

**LE DENUNCE AUMENTANO
MA I PROCESSI ASSOLVONO I MEDICI**

MALASANITÀ IL GRANDE "BLUFF"

I dati della Cassazione e delle Procure italiane svelano la strumentalizzazione del fenomeno. Troise: "Crediamo sia interesse di tutti arrestare una deriva diventata esplosiva"

alle pagine 14-15



**CAMPAGNA
ISCRIZIONI 2012**



NOI CREDIAMO NELLA SANITÀ PUBBLICA
E ci battiamo da sempre per migliorare le condizioni di chi ci lavora e i servizi per i cittadini

**ABBIAMO
BISOGNO
ANCHE DI TE!**

Iscriviti all'Anaa Assomed per difendere i tuoi diritti e costruire insieme una sanità migliore

Anaa Assomed, il sindacato della sanità pubblica

DECRETO MONTI

Tutte le misure su sanità e previdenza della manovra anticrisi alle pagine 2-5

RELAZIONE STATO SANITARIO

Presentata da Balduzzi la Relazione 2011: "Italia vecchia ma in salute" alle pagine 6-13

CAMPAGNA ISCRIZIONI 2012
INSERTO SPECIALE

**4 RAGIONI IN PIÙ
PER ISCRIVERTI**

L'editoriale

di Giorgio Cavallero*

L'anno che sta arrivando

La cosa migliore del 2011 è stata la sua fine. Il 2012 appena cominciato ha già prodotto aumenti di tasse, tariffe ed oneri nonché ulteriori tagli.

La nostra categoria è in prima linea, esposta al fuoco di tutti i provvedimenti: fisco, pensioni, contrattualità, condizioni di lavoro.

Le addizionali regionali di fine anno, retroattive al 2011, segneranno un nuovo primato fiscale sugli stipendi di chi ha l'indesiderabile prerogativa di non poter evadere nulla. Anzi, di pagare le tasse prima ancora di ricevere lo stipendio. In attesa che anche i comuni si organizzino con le addizionali di competenza completando un federalismo che ha moltiplicato i soggetti impositori.

Su 42 milioni di contribuenti 21 milioni dichiarano meno di 15.000 euro annui lordi, 17 milioni denunciano tra i 15.000 e i 30.000 euro, solo 4 milioni superano i 35.000 euro e tra questi tutti i medici dipendenti e convenzionati.

È un Paese dove a pagare sono sempre gli stessi, dove l'evasione fiscale e contributiva e l'economia sommersa stanno divorando uno stato sociale che non spende molto, ma certo spende più di quanto introita.

I medici ed i dirigenti sanitari dipendenti del SSN hanno un altro difetto: quello di far parte dei dipendenti pubblici, esposti in questi anni a oltre 20 leggi speciali, punitive di uno status piuttosto che di comportamenti, frutto di una campagna di sistematica denigrazione non priva di connotazioni ideologiche.

Per il legislatore appare normale richiedere solo a noi contributi di solidarietà, differimenti dell'età pensionabile e della liquidazione, blocco dei contratti e delle retribuzioni, soppressione di posti di lavoro, precarizzazione degli incarichi, inasprimento dei carichi di lavoro.

Come se il nostro lavoro e lo stesso servizio sanitario fossero inutili, parassitari o peggio colpevoli di contribuire a quell'allungamento della vita media che sembra essere diventata la causa di tutti i mali, capace da sola di minare l'equilibrio finanziario planetario.

La riforma delle pensioni, brutale e senza gradualità, tagliando le anzianità penalizza una professione che richiede un lungo iter di studi, che comporta un inserimento lavorativo differito e che spesso non può proseguire fino al 70° anno per le caratteristiche usuranti delle funzioni svolte.

L'eccezionale contribuzione previdenziale dei medici, che nella carriera lavorativa versano oltre un milione di euro, non ha avuto alcuna considerazione, anzi, rispetto

al settore privato, persistono insopportabili discriminazioni sulle prestazioni in termini di anticipo della pensione, godimento della liquidazione, riconoscimento di mansioni usuranti.

L'aumento a regime dell'età lavorativa di sei anni determina il passaggio da un sistema che prevedeva mediamente, a fronte di 40 anni di lavoro 20 anni di quiescenza, ad un altro che richiede 45 anni di lavoro per 15 di pensionamento. È una differenza enorme che determina un pericoloso invecchiamento di una già attempata categoria e che produrrà pesanti ricadute sull'inserimento lavorativo dei giovani, nonché un peggioramento della piaga del precariato. L'imposizione di una permanenza forzata al lavoro, per di più senza incentivi normativi, economici e contrattuali, non può che contribuire ad un netto peggioramento del clima lavorativo, alimentando una sempre più grave demotivazione degli operatori.

L'affermazione che questi tagli vadano a vantaggio delle generazioni future e dei giovani non può che lasciare sgomenti. Sono infatti proprio le nuove generazioni a pagare di più, sia in termini di inserimento lavorativo e di progressione di carriera, sia in termini economici per il blocco contrattuale e retributivo e anche per le prospettive previdenziali. Il sistema contributivo infatti consegna la rivalutazione dei contributi al solo incremento del PIL che, al momento ed in prospettiva, non sembra in grado di recuperare neppure il tasso inflattivo. Il blocco contrattuale si traduce in una stagnazione di iniziativa, di aggiornamento e di capacità riorganizzativa del sistema, mentre i tagli alla spesa sanitaria e il congelamento del turnover peggiorano carichi e condizioni di lavoro mettendo a grave rischio la sicurezza e la tenuta del sistema sanitario e la sua stessa credibilità nei confronti dei cittadini.

Il 2011 ha registrato l'inasprimento fino all'esasperazione di provvedimenti e ricette vecchie, di luoghi comuni infondati, di politiche recessive, inique e punitive, senza prospettive di sviluppo in particolare per chi lavora e per chi nel lavoro si deve inserire. Trasferire risorse dalle rendite al lavoro, riaffermare il ruolo indispensabile della professione medica e sanitaria, sono priorità indifferibili. Per questo occorre cambiare l'agenda e ritrovare l'interesse per battaglie comuni: le sole che possono garantire una prospettiva durevole, per tutti.

*Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed

Nuove norme sulle pensioni e sugli Ordini. Soppressione dell'Inpdap. Liberalizzazioni soft per le farmacie. Sono queste alcune delle novità della manovra Monti diventata legge il 22 dicembre scorso. Novità anche per l'intramoenia allargata che è stata prorogata al 31 dicembre 2012

La Manovra Monti dopo il via libera della camera è diventata legge il 22 dicembre scorso grazie al voto del Senato, con 257 sì, 41 no e nessun astenuto. In arrivo norme stringenti su pensioni e Ordini.

Con il maxi emendamento è stata poi prolungata fino al 31 dicembre 2012 la possibilità di svolgere libera professione intramoenia al di fuori degli ospedali pubblici. Le Regioni avranno comunque altri due anni per creare spazi interni alle strutture.

Ecco una sintesi delle nuove misure per il settore sanitario e per la previdenza.

INTRAMOENIA ALLARGATA (ART.16)

Il termine del 31 gennaio 2011 di cui all'articolo 1, comma 2, secondo periodo, della legge 3 agosto 2007, n. 120, come prorogato ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, del decreto-legge 29 dicembre 2010, n.225, è fissato al 31 dicembre 2012. Nella relazione tecnica si specifica che "dai dati pervenuti attraverso le schede di rilevazione, che le Regio-



Il commento dell'Anaa Assomed

Troise: "Siamo indignati: lo sconto sulle pensioni è solo per i lavoratori privati"

"Il decreto legge 'Salva Italia' ha riservato l'ennesima beffa per medici, dirigenti sanitari e dipendenti pubblici: lo sconto di pena, ovvero la riduzione da 6 a 3 anni di lavoro obbligato per andare in pensione della classe 1952 è solo per i dipendenti privati". È questo il commento del segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise, che ha sottolineato l'indignazione dei medici pubblici che chiedono correzioni immediate.

La manovra È LEGGE

DECRETO MONTI: LE MISURE PER E LE PENSIONI LA SANITÀ



ni dovevano restituire per consentire all'Osservatorio medesimo di stabilire lo stato di adempimento di ciascuna Regione, è emerso che non tutte le Regioni sono in grado di garantire entro il termine del 31 dicembre 2011, (termine così rideterminato dal Dpcm 25 marzo 2011), gli adempimenti di cui al suindicato Accordo e pertanto occorre prorogare il citato termine del 31 dicembre 2011 al 31 dicembre 2012, entro il quale tutte le inizia-

tive al riguardo dovranno essere portate a compimento".

REALIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE PER L'ATTIVITÀ INTRAMURARIA (ART. 17)

Si stabilisce che "al fine di consentire alle Regioni di completare il programma finalizzato alla realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libe-
ro professionale intramuraria, ai sensi dell'artico-

"È l'ennesima discriminazione del lavoro pubblico: un medico o un infermiere che svolge lavoro a turni, notturno e festivo, che ha mansioni delicate anche per la sicurezza dei cittadini, usuranti di sala operatoria, di rianimazione ed urgenza, deve restare fino a 66 anni. Lo sconto, invece, è riservato ai privati, non solo operai, ma anche impiegati di banche ed assicurazioni. E' impossibile non comprendere come questa disparità di trattamento possa mettere a rischio la sicurezza delle cure", spiega Troise. La misura è quindi "veramente colma". E il peso più grave incombe sui giovani e precari che vedono allontanarsi drammaticamente i tempi di una sempre più difficile stabilizzazione. "Nel settore pubblico, infatti, i posti non sono in funzione della produttività - ha aggiunto

Troise -, ma contingentati dalle strutture sempre più limitate e occupate da pensionandi bloccati da questa iniqua riforma". Per questo l'Anao Assomed, infine, fa appello al Parlamento "perché elimini questa ennesima ingiustizia ai danni dei dipendenti della sanità pubblica".

Intersindacale: "penalizzati i giovani medici"

E sulle penalizzazioni per i più giovani si è espressa anche l'Intersindacale medica: "Con le norme dell'ultima finanziaria (aumento dell'età pensionabile con scalone di 6 anni, soppressione Inpdap, irragionevole norma che impedisce all'Enpam di conteggiare il proprio patrimonio per garantire l'equilibrio cinquantennale) il Governo sembra solo volere fare cassa con le pensioni pubbliche

e private della categoria e, sostenendo di tutelare i giovani, non fa altro che togliere ai più anziani senza dare loro nulla in cambio. Senza considerare che l'integrità psicofisica degli operatori è fattore necessario per la stessa sicurezza delle cure. I medici non sono cittadini di serie B e non sono disposti a subire misure così discriminatorie e irragionevoli sulle proprie pensioni, ed è per questo che fin da ora si riservano di attivare ogni possibile azione sindacale unitaria contro le norme contenute nella manovra. Norme che penalizzano una categoria che ha sempre tenuto un atteggiamento previdenziale virtuoso e responsabile e che ha già pagato il contributo più alto al risanamento dei conti pubblici".

lo 1 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, il termine, già stabilito dall'articolo 1-bis del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189, è fissato al 31 dicembre 2014". Nella relazione tecnica si precisa che "al 31 luglio 2011 su una somma assegnata dal decreto del Ministro della salute dell'8 giugno 2001 pari ad €826.143.140,92, risultano ammessi a finanziamento n. 418 interventi, per complessivi €746.843.755,27, pari al 90,4% della somma assegnata. La somma di €79.299.385,65, ancora da autorizzare, riguarda per il maggiore importo le Regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Marche, Abruzzo, Campania e Puglia. La disposizione, relativamente alla quale è stata chiesta l'esenzione dall'AIR ai sensi dell'articolo 9, commi 1 e 3 del Dpcm n. 170 del 2008, si rende necessaria al fine di prorogare ulteriormente il termine già fissato per il collaudo delle opere e delle attrezzature, al fine di perseguire in concreto gli obiettivi posti con il citato d.lgs. n. 254 del 2000.



Costantino Troise

Non incide direttamente sulla attività dei cittadini, comunque gli stessi avranno una maggiore scelta nell'erogazione delle cure. Le imprese per la parte relativa a ristrutturazioni avranno la possibilità di concorrere alle gare d'appalto che verranno bandite per quanto riguarda i lavori e le forniture. L'opzione di non intervento pregiudica tale possibilità comportando ripercussioni nell'attività in questione".

DELEGA FISCALE E ASSISTENZIALE. AUMENTO DELL'IVA PER EVITARE I TAGLI (ART. 18)

Per alimentare la clausola di salvaguardia prevista dalla legge delega per la ri-

forma fiscale e assistenziale (in tutto 20 miliardi di tagli a regime in caso di mancata riforma) il Governo ha stabilito di aumentare del 2% l'Iva su tutti i beni a partire dal 1 ottobre 2012 e di un ulteriore 0,5% a decorrere dal 1 gennaio 2014.

SOPPRESSIONE ENTI. CANCELLATA L'AGENZIA PER IL NUCLEARE E L'INPDAP INGLOBATO NELL'INPS (ART. 21)

L'agenzia per la sicurezza nucleare viene incorporata nel ministero per lo Sviluppo Economico d'intesa con il ministero dell'Ambiente, le cui funzioni e compiti saranno svolti dall'Istituto superiore per la protezione e la ricerca ambientale (Ispra) in attesa del suo definitivo incorporamento nel ministero dello Sviluppo economico e "alla contestuale definizione - si legge nel testo - di un assetto organizzativo rispettoso delle garanzie di indipendenza prevista dall'Unione Europea". L'Inpdap (l'ente previdenziale dei dipendenti pubblici) sarà soppresso a partire dal 1° gennaio 2012 e incorporato nell'Inps.

PENSIONI. LA RIVOLUZIONE DEL MINISTRO FORNERO (ART. 24)

Dal 1° gennaio 2012 viene introdotto, secondo il meccanismo pro rata, il metodo contributivo di calcolo delle pensioni.

L'età di pensionamento delle lavoratrici dipendenti del settore privato viene alzata a 62 anni e a 63 e sei mesi per le lavoratrici autonome, dal 1° gennaio 2012. L'equiparazione dell'età delle donne a quella degli uomini (66 anni) avviene entro il 2018, sempre tenendo conto della variazione della speranza di vita. Nel frattempo, dall'età 62 all'età 70 vige il pensionamento flessibile, con applicazione dei relativi coefficienti di trasformazione calcolati fino a 70 anni.

Per i lavoratori e per le lavo-

ratrici dipendenti pubblici, la fascia di flessibilità è compresa tra 66 (età minima, oggi prevista per il pensionamento di vecchiaia) e 70 anni.

A tutti i requisiti anagrafici si applicano gli aumenti della speranza di vita (già previsti), con decorrenza dal 2013 (3 mesi già stabiliti dalla legge n. 122/2010 nella sua prima attuazione).

Permane il requisito minimo dell'anzianità contributiva di 20 anni previsto dal precedente ordinamento per la vecchiaia. L'accesso "anticipato" alla pensione è in ogni modo consentito con un'anzianità di 42 anni e un mese per gli uomini e di 41 anni e un mese per le donne, anch'essa indicizzata alla longevità.

Si prevedono penalizzazioni percentuali (1% per ogni anno di anticipo rispetto a 62 anni) sulla quota retributiva dell'importo della pensione, tali da costituire un effettivo disincentivo al pensionamento anticipato rispetto a quello di vecchiaia. La percentuale è elevata al 2% per ogni ulteriore anno di anticipo rispetto a 2 anni.

Posticipato al 4 dicembre 2011 (rispetto al 31 ottobre 2011 del testo originario del decreto-legge) il limite temporale per gli accordi sindacali per l'individuazione delle categorie comprese nel contingente di lavoratori (fissato a 50mila) cui continuano ad applicarsi le disposizioni previgenti in materia di requisiti di accesso e di regime di decorrenza dei trattamenti pensionistici (cosiddette "finestre") è fissato nei limiti delle risorse stabilite dalla decreto (pari a 240 milioni per il 2013, a 630 milioni per il 2014, a 1.040 milioni di euro per l'anno 2015, 1.220 milioni di euro per l'anno 2016, 1.030 milioni di euro per l'anno 2017, 610 milioni di euro per l'anno 2018 e 300 milioni di euro per l'anno 2019).

Abrogato, a partire dai casi posteriori al 4 dicembre 2011, l'istituto dell'esonero dal servizio nel quinquennio

Proroga indispensabile per colpa delle Regioni

Milleproroghe: ancora un anno per l'Intramoenia allargata

Intervista al Segretario nazionale Costantino Troise all'indomani della proroga al 31 dicembre 2012

Dottor Troise anche per il prossimo anno l'intramoenia allargata è salva. Rimane però il fatto che si continua ad andare avanti proroga in proroga da troppi anni senza alcun cambiamento evidente. Cosa ne pensa?

Il problema reale è che fino ad ora, anche a causa della restrizione delle risorse, ma non solo, non è stato manifestato un programma chiaro teso a superare un regime di proroga ad oltranza. Eppure un passo in avanti era stato fatto: avevamo infatti contribuito a definire con l'ex ministro Fazio un testo approvato poi dalla Conferenza Stato Regioni del 18 novembre 2010, per noi era un punto di partenza importante per iniziare a disciplinare l'istituto. Peccato che nulla è accaduto. Il vero nodo è che fino a quando non si metterà in atto una volontà esplicita di riportare anche la forma allargata

dell'intramoenia nell'attività ordinaria delle aziende nessun passo avanti si farà su questa strada. Quindi ciò che era nato come transitorio vive ancora come tale, e probabilmente continuerà ad essere così anche per il futuro se Regioni e Aziende sanitarie non arriveranno ad accordi con le organizzazioni sindacali per regolamentare meglio l'intera attività evitando da un lato abusi da parte delle aziende, dall'altro comportamenti opportunistici che possono manifestarsi in un sistema a maglie larghe. Le Regioni devono mettere, una volta per tutte, un punto fermo a questa transitorietà ad oltranza. Noi siamo disponibili a confrontarci.

Un immobilismo delle Regioni dettato da mancanza di risorse?

Non direi. I soldi sono stati anche spesi e in molte realtà sono stati creati spazi nuovi, ma per essere adibiti ad altre

attività, non a questa. Altre Regioni poi non hanno mai chiesto accesso ai fondi a disposizione. La verità è che c'è una cattiva volontà da parte delle Regioni e delle Aziende a realizzare questo obiettivo.

Il motivo?

Perché continua a diffondersi l'idea che la libera professione intramoenia è un favore fatto ai medici. Quindi non vale la pena di impegnarsi né in attività di organizzazione, né di controllo, e ci si affida ad un fai da te locale. Spero che ora con il ministro Balduzzi riusciremo a definire chi deve fare cosa. Questa è una materia che rientra nell'ambito dell'autonomia regionale. Che si continui a prorogare di anno in anno questo istituto con atto centralistico è un di più di cui potremmo fare a meno. Tanto varrebbe che ogni Regione andasse a determinare tempi e modi per arrivare ad una stabilizzazione dell'attività.

antecedente la maturazione dell'età massima contributiva di 40 anni.

Prevista l'individuazione di una categoria di lavori con diritto ad accesso ai fondi di solidarietà che restano a carico degli stessi fondi fino al compimento di almeno 59 anni di età, benché maturino prima del compimento del 59imo anno di età i requisiti per l'accesso alla pensione previsti prima dell'entrata in vigore della manovra.

In via eccezionale per i lavoratori dipendenti del settore privato le cui pensioni sono liquidate a carico dell'assicurazione generale obbligatoria e delle forme sostitutive della medesima:

a) i lavoratori che abbiano maturato un'anzianità contributiva di almeno 35 anni entro il 31 dicembre 2012 i quali avrebbero maturato, prima della data di entrata in vigore del presente decreto, i requisiti per il trattamento pensionistico entro il 31 dicembre 2012 ai sensi della Tabel-

la B allegata alla legge 23 agosto 2004, n. 243, e successive modificazioni, possono conseguire il trattamento della pensione anticipata al compimento di un'età anagrafica non inferiore a 64 anni; b) le lavoratrici possono conseguire il trattamento di vecchiaia oltre che, se più favorevole, ai sensi del comma 6, lettera a), con un'età anagrafica non inferiore a 64 anni qualora maturino entro il 31 dicembre 2012 un'anzianità contributiva di almeno 20 anni e alla medesima data conseguano un'età anagrafica di almeno 60 anni.

La rivalutazione automatica dei trattamenti pensionistici è riconosciuta per gli anni 2012 e 2013 esclusivamente ai trattamenti pensionistici di importo complessivo fino a tre volte il trattamento minimo Inps, nella misura del 100 per cento. Per le pensioni di importo superiore a tre volte il trattamento minimo Inps e inferiore a tale limite, incrementato della quota di riva-

lutazione automatica, l'aumento di rivalutazione è comune attribuito fino a concorrenza del predetto limite maggiorato.

Il finanziamento del fondo istituito per il finanziamento di politiche attive per il lavoro (donne, giovani, ammortizzatori sociali), precedentemente stabilito in 200 milioni di euro per il 2012 e 300 milioni di euro per gli anni successivi, viene limitato fino al 2015, anno in cui il finanziamento scenderà da 300 milioni a 240.

Alla quota delle indennità di fine rapporto di cui all'articolo 17, comma 1, lettere a) e c), del testo unico delle imposte sui redditi (Tuir), approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, erogate in denaro e in natura, di importo complessivamente eccedente euro 1 milione non si applica il regime di tassazione separata di cui all'articolo 19 del medesimo Tuir. Tale importo concorre alla forma-

Il problema per l'intramoenia allargata è che fino ad ora, anche a causa della restrizione delle risorse, ma non solo, non è stato manifestato un programma chiaro teso a superare un regime di proroga ad oltranza

zione del reddito complessivo. Le disposizioni del presente comma si applicano in ogni caso a tutti i compensi e indennità a qualsiasi titolo erogati agli amministratori delle società di capitali. In deroga all'articolo 3 della legge 23 luglio 2000, n. 212, le disposizioni di cui al presente comma si applicano con riferimento alle indennità ed ai compensi il cui diritto alla percezione è sorto a decorrere dal 1 gennaio 2011.

Il contributo di perequazione sui trattamenti pensionistici più elevati è fissato al 15% per la parte eccedente i 200mila euro. Per effetto della disposizione, secondo i calcoli del Sole 24 ore, il contributo di solidarietà è pertanto rideterminato nel modo seguente: 5% per gli importi da 90mila a 150mila euro; 10% per gli importi da 150mila a 200mila euro; 15% per gli importi oltre i 200mila euro.

Per le Casse Professionali, che operano in regime di autonomia, si propone di adottare un dispositivo che impone alle casse medesime di adottare provvedimenti funzionali al riequilibrio di medio-lungo periodo dei conti, e ispirati al rispetto dell'equità intergenerazionale. In assenza di tali provvedimenti, si prevede anche per esse l'adozione del metodo contributivo pro rata dalla medesima data del 30 giugno 2012 anziché, come inizialmente previsto, il 1° gennaio 2012.

FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ. AUMENTO DELLE ADDIZIONALI IRPEF REGIONALI (ART. 28)

Si dispone l'aumento dell'aliquota base dell'addizionale regionale all'Irpef destinata al finanziamento del Servizio sanitario nazionale dallo 0,9 all'1,23% per un gettito di 2,085 miliardi di euro e, per un importo corrispondente

all'aumento, per le Regioni a statuto ordinario viene però prevista la riduzione della compartecipazione all'Iva, anch'essa destinata al finanziamento della sanità (comma 5) e per le Regioni a statuto speciale – nelle more dell'emanazione delle norme di attuazione – l'accantonamento di una quota delle compartecipazioni ai tributi erariali ad esse spettanti (commi 3 e 4). Disposizioni specifiche riguardano poi la Regione siciliana, in quanto ancora partecipe del Fondo sanitario nazionale.

Divieto per gli enti locali di procedere ad assunzioni di personale a qualsiasi titolo e con qualsivoglia tipologia contrattuale nel caso in cui l'incidenza delle spese di personale si superiore al 50% (invece del 40%) delle spese correnti.

Infine, saranno avviati i lavori per la ridefinizione delle regole del Patto di stabilità interno per le autonomie territoriali.

FARMACIE. I FARMACI CON RICETTA RESTERANNO ESCLUSIVA DELLE FARMACIE. MINISTERO E AIFA PREPARERANNO UNA NUOVA LISTA (PIÙ LIMITATA DELL'ATTUALE) DELLA FASCIA C CON RICETTA (ART. 32)

Le norme sulle farmacie escano radicalmente cambiate nel nuovo testo approvato.

Con il nuovo testo si stabilisce infatti che i farmaci con obbligo di ricetta, compresi quelli di fascia C, potranno essere venduti solo in farmacia. Mentre quelli a libera vendita saranno individuati dopo che il ministero della Salute e l'Aifa (entro 120 giorni) avranno stilato una lista specifica della fascia C, dove saranno compresi i farmaci per i quali per-

mane l'obbligo della ricetta e che quindi potranno essere venduti solo nelle farmacie. Quelli non compresi nella lista saranno invece liberalizzati. Esclusi a priori dalla liberalizzazione sono comunque i farmaci della lista stupefacenti, quelli con ricetta non ripetibile, i farmaci del sistema endocrino (pillola anticoncezionale) e quelli somministrabili per via parenterale.

Altra modifica quella alla soglia sotto la quale non scatteranno le liberalizzazioni: scende a 12.500 abitanti contro i 15mila del decreto. Prevista poi la possibilità di sconti sui farmaci oggetto del provvedimento e quindi sia su quelli della fascia C con ricetta che restano vendibili solo in farmacia che su quelli che entreranno in libera vendita anche nelle parafarmacie e nei

corner della grande distribuzione.

Confermato poi un decreto del ministero della Salute che dovrà fissare, entro 60 giorni, i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi degli esercizi commerciali (parafarmacie e corner) abilitati alla vendita dei nuovi medicinali liberalizzati.

ORDINI: CONFERMATA LA RIFORMA ENTRO IL 13 AGOSTO 2012, MA SONO FATTI SALVI I REGOLAMENTI PROFESSIONALI (ART. 33)

Le norme vigenti sugli ordinamenti professionali saranno abrogate, con effetto dal-

l'entrata in vigore dell'apposito regolamento governativo, e in ogni caso dalla data del 13 agosto 2012, solo se in contrasto con i principi di liberalizzazione previsti dalla manovra di luglio. Viene quindi scongiurata la abrogazione di fatto degli Ordini in caso di mancata riforma. In proposito, l'emendamento delle Commissioni prevede inoltre un nuovo comma in base al quale il Governo, entro il 31 dicembre 2012, è tenuto a redigere un testo unico delle disposizioni aventi forza di legge che non risultino abrogate a seguito dell'entrata in vigore del predetto regolamento governativo ovvero a decorrere dalla data del 13 agosto 2012.



Balduzzi presenta la **RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 2011**

LA FOTOGRAFIA DI UN PAESE IN BUONA SALUTE MA SEMPRE PIÙ "VECCHIO"

Siamo un paese longevo, anche se in alcune Regioni, Campania in testa, l'aspettativa di vita è più bassa della media. Malattie cardiovascolari e cancro le prime due cause di morte. Preoccupa la crescita del diabete. Si diventa mamma dopo i 30 anni. Siamo troppo sedentari e con il vizio del fumo. Ecco l'identikit della salute italiana

↳ a cura di Ester Maragò

Siamo in buona salute e sempre più anziani. L'Italia continua, infatti, a mantenere il primato di Paese più longevo. Nel 2008, la speranza di vita alla nascita, è arrivata a ben 78,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne. Un ul-

teriore piccolo passo in avanti rispetto al 2006 quando questa si attestava a 78,4 e 84 anni. Un grande balzo in avanti rispetto agli anni '90 quando le speranze di vita erano di 74 anni per i maschi e di 80 per le femmine.

Un miglioramento evi-

dente dello stato di salute degli italiani quindi, che si accompagna all'inevitabile crescita dell'indice di vecchiaia, ossia al rapporto tra popolazione di over65 e quella con meno di 15 anni: il 1° gennaio 2011 era pari al 144,5 %, con un incre-

mento di circa l'1,5% rispetto al 2010 quando era al 143%. E così gli over 65 hanno raggiunto il 20,3% della popolazione, mentre gli under 14 sono soltanto il 14%. Nessuna Regione è esente, il processo di invecchiamento interessa, infatti, tutte le

realità locali in particolare quelle settentrionali e centrali.

Del resto due indicatori danno il senso di questo progresso: dal 1980 ad oggi la mortalità generale si è dimezzata e quella infantile (già bassa) si è ulteriormente ridotta

Balduzzi: "Dalla Relazione le indicazioni per risolvere le criticità della sanità"

"La Relazione sullo stato di salute del Paese è una fotografia che non serve solo come memoria. È un thesaurus dal quale attingere. Una fonte di impegni che ci consente di passare da ciò che è culturalmente acquisito all'effettivamente praticato in tutti i gangli del sistema, al Nord

come al Sud. Per approdare infine al continuamente valutato e rivalutato, e chiudere così il circolo virtuoso dell'innovazione. Se si fa così, e in molte realtà già avviene, si realizza un'indicazione di tendenza utile per il nostro Ssn". È questa per il ministro della Salute Renato Balduzzi, la formula giusta per sanare il nostro sistema. Una strategia proposta in occasione della presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, una fotografia accurata della salute e dei servizi italiani, che Balduzzi scherzosamente ha definito un "mattoncino", un "elemento costitutivo del nostro sistema".

Sono stati molti i punti contenuti nella Relazione che hanno offerto il "la" alle riflessioni del ministro. "Abbiamo un sistema nel suo insieme buono - ha sottolineato Balduzzi - la riduzione dei decessi e dell'incidenza del tasso di mortalità sono indicatori di out look molto importanti e positivi per il nostro Paese. Così come i dati sulla diminu-

zione delle malattie cardiovascolari che confermano come l'adozione di sani stili di vita sia stata una scelta giusta. Che la scommessa sulla prevenzione è stata vincente".

Certo, il ministro ha anche riconosciuto che il nostro sistema, nonostante le innumerevoli positività, "conosce zone di grande luminosità" e altre che invece segnano il passo. Per questo "necessità di una maggiore omogeneità, prestando la massima attenzione alle situazioni critiche".

Come ad esempio quella della Campania, Regione che dai dati della Relazione ha mostrato con evidenza profonde incrinature. Ma per Balduzzi una via d'uscita c'è: "La risposta è nel prendere sul serio le regole e le buone pratiche. Le regole sono quelle che valgono per tutti e alle quali ogni sistema regionale deve rispondere, naturalmente dandosi poi regole di attuazione e articolazione secondo i propri bisogni locali. Ci sono poi le buone pratiche cui guardare. Sono una grande opportunità: se

qualcosa funziona in un determinato territorio e dimostra di avere la capacità di essere esportata va presa sul serio anche nelle altre realtà. Non meccanicamente, ma adattandola. Ecco perché - ha aggiunto - stiamo pensando, nei confronti delle Regioni in difficoltà, a un'azione di affiancamento continuo e ancora più forte di quella che è stata attuata finora. Certo al nostro impegno e alla nostra determinazione dovrà corrispondere quello delle istituzioni, degli operatori, e degli utenti".

Le sfide dietro l'angolo sono molte. E non di non poco peso. Si va dal Patto per la Salute (in cui inserire il Psn 2011-2013 rimodulandolo almeno temporalmente) ai nuovi Lea (nei quali inserire nuove malattie rare) per arrivare agli investimenti nell'edilizia sanitaria: "In tempi di mucche magrissime parlare di investimenti può sembrare un sottile scacco, questo è uno degli elementi decisivi per la nostra sanità. Per questo

porrò questo tema con forza nel nuovo Patto per la salute e in Consiglio dei Ministri, magari modificando le procedure ex art. 20". E va posta la massima attenzione anche alla ricerca scientifica, sulla quale ci sono novità in arrivo: "Con il collega Profumo - ha annunciato Balduzzi - abbiamo preso i primi accordi per una mappatura delle ricerche biomediche complessive. Conosciamo troppo poco e in questo momento non possiamo permetterci di non sapere. Non possiamo permetterci duplicazioni, ma dobbiamo concentrare l'attenzione verso obiettivi prioritari".

Ma per chiudere il cerchio, la parola chiave deve essere "appropriatezza". "Fino a 15 anni fa - ha ricordato il ministro - era un vocabolo sconosciuto. Ora è il terreno di lavoro di ciascuno di noi". Soprattutto in vista del percorso di avvicinamento al federalismo fiscale che "se ben inteso è una grande opportunità, che la sanità per molti versi ha già anticipato da tempo".

Renato Balduzzi



Ecco in sintesi i punti più qualificanti della Relazione

STRUTTURA DEMOGRAFICA

La popolazione italiana ha superato al 1° gennaio 2011 il traguardo storico dei 60 milioni di abitanti, esattamente 60 milioni e 626.442 unità. Il Nord è il più popolato con 27 milioni e 700mila residenti, pari al 45,8% del totale. Al Centro sono, invece, gli abitanti sono quasi 12 milioni, il 19,7%, mentre nel Mezzogiorno raggiungono i 21 milioni, pari al 34,5%. Gli stranieri residenti nel nostro Paese sono circa 4 milioni e 500 mila, con un incremento di 335.258mila persone rispetto all'anno precedente e rappresentano il 7,5% della popolazione totale.

ASPETTATIVA DI VITA E INDICE DI VECCHIAIA

In Italia si vive sempre di più: nel 2008 la speranza di vita alla nascita è di circa 78,8 anni per gli uomini e di 84,1 per le donne (era di 74 anni per gli uomini e di 80 per le donne nei primi anni '90, mentre nel 2006 era di 78,4 e 84 anni, rispettivamente per gli uomini e per le donne). Invece a 65 anni si stima una sopravvivenza di 17,9 per i maschi e 21,6 anni per le femmine. Il divario tra uomini e

donne, rimane quindi elevato e pari a 6 anni. Un differenziale che tuttavia si riduce quando si ragiona in termini di qualità della vita. E così, secondo i dati rilevati nel 2007, sebbene le donne abbiano una vita media di 5,5 anni più elevata degli uomini (84,2 anni rispetto ai 78,7), si trovano a vivere con disabilità in media 6,4 anni in più (22,3 anni rispetto ai 15,9).

Comunque, le donne italiane, un primato lo conquistano: sono tra le più longeve d'Europa. Il valore di 84,2 anni è di pochissimo più basso di quello delle spagnole (84,3 anni) e della francesi (84,9 anni). Gli uomini invece sono terzi solo agli islandesi e agli svedesi.

DIFFERENZA TRA NASCITE E DECESSI

Nel 2010 la differenza tra nascite e decessi ha registrato un saldo negativo di 25.544 unità. Il numero dei nati vivi nel 2010 è di 562mila bambini per un tasso di natalità pari a 9,3 per mille abitanti. I decessi sono 587.488 per un tasso di mortalità pari a 9,7 per mille abitanti. Dal secondo dopoguerra a oggi, è il livello di mortalità più alto dopo il 2009 a conferma del profondo processo di invec-

chiamento della popolazione italiana.

E, infatti, è cresciuto l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione di over65 e quella con meno di 15 anni): il 1° gennaio 2011 è del 144,5 %, con un incremento di circa l'1,5% rispetto al 2010 (era al 143%). Il processo di invecchiamento interessa tutte le Regioni, particolarmente quelle settentrionali e centrali. Gli over 65 hanno raggiunto il 20,3% della popolazione, mentre gli under 14 sono soltanto il 14%.

LE REGIONI DOVE SI VIVE DI PIÙ ...

I miglioramenti delle aspettative di vita ci sono stati, seppure con entità diverse, in tutte le Regioni. Sono stati generalmente più alti nelle Regioni inizialmente più svantaggiate e, anche se rimane una forte co-gradiazione tra il 2008 e il 2001, diminuisce la forbice tra gli estremi.

Il quadro migliore è quello della regione Marche, con un tasso di mortalità più basso per entrambi i sessi. Per le sole donne è comunque Bolzano a presentare il dato migliore con una speranza di vita femminile di 85,2 anni. Tra le Regioni che hanno avuto miglioramenti importanti per entrambi i sessi spicca la Regione Sardegna.

... E DI MENO.

Spetta invece alla Campania il titolo di Regione con la più alta mortalità d'Italia sia per gli uomini sia per le donne. Tradotto in termini di speranza di vita vuol dire che un uomo campano vive 1,6 anni in meno della media italiana e ben 2,6 anni in meno di un marchigiano; una donna campana 1,5 anni in meno rispetto alla media nazionale, e ben 2,6 in meno rispetto a una donna di Bolzano.

CAUSE DI MORTE E MALATTIE

Il 70% dei decessi (396.692 nel 2008) sono dovuti a tumori e patologie cardiovascolari.

Ma nel 2008 le malattie cardiovascolari diventano la prima causa di morte per gli uomini (97.953 decessi su 281.824 totali), superando quindi le neoplasie (97.441). Per le donne invece le patologie circolatorie

sono la causa preminente (43%), mentre i tumori si attestano sul 25%. La terza causa di morte è rappresentata dalle malattie dell'apparato respiratorio: al 7% tra gli uomini (dato in leggera flessione rispetto alla Relazione 2008-2009), e al 6% tra le donne, in leggero aumento rispetto al passato (5,4). Gli uomini muoiono poi per cause violente (5%), le donne per malattie endocrine e del metabolismo (5%), in particolare per diabete mellito responsabile da solo del 4% dei decessi femminili.

La mortalità per tumori e quella per malattie del sistema circolatorio è maggiormente evidente nelle Regioni più industrializzate del Paese in termini di mortalità per tumori, e a sfavore delle Regioni meridionali in termini di mortalità per malattie cardiovascolari. In Campania si registra così il tasso più alto di mortalità degli uomini per neoplasia del polmone.

La prima causa di morte nella fascia d'età 1-14 anni sono le condizioni morbose di origine perinatale (40%). Le malformazioni congenite e anomalie cromosomiche interessano il 22%; i tumori infine rappresentano la terza causa di morte più frequente nel 10% dei casi.

I RICOVERI IMPROPRI

Con più prevenzione si potrebbero evitare quasi 940 mila ricoveri all'anno. Nel 2008, su circa 12 milioni di dimissioni ospedaliere registrate, poco meno di 940mila riportavano come diagnosi principale una delle patologie del gruppo di cause prevenibili con interventi di prevenzione primaria. Anche per le ospedalizzazioni, come per la mortalità, si evidenziano importanti differenze di genere; l'ospedalizzazione definita "prevenibile" pesa per il 4,8% sul totale delle ospedalizzazioni femminili e per l'11,3% su quelle maschili e, se si considera solo la popolazione sotto i 75 anni di età, le percentuali salgono a 14,2% per gli uomini e a 6,1% per le donne.

La componente maggiore del gruppo di cause di ospedalizzazione contrastabili con inter-

segue a pag. 10

La prima causa di morte nella fascia d'età 1-14 anni sono le condizioni morbose di origine perinatale (40%)

Tabella 1 - Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per Regione di residenza e sesso

Anno 2008

Regione di residenza	Speranza di vita alla nascita		Speranza di vita a 65 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Abruzzo	76,7	81,8	17,8	21,4
Basilicata	76,5	81,7	17,8	21,7
Brescia	78,8	84,9	19,9	23,6
Calabria	75,2	80,3	16,2	20,4
Campania	75,2	80,3	16,2	20,4
Emilia-Romagna	78,8	84,9	19,9	23,6
Friuli-Venezia Giulia	78,8	84,9	19,9	23,6
Liguria	78,8	84,9	19,9	23,6
Lombardia	78,8	84,9	19,9	23,6
Marche	78,8	84,9	19,9	23,6
Molise	76,7	81,8	17,8	21,4
Monte Carlo	78,8	84,9	19,9	23,6
Puglia	76,7	81,8	17,8	21,4
Piemonte	78,8	84,9	19,9	23,6
Puglia	76,7	81,8	17,8	21,4
San Marino	78,8	84,9	19,9	23,6
Sardegna	78,8	84,9	19,9	23,6
Sicilia	76,7	81,8	17,8	21,4
Toscana	78,8	84,9	19,9	23,6
Trentino-South Tyrol	78,8	84,9	19,9	23,6
Umbria	78,8	84,9	19,9	23,6
Valle d'Aosta	78,8	84,9	19,9	23,6
Veneto	78,8	84,9	19,9	23,6
Italia	78,8	84,1	17,9	21,6

Fonte: Istat, <http://www.istat.it> - Anno 2008

1

ASSICURAZIONI e POLIZZA DI TUTELA LEGALE

POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE DA COLPA GRAVE

In accordo con la Morganti Insurance Brokers per tutti gli iscritti Anaa Assomed **una polizza esclusiva** di Responsabilità Civile per Colpa Grave dei Medici dipendenti compresi gli specializzandi.

- Copertura Assicurativa dalle azioni di rivalsa della P.A. a seguito di errori od omissioni compiuti con "Colpa Grave", compresi intramoenia e danni da interventi di primo soccorso per motivi deontologici
- Copertura sul singolo, anche in caso di mobilità
- Retroattività fino a 10 anni precedenti alla data di decorrenza della polizza
- Massimale: €5.000.000 annuo per persona, per sinistro e/o sinistri in serie
- Nessuna franchigia
- Postuma da 2 a 7 anni per cessazione volontaria dell'attività professionale

POLIZZA DI TUTELA LEGALE

Solo per gli Associati e senza alcun costo, la nostra Polizza di Tutela Legale a copertura dei procedimenti Penali e Civili, illeciti amministrativi e controversie di lavoro.

Il servizio garantisce:

- difesa nei procedimenti penali, civili e per gli illeciti amministrativi;
- difesa in procedimenti disciplinari e nelle controversie contrattuali;
- resistenza avverso richieste di risarcimento danni;
- difesa, in qualità di conducente, nei procedimenti penali per violazione di legge collegati alla circolazione stradale;
- retroattività di 24 mesi per la difesa penale;
- garanzia postuma di 12 mesi.

La polizza copre inoltre:

- gli onorari e le spese sostenute per un legale scelto dall'Associato senza limite territoriale;
- le spese giudiziarie;
- gli onorari dei consulenti tecnici di parte;
- le spese di viaggio.

Il massimale per ciascun Associato è di €25.000 per ogni sinistro senza limite annuo. Il tetto può essere elevato fino a €100.000 per sinistro.

2

I NUOVI SERVIZI LEGALI

Grazie ai nuovi servizi legali, gli iscritti hanno a loro disposizione gratuitamente un avvocato che li segue sia nell'attività di consulenza che nella difesa stragiudiziale e non dovranno più necessariamente rivolgersi ad un proprio legale di fiducia e sostenere costi aggiuntivi.

Il servizio offre:

- **HELP DESK TELEFONICO** e presenza presso la sede Anaa Assomed di Roma dei legali convenzionati nei giorni dispari.
- **REPERIBILITÀ TELEFONICA DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ**
È prevista anche l'eventuale reperibilità in sede dei legali, qualora si rendesse necessario in relazione all'urgenza delle richieste.

www.anaao.it

**ANAAO
ASSOMED**
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

CAMPAGNA 2012

4 RAGIONI PER ISCRIVERSI

■ CONSULENZA NORMATIVA, CONTRATTUALE E GIURISPRUDENZIALE

Il servizio consiste nella predisposizione di schede tecniche sull'evoluzione normativa e giurisprudenziale sulle tematiche di maggiore interesse per l'Associazione e per gli iscritti

■ PARERI LEGALI

Elaborazione di pareri scritti in materia di lavoro e sindacale che consente di fornire risposte definitive, concise e risolutorie alle problematiche degli iscritti.

■ COMUNICATI, CIRCOLARI, E LETTERE SINDACALI

Il servizio offre assistenza tecnica nella redazione di documenti sindacali (direttive, circolari, comunicati, modelli di istanza). I dirigenti sindacali potranno richiedere ai legali la predisposizione di lettere per la formulazione di richieste e/o l'intimazione di diffide da parte delle rappresentanze sindacali aziendali.

■ LETTERE LEGALI STRAGIUDIZIALI

Gli iscritti possono beneficiare gratuitamente della predisposizione da parte dei legali, di istanze, comunicazioni e lettere di diffida personalizzate. Le lettere saranno redatte e firmate dagli avvocati, in nome e per conto dell'iscritto.

■ ASSISTENZA NEI PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

Gli iscritti sottoposti a procedimenti disciplinari che possono dar luogo a sanzioni di particolare gravità (sospensione dal servizio per più di 10 giorni), possono richiedere l'assistenza legale, anche a supporto di quella sindacale, nell'ambito delle diverse fasi del procedimento disciplinare (redazione di memorie scritte, audizioni personali, repliche).

■ ARTICOLI E PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

Il servizio consiste nella redazione di articoli su specifiche questioni giuridiche attinenti al rapporto di lavoro del dirigente medico da pubblicare sui periodici dell'ANAAO ASSOMED.

IN PIÙ RIVERTI

3

SCUOLA FORMAZIONE QUADRI

Una classe di dirigenti costituita da professionisti di elevata qualità e professionalità.

Questo l'obiettivo che l'Anaa Assomed intende raggiungere attraverso la SCUOLA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE DEI QUADRI DIRIGENZIALI, basata sui seguenti principi:

- 1) conoscenza diffusa degli aspetti peculiari della storia, dell'organizzazione e delle regole statutarie dell'Anaa Assomed e condivisione delle specificità del progetto di sindacalismo che l'hanno caratterizzata fin dalla sua fondazione;
- 2) acquisizione di un'omogenea conoscenza delle norme e dei principi, organizzativi e gestionali, presenti in campo sanitario, nel pubblico impiego e nei CCNL;
- 3) comprensione e dominio tecnico dei principi, delle norme e delle metodologie che regolano il "sistema delle relazioni sindacali" a tutti i livelli;
- 4) conoscenza e dominio tecnico delle metodologie di contrattazione; condivisione delle soluzioni contrattuali e delle scelte adottate in alcune realtà aziendali o regionali dell'Associazione;

- 5) superamento della sensazione, attualmente diffusa soprattutto fra i quadri aziendali, di disagio per inadeguatezza culturale e tecnica al moderno ruolo sindacale.

STRUTTURA DEI CORSI

Gli eventi formativi della scuola quadri sono articolati in 3 tipologie di corsi di livello differente, rivolti a tipologie di quadri associativi diverse e con obiettivi specifici anch'essi diversi:

- **CORSO BASE:** ogni anno sono organizzati almeno 3 Corsi con l'obiettivo di fornire elementi di base costitutivi, omogenei ed esaustivi sulle materie contrattuali e su argomenti organizzativi del Ssn.
- **CORSO AVANZATO:** ogni anno la Scuola Quadri organizza almeno 1 Corso avanzato monotematico, a modello di master di approfondimento, su argomenti attuali di particolare interesse strategico.
- **CORSO "PROMOZIONALE":** corso di aggiornamento aperto ai medici della zona individuata, iscritti e non al sindacato.

4

FONDAZIONE PIETRO PACI

**Formazione
Ricerca
Editoria
Cooperazione internazionale
in ambito sanitario**

La Fondazione Pietro Paci nasce nel 2003 con lo scopo di fornire agli iscritti all'Anaa Assomed un percorso formativo, riconosciuto dalla Commissione Nazionale per l'Educazione continua in medicina del Ministero della salute. Obiettivo della Fondazione è quello di sviluppare conoscenze e competenze nel campo della gestione e organizzazione dei servizi sanitari per consentire l'esercizio autorevole e responsabile del ruolo dirigenziale.

I CORSI IN CATALOGO

- L'Ospedale organizzato per intensità di cure e la relazione con il territorio
- Elementi di economia sanitaria
- La valutazione delle prestazioni sanitarie
- Prevenzione e gestione delle situazioni conflittuali
- La comunicazione efficace ed eticamente corretta in sanità
- La sindrome del burn-out
- Il rischio in sanità
- Linee-guida ed oltre
- La ricerca e l'innovazione nelle strutture del Ssn
- La medicina delle migrazioni

Il calendario dei corsi e tutte le informazioni sul sito
www.fondazionepietropaci.it

segue da pag. 7

La sintesi della Relazione sullo stato sanitario del Paese

venti di prevenzione primaria è costituita dalle cause "esterne" e cioè gli avvelenamenti e i traumi, che rappresentano complessivamente il 62,6% del gruppo di cause considerato, ma arrivano a rappresentare ben il 73,2% tra le donne (contro il 57,6% tra gli uomini); al secondo posto, in termini percentuali, vi sono le malattie ischemiche del cuore (che rappresentano il 27,7% del totale fra gli uomini e il 18,1% fra le donne), infine il gruppo dei tumori (12,1% tra gli uomini e 6,6% tra le donne).

LE PRINCIPALI MALATTIE

Le malattie cardiovascolari nel 2008 hanno causato 224.482 morti: 97.952 uomini e 126.530 donne, pari al 38,8% del totale dei decessi (erano 240.253 nel 2003, 140.987 uomini e 135.266 donne, pari al 41,1% dei decessi totali). E la mortalità totale per queste patologie negli ultimi 40 anni si è dimezzata (-53% tra il 1970 e il 2008) influenzando positivamente sul trend in discesa della mortalità generale.

Le neoplasie rappresentano la seconda causa di morte nel nostro Paese: la prima tra gli adulti e la seconda tra gli anziani. Ma dal 1998 al 2005 la mortalità è diminuita soprattutto per effetto della migliore sopravvivenza dei malati: alla fine degli anni '70 la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi di cancro era del 33% ed è salita al 47% nei primi anni '90. Tuttavia, nel 2008, i nuovi casi di tumore diagnosticati in Italia sono stimati in circa 254mila, 132mila fra gli uomini e 122mila fra le donne (fascia di età 0-84 anni), in aumento rispetto agli anni precedenti.

Per quanto riguarda le donne, la diagnosi più frequente (42%, oltre mezzo milione di italiane) è rappresentata dal tumore della mammella, seguito da colon-retto (12%), endometrio (7%) e tiroide (5%). Tra gli uomini, il 22% dei casi prevalenti (quasi 220mila) è costituito da pazienti con tumore della prostata, 18% della

vescica e 15% del colon-retto. Quasi un milione e 300mila italiani (2,2% della popolazione) sono lungo-sopravvissuti, hanno cioè avuto una diagnosi di tumore da più di 5 anni. E sono spesso liberi da malattia e da trattamenti antitumorali. Quasi 800mila persone (l'1,5% della popolazione) sono vive dopo oltre 10 anni dalla diagnosi di tumore.

TREND IN CONTINUO AUMENTO PER IL DIABETE

come conseguenza dell'epidemia di obesità legata a modificazioni degli stili di vita: nel 2010 era diabetico circa il 4,9% della popolazione pari a circa 3 milioni le persone colpite. Le percentuali relative alla prevalenza del 4,4% al Nord (era al 3,9 nella Relazione 200-2009), del 4,8% al Centro (era al 4,1) e del 5,6% al Sud (era al 4,6) in linea con un analogo gradiente Nord-Sud di prevalenza di obesità.

SALUTE MATERNA E NEONATALE

L'età media delle mamme italiane è di 32,4 anni, mentre scende a 28,9 anni per le cittadine straniere. Ma continua l'invecchiamento delle mamme italiane, il 5,7% dei nati ha una madre con almeno 40 anni, e prosegue la diminuzione dei nati da madri di età inferiore a 25 anni.

Il tasso di natalità varia da 7,7 nati per mille in Liguria a 11,0 nella Provincia Autonoma di Bolzano rispetto a una media nazionale di 9,6 per mille.

Dall'entrata in vigore della Legge 40 è in aumento costante il numero delle coppie che accedono alle tecniche di Pma, dei cicli iniziati, delle gravidanze ottenute e dei bambini nati. Nel 2009 i nati a seguito della Pma sono stati 8.043 contro 7.492 nel 2008. Secondo i dati del Certificato di assistenza al parto, nel 2008, sono stati realizzati 511.436 parti. Nell'84,60% delle gravidanze state effettuate più di 4 visite di controllo; in media sono state eseguite più di 3 ecografie nel 73,2% delle gravidanze. Il 16,9% dei parti riguarda madri straniere.

Il 67,0% dei parti avviene in 210 strutture con almeno mille parti annui (sono il 37,3% dei punti nascita totali). Il 9,1% dei parti accade, invece, in strutture che accolgono meno di 500 parti annui (il 30,2% delle strutture).

Dai dati Cedap si rileva che il 37,8% dei parti avviene con taglio cesareo (38,4% è il dato delle Sdo), con notevoli differenze regionali, e con un ricorso più elevato nelle case di cura accreditate (60,5% dei parti contro il 34,8% negli ospedali pubblici). Il parto cesareo è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto a quelle straniere; la percentuale è del 39,8% nelle madri italiane e del 28,4% nelle madri straniere.

STILI DI VITA

La pigrizia uccide quanto molte patologie: l'inattività fisica è al quarto posto tra le principali cause di morte dovute a malattie croniche, quali disturbi cardiaci, ictus, diabete e cancro, contribuendo a oltre 3 milioni di morti evitabili l'anno a livello mondiale. E sempre alla mancanza di attività fisica è correlato l'aumento dei livelli di obesità infantile e adulta.

E anche il fumo continua mietere vittime: si stima siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70mila alle 83mila morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 e i 65 anni di età. Tuttavia nel 2010, secondo i dati Istat, la percentuale dei fumatori, pressoché costante da diversi anni, è pari al 22,8% (maschi 29,2%, femmine 16,9%), in leggero calo rispetto al 2009. Nel 2003, prima della Legge 3/2003, la prevalenza era del 23,8% (maschi 31%, femmine 17,4%). Nel periodo 2000-2009, la prevalenza ha continuato a scendere negli uomini a un ritmo dello 0,9% annuo, arrivando, nel 2009, al 29,5%. Nelle donne, dal 2000 in poi, si è assestata intorno al 17%.

Aumenta il numero delle persone che hanno provato a smettere di fumare e ci sono riuscite: secondo la Doxa sono passati dal 17,5% del 2009 al 18,4% nel 2010. Nell'ultimo anno si stima che abbiano smesso di fumare più di 560mila fumatori.

LE RISORSE ECONOMICHE

I primi dati disponibili sulle spese del Ssn nel 2010, relativi al quarto trimestre, indicano un livello di spesa che si attesta sui 111,168 miliardi di euro. L'analogo dato consolidato per l'anno 2009 era di 110,219 miliardi di euro, indicando un incremento annuo dello 0,9%, inferiore a quello registrato nel 2009 (2,9%), ma superiore all'incremento annuo del Pil (2,2%). La quota del Pil assorbita dal Ssn nel 2010, pari al 7,10%, risulta quindi lievemente inferiore a quella del 2009 (7,20%).

Una dinamica simile si osserva anche dal lato del finanziamento del Ssn, che nel 2010 rappresenta il 7,0% del Pil, come registrato nel 2009, seppure a fronte di un rallentamento più marcato del trend: +1,8% nel 2010 rispetto al +3,2% del 2009. Il 2010 fa pertanto ancora rilevare un disavanzo del Ssn di circa 2,3 miliardi di euro che ne prosegue il trend di tendenziale riassorbimento già avviato negli anni precedenti (era pari a 3,2 miliardi di euro nel 2009), con un più marcato rallentamento (da -6,3% del 2009 sul 2008 a -28,5%): il sistema sanzionatorio differenziato per le Regioni che non hanno sottoscritto il Pdr e per quelle che lo hanno sottoscritto introdotto per garantire l'effettiva copertura di disavanzi non coperti nel settore sanitario, unito agli incrementi dei finanziamenti destinati al Ssn negli ultimi anni, ha conseguito il risultato atteso di graduale raffreddamento della dinamica della spesa sanitaria e rientro dai disavanzi sanitari. Lieve riduzione del disavanzo nel 2010. Anche in termini relativi, il disavanzo indica nel 2010 una lieve riduzione, passando dallo 0,21% allo 0,15% del Pil. Portando l'analisi dal livello nazionale al livello regionale, si osserva come, sia nel 2010 sia nel 2009, i disavanzi sanitari continuano a rappresentare un fenomeno prevalentemente localizzato nel Centro-Sud del Paese e più in particolare in un gruppo di 4 Regioni (Lazio, Campania, Puglia e Sardegna) che spiegano oltre il 90% del disa-

vanzo complessivo netto del Ssn nel 2010. I valori procapite del disavanzo più elevati sono quelli del Lazio, seguito da Molise, Campania, Sardegna, Valle d'Aosta e Calabria.

RISORSE TECNOLOGICHE

Aumenta la presenza di apparecchiature biomedicali nel settore pubblico. Dal 2007 al 1° gennaio 2011 la disponibilità delle apparecchiature è in aumento soprattutto per quanto riguarda la Tc e la RM, infatti la prima apparecchiatura passa da un valore di 29,4 per 1mln di abitanti a 30,4, mentre la seconda passa da 18,1 per 1mln di abitanti a 20,7. Per quanto concerne le apparecchiature censite a partire dal 2007, risultano in totale 118 Pet e sistema Tc/Pet integrato con una disponibilità di 2 apparecchiature per 1mln di abitanti; la disponibilità di mammografi risulta invece pari a circa 189,2 per 1mln di donne di età compresa fra 45 e 69 anni. La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche risulta in aumento soprattutto nel settore pubblico, mostrando una disponibilità fortemente variabile a livello regionale.

RISORSE UMANE

In Italia, complessivamente, nel 2009 sono state rilevate 812.263 unità di personale operante quotidianamente nelle diverse strutture pubbliche, ospedaliere e territoriali e nelle case di cura private convenzionate regionali. Di queste sono 575.999 quelle che lavorano nel ruolo sanitario, 150.636 le unità appartenenti al ruolo tecnico, 94.481 nel ruolo amministrativo e 2.574 nel ruolo professionale. Nell'ambito del ruolo sanitario il personale medico è costituito da 144.068 unità e quello infermieristico da 311.188. Il rapporto tra infermieri e medici, a livello nazionale, si attesta sul valore di circa 2,2 infermieri per ogni medico.

IL PROBLEMA DELLA FUTURA CARENZA DI MEDICI

Per quanto attiene alla disponibilità di personale medico per il

La riorganizzazione della rete ospedaliera porterà a compimento per quelle prestazioni erogabili in più appropriati setting assistenziali i processi di deospedalizzazione in atto, promuovendo un modello di ospedale radicato nel territorio, funzionalmente collegato con le reti assistenziali presenti, anche mediante l'adozione di procedure e protocolli certificati e condivisi con le strutture territoriali, dotato di moderne tecnologie, collegato in rete con le altre strutture ospedaliere di diversa complessità individuate dalla programmazione regionale in base alla specifica vocazione, alla tipologia della casistica trattata, alla presenza crescente di alte tecnologie, fino ai Centri di eccellenza e ai Poli tecnologici

Tabella 2 - Distribuzione regionale degli istituti di ricovero pubblici ed equiparati per classi di posti letto e dimensione media delle strutture

Anno 2009: dati provvisori

Regione	Numero istituti pubblici per classi di posti letto			Totale istituti pubblici	Dimensione media (Posti letto)
	<120	125-400	>400		
Basilicata	0	11	10	21	340
Calabria	0	1	1	2	400
Lombardia	0	10	13	23	397
LAZIO	1	3	1	5	206
LAZIO	1	3	2	6	234
Liguria	1	12	10	23	349
Emilia Romagna	4	9	3	16	280
Liguria	1	9	9	19	344
Emilia Romagna	1	8	10	19	338
Toscana	10	12	16	42	291
Umbria	1	1	1	3	267
Marche	10	12	1	23	186
Lazio	21	31	13	65	226
Abruzzo	1	10	4	15	219
Molise	1	6	1	8	170
Campania	16	23	10	49	261
Puglia	4	26	6	36	252
Valle d'Aosta	4	4	1	9	275
Umbria	25	9	3	37	146
Valle d'Aosta	22	28	6	56	274
Sardegna	16	12	4	32	177
Totale	171	194	198	563	279

Nota: Sono state considerate tutte le tipologie di posti letto (day hospital, day surgery, degenza ordinaria e urgenza ordinaria e postoperatoria) rilevate attraverso il modello ISTAT, di cui vengono escludere attivi a tempo pieno. Per altre statistiche della Regione Friuli Venezia Giulia non sono stati inseriti i dati per l'anno 2009, per cui strutture sono stati considerati gli ultimi dati disponibili.

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale del Sistema Informativo - Ufficio di Direzione Statistica.

Ssn nei prossimi anni, occorre rappresentare alcune considerazioni. Se si considera l'attuale distribuzione per età dei medici impiegati nel Ssn si evince una forte concentrazione di personale nelle classi di età 50-55 e 55-60 anni, che rappresentano attualmente i due terzi del totale dei Dirigenti medici del Ssn.

Analoga previsione viene riprodotta per i Mmg: solo 5.800 dei 45mila medici iscritti al fondo Enpam per la Medicina generale hanno un'età inferiore a 50 anni e, pertanto, la quasi totalità dei Mmg (oltre l'87%) raggiungerà l'età pensionabile nei prossimi 15 anni.

La Salute ha richiesto un ampliamento dell'offerta formativa a partire dall'anno accademico 2008-2009, ottenendo, dall'anno accademico 2007/2008 all'anno accademico 2010-2011, una crescita del 29% dei posti disponibili. Tuttavia, essendo il possesso del titolo di specializzazione indispensabile per l'accesso al Ssn e determinante per l'esercizio stesso della professione, si può affermare che il percorso formativo di un medico si completa in circa 11 anni e, pertanto, occorrerà attendere il 2020 affinché il maggior numero di laureati/specializzati sia disponibile sul mercato del lavoro.

In ogni caso, allo stato non è ancora corretto parlare di "emergenza medici" nel breve periodo, in quanto negli ultimi anni i vincoli finanziari e il blocco di assunzioni hanno alimentato una sacca di inoccupazione dalla quale il Ssn potrebbe attingere

per assicurare un adeguato turnover delle risorse umane. È invece necessario che il ricambio generazionale avvenga nell'immediato futuro, anche al fine di garantire un opportuno e indispensabile trasferimento di competenze e abilità che solo la pratica clinica può assicurare.

FORMAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

La Commissione nazionale per la Formazione Continua ha delineato tra gli obiettivi di particolare rilievo per il Ssn e per i servizi sanitari regionali la formazione continua. Il nuovo sistema è stato avviato in prima fase come unica tipologia a cui sono stati applicati i nuovi obiettivi già dall'anno 2010 con l'accREDITAMENTO dei provider che erogano la formazione a distanza. Le aree di riferimento per l'accREDITAMENTO dell'offerta formativa Ecm riguardano: l'umanizzazione delle cure: trattamento del dolore acuto e cronico e palliazione; la qualità dei sistemi e dei processi clinico-assistenziali: applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'Evidence-Based Practice; appropriatezza delle prestazioni sanitarie nei Lea; sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia; aspetti relazionali (comunicazione interna, esterna con paziente) e umanizzazione delle cure; la conoscenza in tema di competenze specialistiche: contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, spe-

cializzazione e attività ultraspecialistica. Cresce la formazione a distanza: dalle 119 richieste di accREDITAMENTO del 2010 (partecipanti previsti 180mila circa) sono state proposte, per il 2011, oltre 450 richieste di accREDITAMENTO (partecipanti previsti 880mila circa).

DOTAZIONE POSTI LETTO IN DIMINUZIONE

Con l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, le Regioni si sono impegnate ad adottare provvedimenti volti a ridurre la dotazione di posti letto nel rispetto del nuovo standard di 4 posti letto ogni mille abitanti comprensivo di 0,7 posti letto per la riabilitazione e lungodegenza post-acute, incrementabile del 5% in base al peso della popolazione over75, e al contempo a ridurre le prestazioni ospedaliere ad alto rischio di non appropriatezza clinico-organizzativa in regime di ricovero ordinario o diurno. Per la definizione di un'ulteriore quota regionale di pl da dedicare in modo esclusivo o prevalente ai pazienti provenienti da altre Regioni l'Intesa rimanda a un ulteriore accordo non ancora siglato.

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA, E MAGGIORE INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO

La riorganizzazione della rete ospedaliera porterà a compimento per quelle prestazioni erogabili in più appropriati setting

assistenziali i processi di deospedalizzazione in atto, promuovendo un modello di ospedale radicato nel territorio, funzionalmente collegato con le reti assistenziali presenti, anche mediante l'adozione di procedure e protocolli certificati e condivisi con le strutture territoriali, dotato di moderne tecnologie, collegato in rete con le altre strutture ospedaliere di diversa complessità individuate dalla programmazione regionale in base alla specifica vocazione, alla tipologia della casistica trattata, alla presenza crescente di alte tecnologie, fino ai Centri di eccellenza e ai Poli tecnologici. L'assistenza, erogata nel rispetto degli standard di qualità e sicurezza delle cure, per processi caratterizzati da un elevato grado di interdisciplinarietà, polispecialità e integrazione, è modulata secondo l'intensità di cura richiesta per il singolo paziente, facilitata anche da scelte strutturali, di flussi e di percorsi di tipo flessibile, prioritizzando, ove appropriato, modalità alternative al ricovero ordinario, anche al fine di un maggiore gradimento dei pazienti.

TASSO OSPEDALIZZAZIONE PER ACUTI, AMPIE DIVERGENZE REGIONALI

Nel 2009 il tasso di ospedalizzazione nei reparti per acuti in regime ordinario è di 120 dimissioni ogni mille residenti, con ampie variazioni regionali; la dotazione di posti letto per acuti in regime di ricovero ordinario nelle strutture pubbliche ed equipara-

te, nonché presso le strutture private accreditate, è di circa 212mila unità, mentre nei reparti di riabilitazione e lungodegenza è poco superiore a 37mila unità. Questa dotazione di posti letto, se rapportata alla popolazione residente, corrisponde rispettivamente a 3,5 e 0,6 posti letto per mille abitanti.

STRUTTURE CON OLTRE 400 POSTI LETTO CONCENTRATE AL CENTRO-NORD

Per l'assistenza ospedaliera il Ssn si avvale di 1.173 istituti di cura, di cui 638 pubblici ed equiparati, corrispondenti al 54%, e 535 case di cura private accreditate, che rappresentano il 46% del totale degli istituti. Complessivamente, a livello nazionale, la dotazione media, nel 2009, è di 315 posti letto per struttura, in lieve calo a fronte dei 319 registrati nell'anno 2007. Si ha una concentrazione di strutture, con dotazione di posti letto superiore a 400, in Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Toscana. Sempre a livello nazionale circa il 41% delle strutture ospedaliere pubbliche ed equiparate presenta medie dimensioni, in termini di dotazione di pl per ricoveri in regime ordinario e day-hospital. Più del 33% ha una dotazione inferiore ai 120 pl e tali strutture sono prevalentemente presenti in alcune Regioni del Centro e in quelle del Sud. Le restanti strutture del Centro-Nord presentano prevalentemente medie dimensioni.

CRESCE DEL 10% L'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Adi è stata garantita a 526.568 persone, con una media nazionale di 877 per 100mila abitanti. L'84,0% di queste è rappresentato da anziani e il 9,4% da malati terminali. Confrontando questi dati con quelli del 2007 si nota un incremento di circa il 10% delle persone prese in carico.

RIABILITAZIONE: AUMENTA DISPONIBILITÀ POSTI LETTO, MA CON DIFFERENZE REGIONALI

I volumi di attività e la distribuzione dei servizi sono molto sbilanciati tra le diverse Regioni e, talvolta, tra aree diverse della medesima Regione, o verso risposte prevalenti in regime di ricovero o in regime ambulatoriale. Tutte le Regioni hanno affrontato la fase intensiva in regime di degenza ordinaria con l'attivazione di strutture dedicate – pubbliche ospedaliere, ospedaliere accreditate ed extraospedaliere – con percentuale diversa da Regione a Regione, mentre sulla fase estensiva gli interventi riabilitativi sono spesso articolati in maniera sovrapposta a quelli di mantenimento, e talvolta si confondono con gli interventi di inclusione sociale.

L'attività ospedaliera nelle discipline di Recupero e riabilitazione funzionale, Neuroriabilitazione e Unità Spinale viene erogata quasi esclusivamente in regime di degenza ordinaria. Poco meno del 9% dei posti è dedicato alle prestazioni in modalità diurna. La disponibilità di pl è cresciuta sia in termini assoluti (4 punti % in 7 anni), sia in rapporto all'offerta ospedaliera nel complesso, arrivando alla percentuale del 10,65% sul totale dei posti letto nel 2009 e si attesta sul valore medio nazionale dello 0,4%, mostrando una disomogeneità tra le diverse Regioni. Analoghe differenze si evidenziano per il tasso di ospedalizzazione e nella dotazione di posti "ex art. 26", producendo una condizione di sostanziale difformità nell'approccio operativo complessivo.

SICUREZZA DEI PAZIENTI

La sorveglianza degli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità che causano morte o grave danno al paziente) è un'importante azione di sanità pubblica, strumento indispensabile per la prevenzione e la promozione della sicurezza delle cure. Il Ministero ha avviato già dal 2005 il monitoraggio e l'analisi degli eventi sentinella. Con il Dm 11 dicembre 2009 è stato istituito, nell'ambito del Nsis, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (Simes), che fa capo all'Osservatorio nazionale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella (OsMES) presso la Dg della Programmazione Sanitaria.

EVENTI AVVERSI

Rispetto al I Rapporto, pubblicato nell'ottobre 2007, emerge un progressivo miglioramento delle modalità di analisi degli eventi e nel 40,5% dei casi è stato individuato un Piano di azione per prevenire il ripetersi dell'evento; nella rilevazione precedente tale percentuale era del 20%. In relazione alle segnalazioni di eventi avversi, il "Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale" ha rappresentato l'evento più frequentemente segnalato (22,9%); la seconda categoria (17,1% di segnalazioni) è rappresentata da "eventi non classificabili"; l'evento "Morte o grave danno per caduta di paziente è la terza categoria (9,9%). L'esito "decesso" ha caratterizzato il 54,8% degli eventi segnalati. Più del 40% degli eventi è occorso nelle stanze di degenza, mentre il 25,7% si è verificato in sala operatoria.

SICUREZZA FARMACOLOGICA

Gli errori più frequenti sono legati all'uso dei farmaci Lasa. Per quanto attiene alla sicurezza della terapia farmacologica, si rileva che tra gli errori sono molto frequenti quelli legati all'uso dei farmaci cosiddetti "Look-Alike/SoundAlike" ovvero "Lasa", acronimo che indica i farmaci che possono essere scambiati con altri per la somiglianza grafica e/o fonetica del nome. In

questo campo è stato sviluppato uno specifico progetto "Farmaci Lasa e Sicurezza dei pazienti" nell'ambito del quale è stato redatto un elenco di farmaci Lasa disponibile sul sito web del Ministero.

SICUREZZA IN SALA OPERATORIA

Il 90% delle Aziende la adotta. In accordo con il programma "Safe Surgery Saves Lives" dell'Oms, il Ministero ha provveduto alla traduzione e adattamento delle Linee guida Oms e della check list per la sicurezza in sala operatoria. In particolare, per quanto attiene all'adozione del Manuale della sicurezza e della Check list da parte delle aziende, si evince che circa il 90% delle aziende rispondenti alla prima rilevazione ha fatto propri tali documenti, il rimanente 10% delle aziende rispondenti non ha adottato il manuale e non dispone di una Check list di sala operatoria. È opportuno sottolineare che laddove il Manuale o la Check list vengono adottati, le aziende si attivano anche per il monitoraggio della loro implementazione a testimonianza dell'impegno e attenzione verso tali problematiche.

INCIDENZA INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA SANITARIA

In Italia, il numero di casi registrati di infezioni correlate all'assistenza sanitaria appare da molti anni in linea con il trend registrato negli altri Paesi europei, con un'incidenza media tra il 4,5% e il 7% dei ricoveri (pari a 450mila/700mila casi), con una mortalità dell'1%, a fronte dell'incidenza del 3,6% in Germania e del 13% in Svizzera. È già da tempo attestato da evidenze scientifiche che il 30% delle infezioni associate all'assistenza sanitaria è evitabile con l'adozione di semplici regole assistenziali, quali il lavaggio delle mani e la pulizia del paziente durante l'assistenza. Il 70% delle infezioni, invece, è causato da fattori quali lo stato clinico del paziente e l'insorgenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici uti-

lizzati in pratica clinica. L'Italia ha partecipato alla campagna dell'Oms "Clean care is Safer Care" come sito pilota nella diffusione e implementazione della pratica del lavaggio delle mani in 14 Regioni italiane. Dai dati raccolti è emerso che le Aziende hanno migliorato le attività di sorveglianza e controllo sulle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, con buona diffusione delle attività nelle Ao che hanno partecipato al progetto, e soprattutto nel Nord. Esiste una grande variabilità tra Regioni, che deve essere colmata, così come dovrebbero essere implementate le risorse per la formazione del personale addetto e le attività di sorveglianza.

SISTEMI DI ACCREDITAMENTO E CERTIFICAZIONE DELLA QUALITÀ

Più di una struttura privata su quattro non è accreditata. La Legge 296/2006, all'art. 1 comma 796 e s.m.i., ha previsto la conclusione del complesso percorso dell'Accreditamento Istituzionale delle strutture sanitarie, stabilendo che a far data dall'1 gennaio 2010 tutte le strutture sanitarie pubbliche e private dovevano aver acquisito tutti i requisiti di qualità delineati con il cosiddetto "accredimento istituzionale". Il termine ultimo per l'adeguamento è stato successivamente derogato al 31 dicembre 2012 per le strutture sociosanitarie. Un'analisi ricognitiva, espletata dall'Agens, ha rilevato che al 31 maggio 2010 le strutture sanitarie private definitivamente accreditate rappresentavano il 54,2% (7.161) del totale; quelle provvisoriamente accreditate il 19,2% (2.536) e il restante 26,7% (3.527) è stato inserito nella categoria "altro" (comprendente diverse fattispecie non riconducibili alle precedenti). Si deve procedere a una revisione della normativa sull'Accreditamento anche rispetto alla problematica connessa alla remunerazione delle prestazioni sanitarie. In tal senso il Ministero della Salute ha istituito un tavolo per la revisione della normativa sull'accredimento.

FARMACOVIGILANZA

Segnalazioni aumentate più del 100% rispetto al 2007. Nel 2009 e nel 2010 le attività di farmacovigilanza sono continuate e sono state potenziate anche attraverso il consolidamento della rete nazionale di farmacovigilanza (con il coinvolgimento dei centri regionali) e del suo collegamento a Eudravigilance e al Centro Collaboratore Oms per il Monitoraggio Internazionale dei Farmaci di Uppsala. Le segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse a farmaci sono aumentate rispetto agli anni precedenti, superando il massimo storico finora riscontrato (20.186 segnalazioni nel 2010, rispetto alle 9.741 del 2007). Nel corso dell'anno 2010 è stato inoltre superato, in media nazionale, il valore di 300 segnalazioni per milione di abitanti, che rappresenta il gold standard fissato dall'Oms. Nel 2009 e 2010 sono stati valutati e monitorati i progetti di farmacovigilanza attiva presentati dalle singole Regioni e/o Province Autonome. Particolare impegno è stato dedicato al potenziamento dell'informazione sulla sicurezza dei farmaci attraverso, in particolare, la pubblicazione sul sito dell'Aifa delle Note Informative Importanti (NII) e della Rete Nazionale di Farmacovigilanza.



Si è assistito negli ultimi anni, su tutto il territorio nazionale, a un costante e progressivo incremento degli accessi ai pronto soccorso e ai Dea (sono aumentati rispetto al 2007 da 364 a 378, con una riduzione del numero dei ricoveri, che dal 17,3% passano al 15,5%) che ha determinato un sovraccollimento dell'area di emergenza-urgenza intraospedaliera.

EMERGENZA E URGENZA: CAOS DA SOVRACCOLLIMENTO

A distanza di circa 20 anni dall'istituzione del sistema di emergenza si registrano, accanto a buoni risultati, elementi di criticità. Sono state attivate 103 Centrali operative previste dalle singole programmazioni regionali; è diffusa la conoscenza del "118"; sono presenti 343 Dea e 550 servizi di pronto soccorso di

cui 512 presso strutture di ricovero pubbliche e 38 presso strutture private accreditate. Sono stati rilevati, inoltre, 376 centri di rianimazione in strutture pubbliche e 60 in strutture accreditate. Sul totale di 96 pronto soccorso pediatrici presenti a livello nazionale, soltanto 2 sono collocati in strutture private accreditate (Lombardia). Il Lazio e la Toscana sono le Regioni con il maggior numero di ambulanze

pediatriche, rispettivamente 8 e 6, mentre in Lombardia si registra il maggior numero di ambulanze dedicate al trasporto neonatale.

Di contro si è assistito negli ultimi anni, su tutto il territorio nazionale, a un costante e progressivo incremento degli accessi ai pronto soccorso e ai Dea (sono aumentati rispetto al 2007 da 364 a 378, con una riduzione del numero dei ricoveri, che dal 17,3% passano al 15,5%) che ha determinato un sovraccollimento dell'area di emergenza-urgenza intraospedaliera. Un significativo afflusso di utenza ha riguardato patologie di mediabassa criticità clinica, che spesso possono trovare un'adeguata e migliore nella rete dei servizi di cure primarie, ove adeguatamente strutturata. Si rende, quindi, necessario sviluppare nuovi percorsi organizzativi integrati con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri, razionalizzare le risorse pre-

senti sul territorio. È stato quindi attivato un Tavolo di lavoro misto Ministero-Regioni-Agenas con l'obiettivo di riorganizzare il sistema, separando all'interno del pronto soccorso i percorsi clinico-assistenziali dei pazienti classificati con codici Rossi e Gialli da quelli Verdi e Bianchi, con relativa distinzione del personale sanitario.

CALA LA MOBILITÀ ATTIVA E PASSIVA CON I PAESI UE

Nel 2009 sono stati effettuati rimborsi per prestazioni sanitarie fornite ad assistiti italiani per 129.960.161,35 euro e, viceversa, sono stati incassati 61.000.805,02 euro per prestazioni sanitarie fornite dall'Italia ad assistiti degli altri Paesi UE; nel 2010 sono stati pagati 163.787.194,21 euro, mentre sono stati incassati 86.907.818,57 euro. I dati si riferiscono, per la maggior parte, ad annualità precedenti e non sono ancora stabi-

lizzati, in quanto c'è uno slittamento temporale nella notifica dei reciproci crediti a cui segue un ulteriore periodo per le necessarie verifiche di competenza. Sul piano normativo, nel biennio 2009-2010 consistente è stato l'impegno per l'implementazione dei nuovi regolamenti in materia di mobilità sanitaria (Regolamento CE 883/2004 e Regolamento CE 987/2009). Nel biennio l'assistenza sanitaria prevista a favore dei destinatari degli accordi bilaterali di sicurezza sociale con i Paesi extra UE (Argentina, Australia, Bosnia-Erzegovina, Brasile, Croazia, Macedonia, Principato di Monaco, San Marino, Serbia, Tunisia), seppure costituisca un fenomeno di minore rilevanza, sia per il più contenuto fenomeno della mobilità, sia per il limitato ambito di tutela sanitaria, ha generato un fatturato attivo di 7.703 fatture per un importo pari a 22.251.133,17 euro e un fatturato passivo di 14.921 fatture per un importo pari a 5.633.684,21 euro.

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 Lavacchia,
Gianluigi Scaffidi,

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
ANES
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIALE

Editore



Edizioni Health Communication srl

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

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di gennaio 2012

Studio della CORTE DI CASSAZIONE

Malpractice, è boom contenziosi MA NON PERCHÉ I MEDICI SBAGLIANO DI PIÙ

Negli ultimi dieci anni le sentenze in Cassazione su casi di malpractice sono aumentate del 200%. Ma la causa non sta nell'imperizia dei medici quanto nella maggiore sensibilizzazione dei pazienti. È quanto emerso da uno studio della Suprema Corte, secondo la quale serve un nuovo approccio da parte della magistratura

I casi di malpractice arrivati sul tavolo della Cassazione sono aumentati del 200% negli ultimi dieci anni rispetto ai 60 anni precedenti. Negli ultimi anni poi si è verificato un vero e proprio boom, tanto che, solo dal 2008 al 2011, la Corte di Cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica (82) pari a tutti quelli decisi tra il 1991 ed il 2000, ed addirittura superiore a quelli decisi nei quasi sessant'anni intercorsi tra il 1942 ed il 1990. A confermare l'allarme lanciato da tempo dai numerosi rapporti di associazioni mediche e di pazienti è la Corte di legittimità stessa in un Quaderno ad hoc dedicato "Responsabilità sanitaria e tutela della salute" ed elaborato dal magistrato Marco Rossetti.

Secondo il Rapporto, dal 1942 (anno di entrata in vigore del codice civile) al 1990, nell'archivio Italgire della Corte di Cassazione sono state inserite 60 massime in materia di responsabilità del medico (in media poco più di una l'anno); negli anni dal 1991 al 2000 il numero delle massime inserite in tema di responsabilità medica è salito a 83 (in media otto l'anno), per ascendere a 201 negli anni dal 2001 al 2011 (in media 20 l'anno).

Da questi dati, si sottolinea nello studio, "risulta non soltanto che, negli ultimi 10 anni, il contenzioso dipendente da malpractice sanitaria, in sede di legittimità, è aumentato del 200% rispetto ai 60 anni precedenti; ma risulta altresì che negli ultimi quattro anni (dal 2008 al 2011) la Corte di cassazione ha deciso un numero di casi di responsabilità medica (82) pari a tutti quelli decisi tra il 1991 ed il 2000, ed addirittura superiore a quelli decisi nei quasi sessant'anni intercorsi tra il 1942 ed il 1990".

Ed è chiaro che, osserva Rossetti, "in una materia tanto rilevante", vi sia la "necessità che si formino orientamenti conformi esalta il ruolo del giudice di legittimità, chiamato così ad una funzione di chiarimento e di indirizzo che è propria di una Corte regolatrice". Che armo-

nizzi, insomma, tutti gli orientamenti sviluppati negli anni e che hanno dato vita, o almeno dovrebbero essere la base affinché ciò avvenga, a un vero e proprio "sottosistema" della responsabilità civile. Caratterizzato, in particolare, dal passaggio dalla "responsabilità del medico" alla "responsabilità medica", sebbene, ricorda Rossetti, "il quadro normativo in materia di responsabilità professionale, colpa e nesso causale sia rimasto pressoché immutato dal 1942 ad oggi". Ma è stata la giurisprudenza stessa, nel corso dei pronunciamenti, a ravvisare la necessità di cambiare le regole del gioco.

Una tesi sostenuta anche in considerazione delle cause che sono alla base del boom di contenziosi. Secondo il magistrato, infatti, "va da sé che una simile crescita non è seriamente spiegabile per il solo fatto che oggi i medici sbagliano di più che in passato: al contrario, è nozione di comune esperienza che la scienza medica abbia fatto negli ultimi anni passi da gigante, e la preparazione dei sanitari sia divenuta via via più raffinata". Piuttosto, secondo Rossetti, a far crescere il fenomeno è stata una più consapevole presa di coscienza dei propri diritti da parte degli utenti del servizio "sanità"; l'attività di

sensibilizzazione compiuta dalle associazioni di difesa dei diritti del malato; l'accresciuta scolarizzazione della popolazione, che produce una maggiore attenzione ai propri diritti; l'evoluzione dei mezzi di cura e diagnosi, che ha consentito sia un più approfondito controllo ab externo sull'attività del medico, sia l'esposizione di quest'ultimo al rischio derivante dal controllo e dal governo di strumentazioni assai sofisticate; l'evoluzione del concetto e delle funzioni della "responsabilità civile", la quale, da criterio di riparto delle conseguenze sfavorevoli di un evento dannoso, è andata assumendo la natura

di strumento di allocazione delle risorse del sistema; il massiccio ricorso di tutti i sanitari e le strutture ospedaliere all'assicurazione di responsabilità civile; la crescita esponenziale degli importi liquidati a titolo di risarcimento, il che ha talora alimentato istinti non proprio commendevoli da parte delle presunte vittime o dei loro consiglieri.

Di fronte a questo scenario, anche la giurisprudenza è chiamata a rivedere il suo approccio, che oggi è evidentemente in netto sfavore dei camici bianchi, ad esempio là dove, per il principio generale risultante dal combinato disposto

Indagine conoscitiva Commissione Parlamentare sugli errori sanitari

Solo 2 condanne su 357 procedimenti penali conclusi contro sanitari

E la conferma che la malasanità è solo scandalismo arriva anche dai dati dell'indagine sui "Punti nascita" realizzata dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari presieduta da Leoluca Orlando (Idv), presentati in Parlamento alla presenza del ministro della Salute, Renato Balduzzi.

L'indagine, nata come risposta al clamore suscitato l'anno scorso dai ripetuti casi di denunce in sala parto, oltre all'analisi attenta della situazione dei punti nascita italiani, ha infatti analizzato per la prima volta i dati sui procedimenti per lesioni colpose e omicidio colposo ascrivibili a personale sanitario in circa 90 Procure che hanno

risposto al questionario inviato dalla Commissione. E i risultati sono clamorosi. Per quanto riguarda le lesioni colpose si registrano 901 casi riguardanti personale sanitario (pari all'1,64% del totale dei procedimenti per questo reato), di questi 85 riguardano la gravidanza. Ebbene, sul complesso di questi procedimenti il 40% viene archiviato subito e per quelli che risultano conclusi, pari a 240 casi, si registrano solo 2 condanne, una assoluzione e il 98,8% di archiviazioni.

Per l'omicidio colposo i casi ascrivibili a personale sanitario sono 736 (pari all'11,18% del totale). In questo caso vengono archiviati

prima del processo il 35% dei casi. Per i 117 procedimenti giunti a conclusione si rilevano invece una assoluzione, nessuna condanna e il 99,1% di archiviazioni.

Dati che per l'Anao dimostrano l'inconsistenza delle accuse contro i sanitari accusati di malpractice. Secondo Troise servono quindi nuove regole per l'informazione attraverso un protocollo tra Fnomceo e Ordine dei giornalisti. "Questi dati - ha commentato Troise - ovviamente non inducono ad abbassare la guardia sul delicato terreno del rischio clinico che richiede investimenti in termini di risorse umane, formazione, organizzazione. È però giunto il tempo che la

Fnomceo definisca con l'Ordine dei Giornalisti un insieme di regole per evitare che i medici coinvolti in eventi avversi vengano sbattuti in prima pagina con tanto di nome e cognome, indagati, imputati e condannati prima ed al di fuori di ogni grado di giudizio per finire, in caso di archiviazione o assoluzione, in un nascosto trafiletto e citati, massima ipocrisia, solo con le iniziali. Crediamo sia interesse di tutti - conclude Troise - arrestare una deriva diventata esplosiva grazie anche, come la stessa Corte di Cassazione ha recentemente riconosciuto, a comportamenti opportunistici dei soggetti coinvolti".

degli artt. 2043 e 2697 c.c., anche l'onere di provare la colpa del danneggiante incombe sul danneggiato, nel caso di responsabilità medica la giurisprudenza ritiene che il paziente possa invocare la presunzione di colpa di cui all'art. 1218 c.c., anche quando non sia stato concluso nessun contratto tra questi ed il medico. O là dove, in base alla prevalente interpretazione degli artt. 40 e 41 c.p. che disciplinano il nesso di causalità materiale tra la condotta illecita e l'evento di danno, invece di ritenere quest'ultimo "causato" dal danneggiante quando via sia la prova positiva che, senza la condotta del responsabile il danno non si sarebbe prodotto, nel caso di responsabilità medica la giurisprudenza ritiene configurabile l'esistenza del nesso causale anche quando vi sia incertezza circa l'effettiva causa del danno, a condizione che il medico abbia posto in essere una condotta astrattamente idonea a causare il danno.

Ancora, osserva Rossetti, "è altresì principio generale, in tema di responsabilità civile, che il danneggiato non possa rispondere dei danni quando nella sua condotta non siano ravvisabili profili di colpa; in tema di responsabilità medica, tuttavia, la giurisprudenza ha spostato a monte la valutazione in termini di colpa della condotta del medico, esigendo non soltanto che sia diligente l'esecuzione dell'intervento, ma anche che il paziente sia diligentemente informato della natura e dei rischi della prestazione medica; con la conseguenza che, in difetto di informazione, il medico potrà essere chiamato a rispondere delle conseguenze sfavorevoli dell'intervento".

Un quarto scostamento del "sistema" della responsabilità medica rispetto ai principi della responsabilità civile è poi rappresentato dall'estensione della colpa per omissione. In ambito extracontrattuale, ognuno ha l'obbligo di astenersi dal violare l'altrui sfera giuridica (neminem laedere), ma nessuno può essere costretto ad attivarsi per preservare gli altrui beni. "Il medico invece – sottolinea il magistrato –, anche quando opera al di fuori di un rapporto contrattuale, è tenuto a conformare la propria condotta agli stessi principi di correttezza e buona fede che presiedono al-

Il commento del segretario nazionale dell'Anaa Assomed

Troise: "Dalla Cassazione un importante passo avanti per frenare il contenzioso medico-paziente"

"Dopo tante insistenze e dichiarazioni da parte dei medici, finalmente anche la magistratura ha avviato una profonda riflessione sul tema della responsabilità medica". Così Costantino Troise, segretario nazionale Anaa Assomed, accoglie il Quaderno della Corte di Cassazione. "Un raggio di luce in un tunnel che era diventato troppo buio", afferma Troise secondo il quale, comunque, "bisognerà vedere cosa cambierà nella pratica, ma sono ottimista". Troise ha posto l'accento sulle principali criticità per le quali auspica l'intervento della magistratura. "Per prima cosa bisogna ripensare il profilo della colpa medica, che non può essere trattata alla stregua di

un'aggressione. Oggi un chirurgo entra in sala operatoria come un bravo professionista e un'ora dopo ne esce con il profilo dell'aggressore". Inoltre "è necessario passare da sistema di risarcimento, che prevede l'individuazione di un colpevole che ha compiuto un atto illecito, a un sistema di indennizzo per una lesione non conseguita ad un atto illecito e quindi a responsabilità civile. Anche tenuto conto – sottolinea il segretario dell'Anaa Assomed – che la stessa Cassazione, in materia di risarcimenti, parla di 'istinti non proprio commendevoli da parte delle presunte vittime o dei loro consiglieri". Secondo Troise, poi, "la giurisprudenza deve rivedere

l'estrema facilità con cui oggi è possibile ricorrere al penale. Anche considerato che oggi, una volta che il cittadino ha avviato un procedimento per omicidio colposo, questo non può essere interrotto nemmeno su remissione da parte del ricorrente". In pratica, sottolinea Troise, "il medico accusato dovrà subire il procedimento penale, che con gli eventuali appelli potrebbe durare anni. Ricordiamo, peraltro, che oltre il 90% dei contenziosi si risolve con l'assoluzione del medico. Ma il contenzioso non fa bene neanche ai cittadini, perché spinge alla medicina difensiva". Oltre ai codici e alle leggi, il segretario nazionale dell'Anaa Assomed punta il dito anche sull'"atteggiamento della

magistratura, che spesso tende a favorire il presunto danneggiato in modo più o meno palese o chiaramente dichiarato, prima ancora che vengano provate e stabilite colpe". Quello compiuto dalla Cassazione, però, è sicuramente un grande passo nei confronti di un fenomeno che sta assumendo dimensioni e contorni assolutamente pericolosi per i pazienti e il sistema stesso", conclude Troise, che concorda nel ritenere l'alleanza medico-paziente la chiave di volta per invertire il trend di crescita del contenzioso medico-paziente. "Ma forse anche il dialogo tra medici e magistratura dovrebbe essere più costante".

l'adempimento delle obbligazioni contrattuali, ed ha l'obbligo di attivarsi, anche ben oltre il limite dell'apprezzabile sacrificio, per accertare e curare non solo le patologie per le quali il paziente sia stato ricoverato, ma anche qualsiasi altra patologia dalla quale il paziente sia affetto, ove obiettivamente riscontrabile".

Criticità a cui la giurisprudenza è chiamata a dare risposte. Partendo dalla considerazione, osserva il magistrato, che "se si vuole individuare un filo conduttore, nel campo della responsabilità medica (e più in generale della responsabilità sanitaria), lo si può identificare nel carattere strumentale di tale responsabilità e nella ricerca di un equilibrio fra le diverse prerogative dei soggetti coinvolti, da raggiungere anche mediante la valorizzazione di profili di collaborazione dei rispettivi titolari (c.d. alleanza terapeutica), sì che la stessa garanzia della libertà professionale si ponga come mezzo per attuare pienamente la tutela della salute (che finirebbe per essere pregiudicata da una eccessiva limitazione dell'iniziativa dell'operatore e dai rischi connessi alla c.d. medicina difensiva). L'equilibrio, però, non è facile da raggiungere".

Tabella 1

	Anni 1942-1990	Anni 1991-2000	anni 2001-2011 ¹
(a) Massime archiviate dal CED	224.766	152.454	119.159
(b) Massime in tema di responsabilità medica	50	83	201
Rapporto a/b	0,03%	0,05%	0,17%

Tabella 2 - La normativa sulla responsabilità medica

	Responsabilità civile (generale)	Responsabilità medica
Prova della colpa	incombe sull'attore	la colpa del medico si presume ex art. 1218 c.c. anche quando manchi il contratto
Prova del nesso causale	incombe sull'attore, secondo le regole della "causalità umana", ex artt. 40 e 41 c.p.	il nesso causale tra condotta del medico e danno si presume, quando il sanitario abbia tenuto una condotta astrattamente idonea a causare il danno, anche in assenza di certezze circa l'effettiva esogeneità dell'evento dannoso
Accertamento della colpa	E' necessario dimostrare che la condotta negligente, imprudente o imprudente sia stata causa del danno	Può bastare a radicare un giudizio di colpa l'omissione di informazione al paziente, a nulla rilevando che l'intervento sia stato eseguito diligentemente
Contenuto del <i>neminem laedere</i>	Astenersi dal violare l'altrui sfera giuridica	Attivarsi per diagnosticare e curare anche i mali diversi da quelli per cui ha avuto inizio la terapia, secondo le regole della responsabilità contrattuale

**CAMPAGNA
ISCRIZIONI 2012**

**ANAAO
ASSOMED**
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

NOI CREDIAMO NELLA SANITÀ PUBBLICA
E ci battiamo da sempre per migliorare le
condizioni di chi ci lavora e i servizi per i cittadini

**ABBIAMO
BISOGNO
ANCHE DI TE!**



**Iscriviti all'Anaaao Assomed per
difendere i tuoi diritti e costruire
insieme una sanità migliore**

Anaaao Assomed, il sindacato della sanità pubblica

www.anaao.it