivazione di meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa; erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta; costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari; riscossione degli onorari; deliberazione tariffario). Pieno rispetto anche dell'attività di controllo sui tempi di attesa. Bene anche il servizio di prenotazione delle prestazioni, e l'adozione, da parte delle Aziende, di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

LAZIO

Non sono state individuate né le misure dirette ad assicurare, in accordo con le Oo.Ss, il passaggio al regime ordinario del siste-

ma dell'Alpi, né le misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale. Le informazioni fornite dalla Regione si riferiscono a 16 aziende su 21 totali. Il dato, dunque, non risulta confrontabile con quanto riferito nei precedenti monitoraggi. Delle 16 aziende che hanno risposto all'indagine: 15 garantiscono la riscossione degli onorari; 14 hanno costituito il Collegio di direzione o la Commissione paritetica di sanitari; 13 garantiscono, nell'ambito dell'attività istituzionale, l'erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta; lo stesso numero di aziende hanno deliberato un tariffario in accordo con i professionisti; 12 hanno attivato un monitoraggio aziendale dei tempi di attesa; 11 aziende hanno attivato un servizio di prenotazione delle prestazioni; 10 hanno attivato meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa e adottato misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale; 8 aziende svolgono attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni.

LIGURIA

La Regione non ha ancora individuato le misure per assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, ma ha adottato misure per prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Piena adempimento per tre indicatori sui Tempi di attesa (attivazione monitoraggio aziendale tempi di attesa; attivazione meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa; erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta). Ha inoltre attivato il Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari. In lieve flessione la riscossione degli onorari, nel 2009 presentava il pieno adempimento. Adempimento parziale per la deliberazione del tariffario e per gli indicatori relativi all'attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni e alle attività di con-

trollo sul progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni.

LOMBARDIA

Individuate le misure per assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e adottate le misure per prevenire conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Pieno adempimento di sei indicatori (attivazione monitoraggio aziendale tempi di attesa; attivazione meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa; erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta. Adozione, da parte delle Aziende, di misure per prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale; attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni; riscossione degli onorari (migliorato rispetto alla rilevazione del 2009). In flessione la costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari (nel 2009 mostrava, infatti, la piena adempimento). Adempimento parziale solo per la deliberazione tariffario.

MARCHE

Individuate le misure per assicurare, in accordo con le Oo.Ss, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e adottate le misure per prevenire conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale (anche se sono state adempiute parzialmente). Piena adempimento per tutti gli otto indicatori aziendali.

MOLISE

Non sono ancora state individuate le misure per assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, ne' sono state adottate le misure per prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Obiettivo pienamente centrato per quattro indicatori a livello aziendale (attivazione monitoraggio aziendale; attivazione meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa; costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari; riscossione degli onorari). Peggiorano invece tre indicatori (ero-



gazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta; attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni; deliberazione tariffario).

PIEMONTE

Individuate le misure per assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e adottate quelle per prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale, anche se l'adempimento è parziale. Conferma il pieno adempimento di due indicatori aziendali (erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta; costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari). Pieno adempimento anche dell'indicatore relativo all'attivazione di meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa, che nel 2009 presentava comunque un ottimo livello. Parziale adempimento, come nel 2009, per quattro indicatori (monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni, riscossione degli onorari, deliberazione tariffario). Critico invece l'indicatore sull'attività di controllo per il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni.

PUGLIA

Individuate le misure per assicurare, in accordo con le Oo.Ss, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e adottate quelle per prevenire conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Piena adempimento dei sei indicatori aziendali (attività di controllo relativa al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni; adozione, da parte delle Aziende, di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale). Solo l'indicatore relativo alla riscossione degli onorari non raggiunge la piena adempimento, mostrando, tuttavia, ottimi risultati.

SARDEGNA

Individuate le misure per assicurare, in accordo con le organiz-

zazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e adottate quelle per prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Piena adempimento sull'attivazione del monitoraggio aziendale dei tempi di attesa e per la deliberazione del tariffario. Ottimi risultati raggiunti sull'attivazione dei meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa. Parziale adempimento per cinque indicatori (adozione, da parte delle Aziende, di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale; erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta; costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari; attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni; riscossione degli onorari). In flessione due indicatori che nel 2009 avevano raggiunto il pieno adempimento (l'erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta; costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari; riscossione degli onorari). Criticità infine per l'attività di controllo sul progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni.

SICILIA

Non sono state ancora individuate le misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, né sono state adottate le misure sui conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Parziale adempimento per tutti gli altri indicatori aziendali.

TOSCANA

Individuate le misure per assicurare, con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e adottate quelle per prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale. Convalida la piena adempimento di sei indicatori aziendali e riporta gli stessi esiti sia per l'indicatore variato nella formulazione (attività di controllo relativa al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle pre-

stazioni), che per quello inserito nell'attuale monitoraggio (adozione, da parte delle Aziende, di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale). Unico indicatore in flessione è quello relativo alla deliberazione del tariffario.

UMBRIA

La Regione conferma l'individuazione di misure dirette ad assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e l'adozione di misure per prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale.

Tutti gli indicatori aziendali sono stati centrati.

VALLE D'AOSTA

Individuate le misure per assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi e adottate misure per prevenire l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale.

Per quanto riguarda il dato aziendale, convalida il pieno adempimento di cinque indicatori, di cui tre sui "Tempi di attesa" (attivazione monitoraggio aziendale dei tempi di attesa; attivazione meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa; erogazione delle prestazioni aventi carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta) e due sul "Governo aziendale della libera professione" (costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari; deliberazione tariffario). Critici gli indicatori relativi all'attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni; riscossione degli onorari. Evidenti criticità si riscontrano anche sul fronte dell'attività di controllo sul progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni.

VENETO

La Regione conferma l'individuazione di misure per assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, mentre non sono state ancora adottate le misure per prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concor-

renza sleale.

Obiettivo raggiunto sull'attivazione del monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, dei meccanismi di riduzione dei tempi massimi di attesa e sulla riscossione degli onorari. Stesso esito per l'indicatore "adozione, da parte delle Aziende, di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale", inserito nell'ultima indagine.

Raggiunti ottimi risultati per: l'erogazione delle prestazioni con carattere di urgenza differibile entro 72 ore dalla richiesta e la costituzione del Collegio di direzione o della Commissione paritetica di sanitari (anche se rispetto alla rilevazione del 2009, per questi due indicatori, c'è stato un piccolo passo indietro); attivazione del servizio di prenotazione delle prestazioni; deliberazione tariffario. L'unica criticità presente, a livello aziendale, è riferita all'indicatore "attività di controllo relativa al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni".

P.A. BOLZANO

La P.A. di Bolzano non ha ancora individuato le misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, né ha adottato le misure per prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

Centrato l'obiettivo per gli otto indicatori aziendali, mentre l'unica criticità è riferita all'indicatore, relativo all'adozione, da parte delle Aziende, di misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale.

P.A. TRENTO

La P.A. di Trento conferma l'individuazione di misure dirette ad assicurare, in accordo con i sindacati, il passaggio al regime ordinario dell'Alpi, al contrario non sono state adottate misure dirette a prevenire l'insorgenza del conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale. A livello aziendale, tutti gli indicatori mostrano una piena adempimento. Per quanto riguarda gli altri indicatori nulla è cambiato.

ANNUARIO 2009

TUTTI I DATI SULLA GESTIONE E LE ATTIVITÀ DI ASL E OSPEDALI ITALIANI

È stata pubblicata l'edizione 2009 dell'Annuario statistico nazionale che comprende le attività gestionali ed economiche delle Asl e delle Aziende ospedaliere, a cura della Direzione generale del sistema informativo e statistico del ministero della Salute. Ecco il quadro dell'assistenza sanitaria sul territorio, in ospedale e del personale del Ssn impegnato, a partire dal censimento delle strutture

Diminuisce il numero delle strutture ospedaliere, mentre è in costante aumento quello delle strutture per l'assistenza territoriale e la riabilitazione (soprattutto nel privato accreditato). Aumenta anche il numero di pazienti, soprattutto anziani, trattati in Assistenza domiciliare integrata. Ecco la fotografia scattata dall'Annuario del ministero della Salute. È questa la fotografia quadro dell'assistenza sanitaria sul territorio, in ospedale e del personale del Ssn scattata dall'edizione 2009 dell'Annuario statistico nazionale a cura della Direzione generale del sistema informativo e statistico del ministero della Salute. Vediamo una sintesi dei dati.

OSPEDALE

Nel 2009 l'assistenza ospedaliera si è avvalsa di 1.172 istituti di cura, di cui il 54% pubblici ed il rimanente 46% privati accreditati. Risulta confermato il trend decrescente del numero degli istituti, già evidenziatosi negli anni precedenti, effetto della riconversione e dell'accorpamento di molte strutture. Il 66% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Asl, il 12% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 22% dalle altre tipologie di ospedali pubblici. Il Ssn dispone di poco più di 220 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20% nelle strutture private accreditate, 22.754 posti per day hospital,

quasi totalmente pubblici (91%) e di 8.141 posti per day surgery in grande prevalenza pubblici (81%).

A livello nazionale sono disponibili 4,2 posti letto ogni mille abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 3,6 ogni mille abitanti. La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere) risulta in aumento nel settore pubblico, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale.

Particolare interesse ha rivesti-

to in questi ultimi anni l'area dell'emergenza: il 51% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2009 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (59,1%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente in oltre l'80% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 15% degli ospedali.

Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso si evidenzia che nel 2009 ci sono stati quasi 3,8 accessi ogni 10 abitanti (dato stabile rispetto al

2008); di questi il 15% è stato in seguito ricoverato. Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso pediatrico emerge che ci sono stati 1,4 accessi ogni 10 abitanti fino a 18 anni di età; il 9,2% di questi è stato in seguito ricoverato.

TERRITORIO

Significativi incrementi, soprattutto per il privato accreditato, sono evidenziati dai trend dell'assistenza territoriale semiresidenziale (+1,4% per il pubblico, +5,2% per il privato accreditato) dell'assistenza terri-

toriale residenziale (+4,3% per il pubblico, +6,7% per il privato accreditato), e dell'assistenza riabilitativa ex art.26 (+8,5% per il pubblico, +1,3% per il privato accreditato). Anche per l'assistenza erogata da altre strutture territoriali, a fronte di un aumento del 1,6% delle strutture pubbliche, si rileva un aumento del 5,5% delle strutture private accreditate.

In crescita anche l'assistenza domiciliare integrata. Nel corso del 2009 sono stati assistiti al proprio domicilio 533.461 pazienti (494.204 nel 2008), di questi l'84,1% è rappresentato da assistibili di età maggiore o uguale a 65 anni e il 9,2% è rappresentato da pazienti terminali. A ciascun paziente sono state dedicate circa 21 ore di assistenza erogata in gran parte da personale infermieristico (15 ore). Le ore dedicate a ciascun malato terminale risultano, invece, pari a 26.

Il documento fotografa anche la situazione di medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, convenzionati con il Ssn. In media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.129 adulti residenti, ma a livello regionale

Relazione generale sulla situazione economica del Paese

Spesa sanitaria. Nel 2010 superati i 111 miliardi (7,2% del Pil). Ma il deficit cala del 28,5

La spesa del Ssn nel 2010 ha raggiunto la cifra record di 111,168 miliardi di euro pari al 7,2% del Pil. Lo rileva la Relazione generale sulla situazione economica del Paese del ministero dell'Economia presentata al Parlamento da Mario Monti in qualità di presidente del Consiglio e di ministro dell'Economia e delle Finanze.

Da sottolineare, però, che rispetto al 2009 l'incremento è stato modesto (0,9%) a conferma di una tendenza alla stabilizzazione della spesa sanitaria che dovrebbe riguardare anche il

2011. Nel biennio precedente 2008/2009, infatti, la spesa era aumentata del 2,9% e prima (2007/2008) del 3,2%, per raggiungere il + 4,2% nel raffronto 2006/2007.

Anche il rapporto finanziamento spesa tende verso il positivo, pur rimanendo un evidente disavanzo che nel 2010 è stato pari a 2,326 miliardi di euro, quasi mille miliardi in meno (- 28,5%) però rispetto ai 3,252 di buco del 2009.

La spesa media pro capite nazionale nel 2010 è stata di 1.842 euro e come sempre si riscontra un'ampia

variabilità, passando dal valore minimo di 1.690 euro della Sicilia ai valori massimi, oltre i 2000 euro di Bolzano, Valle d'Aosta, Trento, Liguria e nel meridione del Molise.

LE VOCI DI SPESA

Il personale. La spesa ammonta a 36,618 miliardi, pari al 33,1% del totale, con un incremento dell'1,2% rispetto al 2009. Incremento dovuto soprattutto agli oneri per i contratti relativi al biennio 2008/2009 ma sottoscritti nel 2010 ed altre clausole contrattuali in

esistono notevoli differenze. Il carico medio potenziale per pediatra è a livello nazionale di 1.022 bambini, con una variabilità territoriale anche più elevata rispetto a quella registrata per i medici di medicina generale. Tutte le Regioni comunque sono caratterizzate da una forte carenza di pediatri in convenzione con il Ssn ad eccezione dell'Abruzzo, Sardegna e Sicilia che presentano un numero di bambini per pediatra di poco superiore al massimale stabilito nel contratto di convenzione.

PERSONALE

Nel 2009 il personale dipendente del Ssn, costituito dal personale delle Asl, compreso quello degli istituti di cura a gestione diretta, dal personale delle Aziende Ospedaliere e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'università, ammonta a 646.083 unità e risulta così ripartito: il 70,2% ruolo sanitario, il 18,0% ruolo tecnico, l'11,6% ruolo amministrativo e lo 0,2% ruolo professionale. Nell'ambito del ruolo sanitario, il personale medico è costituito da 107.333 unità e quello infermieristico da 264.093 unità; il rapporto fra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di 2,5 infermieri per ogni medico. Nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate operano 99.854 medici e 247.239 unità di personale infermieristico (non è compreso il personale universitario).

news // news // news // news //

FINISCE IL 30 GIUGNO 2012 L'INTRAMOENIA ALLARGATA

Non c'è pace per l'Intramoenia allargata. La sua scadenza è stata anticipata al 30 giugno 2012 dal Decreto Milleproroghe convertito in legge dalla Camera, nonostante la tirata d'orecchie al Parlamento da parte del presidente Giorgio Napolitano che ha contestato l'eccessivo ricorso alla presentazione di emendamenti, spesso fuori contesto, ai decreti da trasformare in legge. Un termine che anticipa quindi di sei mesi la scadenza inizialmente fissata al 31 dicembre 2012 nella prima stesura del Milleproroghe. E con non poche perplessità - sollevate anche dalla commissione Igiene e Sanità del Senato - in merito alla possibilità che Regioni e Province autonome riescano ad adottare, in un tempo così stretto, idonee iniziative per assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le strutture del Ssn necessari per i fini dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria sono state sollevate molte. Ma come ha dichiarato il ministro della Salute, Renato

Balduzzi, questa volta non si torna indietro. "Che una modalità per definizione transitoria conosca un termine, come è nell'ordine naturale delle cose nei Paesi civili, non è una notizia. Il punto - ha commentato il Segretario nazionale Anao Assomed, Costantino Troise - è verificare se il ministro è in grado di garantire che in tutte le Regioni d'Italia siano venute meno le esigenze che ne hanno permesso la sopravvivenza per più di 10 anni". Vale a dire, ha specificato Troise "la disponibilità, all'interno degli ospedali, di spazi ed orari dignitosi per cittadini e medici, tecnologia necessaria, adeguata organizzazione di supporto. In poche parole se le aziende sanitarie hanno la volontà di gestire l'attività libero professionale intramoenia dei medici, i cui vantaggi anche di finanziamento del sistema sanitario sono evidenti, come propria attività ordinaria superando l'idea di un "favore fatto loro". L'Anao Assomed vigilerà per "garantire il rispetto di leggi e contratti insieme con il diritto dei cittadini alla libera scelta del medico convinta che occorre temperare principi

ordinamentali, generalizzati e prevalenti, con modalità organizzative i cui tempi e forme siano coerenti con le caratteristiche delle singole Regioni".

PARTI CESAREI. TROISE: "PER CONTRASTARLI SERVE UNA LEGGE SULLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE"

La crescita dei parti cesarei in Italia, con elevato gradiente nord-sud, non è una novità. Lo è invece l'idea di mandare i Nas a verificare l'inesistenza di abusi come se i controlli fiscali potessero certificare l'appropriatezza dei comportamenti clinici ed organismi ispettivi sostituirsi all'autonomia professionale. Così Costantino Troise ha commentato la decisione del ministro della Salute Renato Balduzzi che ha disposto che i Carabinieri dei Nas attivino azioni di controllo a livello nazionale per accertare l'utilizzazione non appropriata del ricorso al parto cesareo. "Il tasso di parti cesarei è da tempo in Italia il più alto d'Europa - ha affermato Troise - e in alcune Regioni registra i livelli più alti al mondo. Ma, sebbene da tempo sia considerato un indicatore di efficienza, non risulta che qualche Regione abbia

adottato provvedimenti finalizzati ad una inversione di rotta per cui non c'è da stupirsi che ogni statistica produca la solita liturgia di commenti e lacrime. Insomma, molte parole e zero fatti". Ciò che serve, sostiene Troise "è un deciso intervento legislativo che sottragga il complesso e scivoloso tema della responsabilità professionale dei medici, particolarmente sentito tra gli ostetrici, alla discrezionalità interpretativa di giudici tuttologi aiutati da periti tuttologi, attraverso un diverso inquadramento del reato colposo in sanità che riporti serenità di giudizio in ambienti oggi preda della medicina difensiva. Ed il coraggio di azioni organizzative che assicurino l'esistenza solo di punti nascita dotati di ottimale dimensione organizzativa e dotazione organica". Per questo l'Anao Assomed torna a chiedere una decisa accelerazione dei disegni di legge sulla responsabilità professionale medica giacenti in Parlamento da anni e coraggio organizzativo e programmatico delle Regioni che non possono sottrarsi all'obbligo costituzionale di garantire i Lea nascondendosi dietro il blocco del turnover ed i tagli dei finanziamenti.

qualche modo retroattive. **Beni a altri servizi.** La spesa è stata di 32,911 miliardi, pari al 29,8% del totale, con un incremento dello 0,2%. Sul contenimento della spesa ha inciso positivamente il rafforzamento della distribuzione diretta dei farmaci e le altre misure sulla spesa farmaceutica ospedaliera. Tra i fattori che spingono la spesa invece resta l'allarme per l'elevato costo dell'alta tecnologia. **Medicina generale convenzionata.** La spesa è stata di 6,538 miliardi, pari al 5,9% del totale, con un incremento del 2,8%. Anche in questo caso l'aumento è legato ai rinnovi contrattuali. **Farmaceutica convenzionata.** La spesa si è assestata a 10,936 miliardi, pari al 9,9% del totale, con un calo dello

0,6%, grazie soprattutto all'aumento della distribuzione diretta. **Specialistica convenzionata e accreditata.** La spesa di quest'area, che comprende assistenza specialistica da convenzionati Sumai, da ospedali classificati, Irccs privati, policlinici privati e da altri operatori accreditati, è stata di 4,326 miliardi, pari al 3,9% del totale, con un incremento del 6,1%, che viene addebitato sia al rinnovo delle convenzioni ma anche alla crescita di alcune prestazioni ambulatoriali che non vengono più erogate in ambito ospedaliero perché ritenute inappropriate. **Riabilitativa accreditata.** La spesa è stata di 1,971 miliardi, pari all'1,8% del totale, con un decremento dello 0,4% che

viene addebitato soprattutto a riclassificazioni contabili. Integrativa e protesica convenzionata e accreditata. La spesa è stabilizzata su 1,869 miliardi (+0,1%), pari all'1,7% del totale. **Altra assistenza convenzionata accreditata.** In questa voce ritroviamo le cure termali, la medicina dei servizi, l'assistenza psichiatrica, agli anziani, ai tossicodipendenti, agli alcolisti, disabili e comunità terapeutica. La spesa è stata di 6,296 miliardi, pari al 5,7% del totale, con un incremento del 5,2%. Anche in questo caso però l'incremento è addebitato a questioni di riclassificazione contabile. **Ospedaliere accreditata.** Comprende gli acquisti di assistenza ospedaliera da ospedali classificati, Irccs privati,

policlinici universitari privati e case di cura private. La spesa totale è stata di 8,992 miliardi, pari all'8,1% del totale, con una crescita pari all'1,9%.

INTRAMOENIA

L'Alpi presenta nel 2010 un saldo attivo di 74 milioni di euro, dovuto alla differenza tra i ricavi di 1,130 miliardi incassati dalle Asl per le prestazioni erogate e i 1,056 miliardi di spese sostenute (compensi ai medici e all'altro personale sanitario).

IL FINANZIAMENTO DEL SSN

Il finanziamento complessivo nel 2010 è stato pari a 108,842 miliardi di euro. Il rapporto con il Pil si è attestato al 7% in linea con quel-

lo del 2009. A livello pro capite il finanziamento medio è stato di 1.804 euro, con differenze notevoli a livello territoriale. Si passa infatti da un minimo di 1.701 euro in Campania ad un massimo di 2.267 euro in Valle d'Aosta.

LE ADDIZIONALI IRAP E IRPEF REGIONALI PER IL FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ

La stima degli introiti delle due voci effettuata dal ministero dell'Economia e delle Finanze fissa in 36,874 miliardi la cifra raccolta, pari a 611 euro procapite, con un decremento rispetto al 2009 del 6%. Gli incassi più elevati a Bolzano, in Lombardia con 934 euro a testa, i più bassi in Calabria con 122 euro procapite.

ESPERIENZE A CONFRONTO e aspettative sulle istituzioni ordinistiche

ORDINI DEI MEDICI COME "SVECCHIARLI" E RENDERLI FRUIBILI AI GIOVANI

Seggi all'interno degli Ospedali e sparsi sul territorio, siti web con forum e social network per poter discutere le criticità, istituzione di osservatori sul precariato. Sono queste alcune delle azioni che gli Ordini dei medici, percepiti come lontani da "giovani" e "anziani" camici bianchi, dovrebbero mettere in atto. Queste le riflessioni di Domenico Montemurro che, in questo articolo, ha analizzato il difficile rapporto tra le due facce della stessa medaglia e raccolto le esperienze di giovani medici

↳ Domenico Montemurro - Consigliere nazionale Anaaop

È da poco che ho terminato l'esperienza all'interno dell'Ordine provinciale di Padova, dapprima entrando come medico specializzando e poi terminando il mandato come medico specialista. La domanda che mi posi prima di accettare la candidatura era se i giovani medici potevano "svecchiare" questa Istituzione e renderla "fruibile" ai colleghi e ai cittadini come reale servizio. La risposta che mi diedi fu di non perdere una chance per mettersi in gioco. Pertanto mi adoperai per avvicinare i più "piccoli" ma anche i "grandi" a questa macchina burocratica. Dopo tre anni di mandato e aver scritto articoli sul bollettino ordinistico, newsletter, aver instaurato una stretta collaborazione con l'Università che ha poi prodotto, attraverso un "censimento" delle lezioni frontali con gli studenti, uno studio sugli items che possono influenzare una "cattiva" comunicazione medico-paziente (un bagaglio della professionalità del medico), mi sono reso conto che questo non era sufficiente.

LA RIFLESSIONE

Penso che i giovani medici come anche i nostri colleghi "anziani" sentano lontana questa Istituzione e se ne dovessi ana-

lizzare le cause storiche potrei azzardare delle ipotesi e sperare in cambiamenti se il legislatore (riforma degli ordinibozza Fazio) e la buona volontà lo permettessero. Le domande, che mi sono sempre state poste dagli iscritti, non erano certamente di facile risposta: perché pagare una tassa? Perché avere un bollettino cartaceo "asettico"? Perché non c'è nessuna discussione con gli iscritti via web? Perché i medici devono venire a votare alle elezioni ordinistiche? E altri perché.... ancora. Pertanto queste Istituzioni dovranno correggere la loro rotta: ordini itineranti che, in collaborazione con le Università, si muovano e insegnino il nostro codice deontologico soprattutto ai più giovani ed istituiscano dei seggi all'interno degli Ospedali e sparsi sul territorio dove gli iscritti possano recarsi per votare i rinnovi dei direttivi e sentire vicina una "casa madre"; siti web ancora più accattivanti che prevedano un forum dove poter porre problematiche in merito a svariati argomenti della nostra professione velocizzando i tempi di risposta; porsi come organo "politico della professione" capace di interfacciarsi con la Regione, con il Comune, con tutte quelle Istituzioni che possono decidere della e sulla nostra professione; co-

struire delle Faq con le domande più frequenti degli iscritti e le relative risposte utilizzando facebook e twitter per diffondere le informazioni ai più giovani e non solo; organizzare corsi di aggiornamento professionale dove si concretizzi una continuità generazionale; istituire osservatori della professione medica che facciano da ricognitori sul precariato giovanile nella propria provincia di riferimento e si interfaccino con le Asl e con i sindacati di categoria; creare uno sportello per il cittadino che potremmo chiamare Urpo (Ufficio relazioni pubbliche con l'Ordine); partecipare attivamente, evitando dissapori con le Università, al processo di formazione pre e post Laurea in modo che lo studente si senta "coccolato", "protetto" e non bastonato; stipulare convenzioni con le Società scientifiche potenziandone il know how; dar vita ad un proprio ufficio stampa (coinvolgendo anche i giovani medici) che, in collaborazione con i giornalisti delle diverse testate, si occupi di sanità e medicina evitando quella disinformazione che danneggia la professione e il rapporto fiduciario medico-paziente; collaborare con le Procure della Repubblica per velocizzare i procedimenti disciplinari ed essere più obiettivi nel giudizio; ed infine, ma

non è mai finita..., istituire dei bandi ad hoc di collaborazione amministrativa per medici al fine di individuare quelle criticità (esempio siti web di dubbia credibilità...) che rischiano di snaturare la professione e segnalarle tempestivamente alle autorità postali. Insomma i giovani reclamano maggiore partecipazione e che non sia solo di facciata.

L'ENTUSIASMO DI...

Piero di Silverio, Specializzando - Consigliere Ordine dei Medici di Napoli
L'ordine dei medici, nato come punto di riferimento etico professionale di tutti i medici, con il passare del tempo, sembrava essersi gradualmente e inesorabilmente svuotato della sua vera essenza di Istituzione a garanzia del cittadino. I giovani colleghi che oggi lo frequentano sono sempre meno. Si è consumato negli anni un distacco atroce e cinico nei confronti di quella che ancora oggi è e deve essere considerata la casa madre del medico. Per questo motivo, l'unico modo per risvegliare un'affezione a tale Istituzione è viverlo, capire e far comprendere cosa è, a cosa serve e quanto è importante. Il giovane medico ha bisogno dell'Ordine, nella stessa misura in cui l'Ordine ha bisogno del

giovane medico.

Questo è stato il primum movens di un movimento di opinione, nato per volontà comuni ed esigenze condivise, che ha portato, nelle elezioni per il rinnovo del consiglio dell'Ordine dei medici di Napoli per il triennio 2012/2014, alla vittoria di un candidato giovane medico under 35. I lunghi e stancanti giorni di campagna elettorale hanno contribuito a creare nei giovani medici la consapevolezza crescente del fatto che:

- l'ordine siamo noi;
- l'ordine siamo noi, i medici che negli anni hanno sacrificato la propria vita per la professione, senza cinismo e venalità;
- l'ordine siamo noi, i medici che oggi, stanchi della quotidiana denigrazione della professionalità e dell'etica, continuano a battersi per affermare il loro essere medico;
- l'ordine siamo noi, i medici del futuro, quelli che non accettano di rassegnarsi, quelli che ancora hanno voglia di dimostrare che, per diventa-





al di là dell'età. Occorre iniziare dai più giovani perché quello che serve alla sanità oggi è un rinnovamento culturale, prima ancora che burocratico. Speriamo di poter creare ed esportare un modello che faccia capire a tutti finalmente, in un momento in cui gli ordini sono quotidianamente sottoposti a discussioni sulla reale utilità, in un momento in cui si pone addirittura in discussione il senso stesso degli ordini, che tale istituzione siamo noi, i medici del futuro, i medici del presente, e quelli che in passato hanno contribuito alla salvaguardia ed alla crescita della professione.

E...

Carla Fundoni,
Specializzanda - Consigliere
Ordine dei Medici di Sassari

Nel 2010 per noi Medici si è festeggiato un anniversario importante: il 10 luglio del 1910, esattamente cento anni prima, veniva infatti emanata la legge 455 che sanciva l'istituzione del nostro Ordine Professionale. Il Centenario dell'Istituzione degli Ordini porta a riflettere sul passato e stimola a guardare quello che è il futuro della nostra professione.

La medicina è cambiata vertiginosamente in questi ultimi anni. Vi sono sostanziali differenze tra le conoscenze e il ruolo del medico del secolo scorso e di quello di oggi; è la figura stessa del medico che viene inquadrata diversamente rispetto al passato, soprattutto in quello che concerne l'aspetto del "rapporto medico-paziente" e in quella convinzione che ha preso sempre più parte nell'immaginario collettivo: chi era vecchio sapeva di più!! Il mio percorso di avvicinamento prima e di partecipazione in seguito, nell'Ordine, mi ha permesso, oltre che lavorare e confrontarmi in primis con professionisti più esperti, di

affrontare diverse realtà e difficili problematiche della professione, permettendomi di sfatare un po' questo mito sulla giovinezza.

In questo senso, ho avuto la fortuna, essendo da diverso tempo rappresentante dei giovani medici della mia Università, di interessarmi delle problematiche degli studenti e degli specializzandi che forse non trovavano risposte al di fuori del "nostro mondo". In quest'ottica, il pensiero da parte dell'Ordine di riavvicinare, tramite me, quella fetta di colleghi da troppo assente al suo interno, ha fatto sì che questa si sia svelata un'occasione importante, da cui partire per proiettare proprio "Noi" in quello che sarà il nostro futuro come professionisti. Infatti, come tali, i professionisti costituiscono una forza sociale necessaria che deve rappresentare un'importante risorsa per lo sviluppo di un sistema futuro; essi possono e devono svolgere un ruolo fondamentale nel progresso della società. Si capisce pertanto che importanza possa assumere la cancellazione o il riordino di tali organismi, o il fatto che al loro interno non vi siano forze nuove che vogliono mettersi in gioco permettendo il necessario ricambio di idee che possano contribuire ad un miglioramento e ad un rinnovato interessamento alla partecipazione corale degli iscritti alla risoluzione delle problematiche della professione stessa.

Le proposte di legge di riforma degli ordini professionali che ciclicamente vengono riproposte, tendono esclusivamente a distruggere queste strutture che, seppur con i loro limiti, sono ancora in grado di garantire minime garanzie di prestazione ed eticità di rapporti professionista-cliente, nel nostro caso poi ancora più delicato come è facile da immaginare. Per sostituirle con cosa? Proposte inesistenti e silenzio assordante da parte delle Istituzioni e degli stessi iscritti.

La volontà di abolire gli ordi-

ni professionali comporterebbe, a mio avviso, la mancanza di ogni minimo controllo su quelli che dovrebbero essere obiettivi comuni: senso di appartenenza e rispetto della categoria, qualità delle prestazioni erogate, certezza della formazione, applicazione congrua degli onorari professionali e soprattutto comportamento etico degli iscritti. E a tal proposito che dovremo tutti riappropriarci della conoscenza del nostro codice deontologico partendo proprio dall'interno degli Ordini. E invece in tutto questo? Emerito sconosciuto, il nostro codice!

L'esperienza all'interno dell'Ordine mi ha permesso di approfondire l'importanza di questo aspetto che potrebbe fare la differenza, da un punto di vista di serietà, nei confronti degli iscritti e soprattutto della collettività. In questi tre anni, infatti, sono riuscita ad assaporare quello che è il nostro codice di deontologia medica, che va visto non come un codice frutto di corporativismo, ma anzi uno strumento che tuteli la nostra professione, il rapporto tra colleghi, con il paziente, il benessere della collettività. Forse col passare del tempo si è perso lo spirito e l'obiettivo del nostro essere medici, e nella realtà quotidiana ormai gli ordini vengono visti molto spesso come roccaforti che difendono i privilegi dei soci (rabbriodisco al solo pensiero di sentire la parola "casta"). Gli sviluppi in quest'ottica possono rivelarsi negativi e numerosi. Le corporazioni, infatti, frenano lo svilupparsi dei mestieri perché ogni cambiamento crea resistenze in tutti coloro che temono di essere scavalcati dal passare dei tempi, riducono drasticamente la competizione e soprattutto penalizzano i giovani. Possiamo permetterci di sprecare il nostro capitale umano? Potete permetterlo? Non credo. Altro punto, di cui un Ordine dovrebbe occuparsi, riguarda la non ottimale programmazione del fabbisogno di

professionisti e professionalità mediche e specialistiche di oggi che andrà a incidere sul futuro della nostra categoria. Trovo terribile il cinismo e la cecità di coloro che lasciano andare. Questa generazione allo sbando perché non hanno il coraggio di cambiare e mettersi in discussione. E, in quest'ottica, siamo proprio Noi giovani che dobbiamo lottare per essere all'interno di tali organismi e da dentro cercare di contestualizzare la figura del medico, di affrontare le nostre difficoltà e fare invece forza sulle nostre virtù: ma come?

Bisogna innanzitutto capire quali siano le problematiche che noi giovani medici ci troviamo ad affrontare ora e quali importanti conseguenze ci possano essere nel nostro futuro se non vogliamo permettere ad altri, ora, di scrivercelo; questo comporta l'essere sicuri che il nostro percorso formativo passi attraverso sostanza e qualità, che ci venga data la possibilità di confrontarci e soprattutto che ci venga garantita la possibilità di metterci in gioco. Subito.

Sempre più nuove scoperte scientifiche e tecnologiche ci si proporranno negli anni, portandoci ad analizzare problematiche, non sempre superabili, dove si scontreranno etica medica con interessi economici nascosti e spesso discutibili e/o dottrine religiose. Sta pertanto a Noi giovani generazioni, proprio dall'interno dei nostri Ordini Professionali, farci da garanti della Nostra Professione e alla fine di noi stessi, come uomini ma soprattutto come Medici. Bisogna impegnarsi, infatti, affinché per il nostro futuro la figura del medico riacquisti la sua centralità e quel rispetto del paziente e quel senso di fiducia da parte della società che lo ha contraddistinto fin dalle sue origini.

In quest'ottica bisogna modernizzare sicuramente il nostro Ordine gettando tuttavia un occhio indietro nel passato, guardando a chi cento anni fa ci credeva fortemente.

La riconversione DEI PICCOLI OSPEDALI

BISOGNA OSARE

Di recente il senatore Ignazio Marino, presidente della Commissione di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, ha riferito di aver invitato il presidente Monti ad affrontare e risolvere il problema dei piccoli ospedali che considera, a giusta ragione, fonti di spreco e soprattutto luoghi in cui non viene garantita una adeguata qualità assistenziale.

Prima ancora di impegnarci a rendere più efficienti le strutture ospedaliere adottando il criterio dell'"intensità delle cure", molto di moda, bisogna rendere efficiente la rete ospedaliera con una serie di interventi che partono proprio dalla riconversione degli ospedali che, per dimensioni e caratteristiche dell'offerta assistenziale, non possono garantire l'approccio multi-specialistico che caratterizza la medicina del terzo millennio.

Non diciamo niente di nuovo; sono decenni che tale problema è posto ciclicamente in varie accezioni; ci sono state anche iniziative legislative che hanno disposto la chiusura degli ospedali con meno di 120 posti-letto, ma nella sostanza è stato fatto poco e soltanto in alcune regioni, nelle quali peraltro il problema non è stato completamente risolto.

Anche nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 è stata data prioritaria importanza alla necessità di costruire adeguate reti ospedaliere, sottolineando il fatto che favoriscono l'integrazione dei percorsi assistenziali rispondendo all'aumentata complessità dei bisogni e ai nuovi trend epidemiologici, che evitano duplicazioni e paradossali carenze, che favoriscono investimenti razionali (specie per l'alta tecnologia), che consentono di perseguire economie di scala e permettono di attivare processi di benchmarking e benchlearning per la condivisione delle informazioni mirante a migliorare la gestione e l'erogazione dell'assistenza. Nello stesso documento, a proposito dei piccoli ospeda-

Occorre realizzare la riconversione delle strutture ospedaliere che, per caratteristiche logistico-epidemiologiche e per dimensioni, sono inadeguate. Emblematico il caso Calabria, dove la riconversione delle piccole strutture è rimasto un libro dei sogni. Per questo l'Anaa invita le istituzioni a porre in campo iniziative straordinarie ed efficaci

↳ Antonio Delvino

li, viene sottolineato il fatto che non consentono di acquisire l'"accreditamento professionale", in conseguenza del numero limitato di casi ad alta complessità affrontati e viene data indicazione a riconvertirli favorendo l'integrazione verso gli ospedali maggiori e verso le funzioni distrettuali, rispettando il loro valore culturale ed imprenditoriale, realizzando la "riconversione" operando con gradualità (pieno funzionamento dell'emergenza-urgenza, sviluppo delle cure domiciliari e disponibilità di strutture per la riabilitazione e per gli anziani non autosufficienti). Il capitolo è concluso richiamando la necessità di realizzare un'alleanza con lo Stato, nel rispetto dell'art. 117, considerato che, in conseguenza della svolta federalista avviata in Sanità con le leggi costituzionali del 2001, lo Stato può dare indicazioni di tipo generale, ma le operazioni di ristrutturazione sono di competenza delle Regioni.

Paradossalmente il federalismo ha reso più difficile la risoluzione di tale problema; se, infatti, il rispetto di una norma nazionale avrebbe potuto ren-

dere più "coraggiosi" gli amministratori regionali e locali, la coscienza che la competenza è proprio regionale ha di fatto paralizzato una classe politica prevalentemente attenta più al mantenimento del consenso elettorale che all'etica del fare le cose giuste.

IL CASO CALABRIA

Emblematico è il caso del Piano sanitario regionale della Calabria 2007-2009; sulla base delle indicazioni fornite dai tecnici, fu adottata la bozza di Piano con una deliberazione di Giunta regionale che rappresenta un buon punto di partenza; si riportano alcuni stralci:

"Sulla base dei ricoveri effettuati dagli erogatori pubblici e privati nell'anno 2006, si è proceduto, a rideterminare il fabbisogno di posti letto, ordinari e diurni, necessari per garantire lo stesso numero di ricoveri dell'anno 2006, considerando il tasso di occupazione del 75 per cento nei reparti di acuti e dell'80 per cento dei reparti di riabilitazione e lungodegenza.

L'intesa 23 marzo 2005 prevede un tasso ottimale di utilizzazione dei posti letto del 75 per cento ed un tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri ogni mille abitanti, per raggiungere questo obiettivo è necessario agire sia sul versante

della quantità dell'offerta sia sulla qualità ed appropriatezza organizzativa. ...

Le strutture non utilizzate quali ospedali per acuti e/o non-acuti sono riconvertite in piattaforme territoriali attrezzate per garantire un punto di primo intervento nell'ambito della rete per l'urgenza-emergenza, la diagnostica strumentale e di laboratorio avanzata, la dialisi territoriale, le attività specialistiche ambulatoriali, il day service e l'assistenza primaria territoriale (Casa della salute, Utaf, ecc) o in altre funzioni espressamente indicate.

Per le case di cura accreditate si è prevista la riconversione dei posti letto attualmente accreditati sulla base della rideterminazione dei posti letto, procedendo in via preliminare dall'attivazione dei posti letto diurni e comunque tenendo conto degli effettivi fabbisogni e dei vincoli derivanti dalla città intesa.

La nuova rete ospedaliera si sviluppa sugli undici ospedali di riferimento rappresentati dalle tre Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, dai nuovi presidi della Sibaritide, della Piana di Gioia Tauro e di Vibo Valentia e dai presidi di Crotona, Lamezia Terme, Locri, Castrovillari e Cetraro.

Oltre ai presidi di riferimento continuano a svolgere funzioni ospedaliere per acuti i presidi di Praia a Mare, Trebisacce, San Giovanni in Fiore, Acri, Serra San Bruno, Soverato,

Polistena, Melito Porto Salvo e, parzialmente, Cariati, Siderno, Paola e Soveria Mannelli, questi ultimi quattro presidi sono destinati a funzioni di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa.

Sono riconvertiti in strutture ospedaliere per l'assistenza a pazienti non acuti (riabilitazione e lungodegenza riabilitativa) i presidi di Mormanno, Soveria Mannelli (parzialmente), Soriano, Cariati (parzialmente), Siderno (parzialmente) Paola (parzialmente) Oppido Mamertina, Chiaravalle Centrale (quest'ultimo unitamente a casa della salute).

Sono riconvertiti a piattaforma sanitaria territoriale i presidi di Lungro e Mesoraca.

Sono riconvertiti in casa della salute i presidi di San Marco Argentano, Taurianova e Pizzo Calabro".

Ebbene la bozza di Piano non fu mai adottata con delibera di consiglio regionale e pertanto rimase una sorta di "libro dei sogni"; la prudenza mostrata non evitò al governatore Loriero e alla coalizione di centro-sinistra di perdere le elezioni, dimostrando che ormai gli elettori tendenzialmente premiano gli amministratori coraggiosi e competenti.

Il caso della Calabria è solo un esempio; anche in Regio-

ni più "dinamiche" i processi di riconversione dei piccoli ospedali non sono stati condotti a termine, rinunciando a un potenziale risparmio che in un tempo di grave e prolungata crisi nessuno può fingere di non vedere.

Continuiamo, infatti, ad assistere a spietati tagli lineari che ormai incidono pesantemente su aspetti fondamentali dell'assistenza, quasi sempre in danno degli operatori costretti spesso ad operare con organici insufficienti in strutture fatiscenti e sempre meno adeguate e lasciamo inalterati i piccoli ospedali, fonti di potenziale pericolo e di sicuro spreco di risorse.

Dobbiamo prendere atto però della difficoltà a operare la riconversione di tali strutture e invitiamo il presidente Marino e tutti i politici di buona volontà a porre in campo iniziative straordinarie ed efficaci; potrebbe avere tali caratteristiche l'istituzione di un organismo ministeriale che, su delega della Conferenza dei presidenti delle Regioni, operi con pieni poteri e con rigorosi vincoli di tempo.

Il Governo Monti ci ha fatto capire che, quando si arriva sull'orlo del baratro, qualcuno fa ciò che intere generazioni di politici non hanno avuto il coraggio di fare.

In ambito sanitario, prima di giungere in prossimità del baratro, rappresentato dal rischio di non riuscire a finanziare i Livelli essenziali di assistenza, è necessario che si realizzi la riconversione delle strutture ospedaliere che, per caratteristiche logistico-epidemiologiche e per dimensioni, sono inadeguate.

Certificazione on line: cosa è cambiato



Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica
amministrazione e l'innovazione tecnologica



Ministero del lavoro
e delle politiche sociali

Da oggi il tuo certificato di malattia viaggia in rete

Con il nuovo servizio i certificati che attestano le assenze per malattia sono trasmessi all'INPS, per via telematica, dai medici che li rilasciano.

Allegata a questo numero di Dirigenza Medica troverete una locandina, firmata dal ministero del Lavoro e dal dipartimento per l'innovazione tecnologica della presidenza del Consiglio dei ministri, che spiega la nuova procedura per la compilazione on line dei certificati attestanti la malattia dei lavoratori dipendenti, pubblici e privati. Il passaggio dal cartaceo al digitale per la certificazione dei periodi di malattia è stato

argomento di un lungo confronto tra i sindacati medici e il governo precedente, per ragioni di merito e di metodo. Dal settembre scorso, però, la certificazione on line è a regime, salvo deroghe locali legate alle difficoltà dei sistemi informatici regionali. La certificazione di malattia si invia ora attraverso il computer sia all'Inps, sia al datore di lavoro. Una procedura più semplice, più moderna, più

trasparente, ma che certamente richiede di modificare abitudini e consuetudini consolidate negli anni. Questo vuol dire, per il medico, dover spiegare a ciascun paziente questo nuovo sistema, spesso scontrandosi con un atteggiamento restio al cambiamento e "sospettoso", visto che non si riceve alcun certificato "in mano", ma soltanto un numero di notifica e tutto viaggia attraverso lo schermo del computer. La locandina, che può essere affissa nelle sale d'aspetto o negli ambulatori, è stata messa a punto proprio per agevolare la comunicazione tra medico e paziente, offrendo spiegazioni semplici, chiare e autorevoli, vista la sua natura istituzionale.



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
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORI DI PUBBLICAZIONI SANITARIE

Editore



Edizioni Health Communication srl

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

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

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004
n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza
dei dati forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge D.Lgs. 196/2003

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di febbraio 2012