



## **QUATTRO STORIE DI GIOVANI MEDICI**

**Tra finanziarie,  
decreti e le crescenti difficoltà  
nell'assistenza**

*Le testimonianze di  
Aristide Gravina,  
Serena Marinello,  
Ciro Rossetti e  
Tatiana Astori raccolte da  
Domenico Montemurro*

*alle pagine 14-15*

### **INTERVISTA COSTANTINO TROISE**

Una disamina a 360° delle sfide a cui dovranno rispondere i medici del Ssn nei prossimi mesi  
*alle pagine 2-3*

### **ESODO PENSIONISTICO**

L'analisi per specialità e le proposte di Palermo e Reginato per ridurre gli effetti negativi  
*alle pagine 4-5*

### **CORTE DEI CONTI**

Le relazioni sulla spesa e sul piano di edilizia sanitaria  
*alle pagine 6-8*

Intervista a **COSTANTINO TROISE**

# “L'OSPEDALE RIMARRÀ L'UNICO AMMORTIZZATORE SOCIALE DEL PAESE”



Contro i “continui attacchi ai professionisti della sanità” parte la mobilitazione dei professionisti del Ssn. Prima tappa il 13 ottobre, con una manifestazione nazionale a Roma. Ma l'azione dei sindacati è già iniziata con una campagna di raccolta firme contro il provvedimento economico. Il segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Costantino Troise, ha spiegato le ragioni che nei prossimi mesi spingeranno le organizzazioni di categoria a promuovere numerose azioni di protesta. Le previsioni per il futuro del Ssn sono, infatti, fosche e per il segretario dell'Anaa: “L'ospedale dovrà sempre più tamponare l'assenza di servizi sul territorio per le fasce di popolazione più fragile”

**D**ottor Troise, il clima politico è incandescente e le misure contenute nella manovra non vi premiano, tant'è che le avete bocciate e senza appello. Qual è la sua opinione?

Mi sembra evidente che ci sia molta confusione, certamente a livello politico ma anche sui contenuti dei diversi interventi messi in campo di volta in volta. Quello che dal nostro punto di vista appare però certo è che assistiamo ad un accanimento nei confronti del pubblico impiego, compresi i medici, i dirigenti sanitari e tutti i dipendenti del Ssn, fino a vessazioni difficilmente comprensibili e che vanno al di là della necessità di risanare i conti.

Già l'idea di eliminare i riscatti di laurea, specializzazione e servizio militare dal computo dell'età pensionabile era una forzatura meschina ed estemporanea, che colpiva soprattutto i medici, che spendono 10 anni della loro

vita in studi per l'acquisizione di competenze professionali fondamentali per la salute dei cittadini. Questo rischio è stato sventato, ma restano in piedi tante altre annose questioni.

**Quali?**

Il famoso contributo di solidarietà rimane in vigore solo per i dipendenti pubblici. È curioso parlare di solidarietà quando si va a tassare un reddito in base soltanto alla natura giuridica del tipo di lavoro che l'ha prodotto, mentre lo stesso reddito, o anche maggiore, è esente da contributi se proveniente da lavoro autonomo.

Ci sono poi il prolungamento a cinque anni del blocco dei contratti di lavoro e delle convenzioni, con conseguente perdita del venti per cento del potere di acquisto degli stipendi. E ancora, il congelamento della liquidazione per due anni, dimenticando che il Tfr è un salario differito e in larga parte autofinanziato

con i soldi dei cittadini stessi, non certo dello Stato. E poi, le minacce di una mobilità selvaggia, la precarietà degli incarichi professionali. La proroga della facoltà delle amministrazioni di pensionamento coatto, a prescindere dalla età anagrafica, spesso inferiore a 60 anni. Insomma, mi sembra che in questa grande confusione l'unica cosa fissa sia il fatto che a pagare la crisi è il lavoro pubblico dipendente. Contro il quale si continuano a promulgare leggi speciali che, non voglio abusare del termine, ricordano un po' le leggi razziali nelle quali qualcuno viene punito non per quello che fa ma per quello che è.

A questo si sommano i tagli agli enti locali che renderanno molto incerte le capacità del Ssn di rispondere ai bisogni di salute della popolazione. È il Ssn che viene messo pesantemente a rischio.

**Il primo passo che avete intrapreso è stata la raccolta di fir-**

**me contro la manovra. Perché?** Abbiamo voluto rivolgere un appello al presidente della Repubblica, al Governo e al Parlamento a sostegno del quale abbiamo chiesto a medici, dirigenti del Ssn e veterinari di aderire con la propria firma. È un appello che richiama a un forte impegno per dare risposte alle condizioni di insostenibilità del Ssn e all'accanimento che si sta perpetuando contro i medici e i dipendenti del pubblico impiego. È una delle iniziative di una campagna di lungo respiro che avrà un primo momento importante nella manifestazione indetta a Roma per il 13 ottobre.

**Già con la manovra dello scorso luglio avevate protestato.** Sì. Ma oggi la situazione è ancora più grave per questo stiamo mettendo in campo una lunga serie di iniziative per ottenere risposte concrete.

**Che ne sarà del Ssn?**

È indubbio che il taglio agli

enti locali si tradurrà in un taglio ai servizi, che sono in larga parte sociali e sanitari: l'assistenza domiciliare, l'assistenza ai non autosufficienti, le forme di cooperazione di assistenza socio-sanitaria. In questo quadro l'unico ammortizzatore sociale che rimarrà in piedi sarà l'ospedale, nel quale sarà sempre più difficile entrare, ma dal quale sarà anche più difficile uscire, in assenza di alternative assistenziali sul territorio. L'ospedale diventerà un forte contenitore che di sanitario e di specialistico avrà poco, perché dovrà rispondere alla domanda sociale che rimarrà priva di altre risposte.

**Con una disponibilità di posti letto che continua a ridursi...**

Fatta eccezione dell'Inghilterra, non esiste un Paese in tutta Europa che abbia un numero di posti letto basso come l'Italia. È chiaro che questa riduzione, mentre la domanda cresce per via dell'invecchia-





Costantino Troise

mento della popolazione, l'aumento delle cronicità e delle polipatologie, finisce per creare un imbuto, con tutte le note difficoltà di accesso agli ospedali e di intasamento del Pronto soccorso.

**La riforma del sistema di emergenza-urgenza a cui i sindacati medici stavano lavorando con il ministro non dovrebbe intervenire a risanare la situazione dei Pronto Soccorso? Risolverà solo una parte del problema, che è quella dei codici bianchi e verdi. Ma la criticità più grande dei Pronto soccorso oggi è la mancanza di posti letto che rende difficoltoso il ricovero in reparto, trasformando il Pronto soccorso da luogo dedicato all'emergenza in un vero e proprio reparto in cui i pazienti sostano giorni e giorni. Quello di spostare i codici verdi e bianchi sul territorio è un buon intervento, ma non è altro che un palliativo rispetto ai veri problemi del Pronto Soccorso. Così come non risolve il problema del sotto organico, con la riduzione progressiva delle professionalità che devono assistere più pazienti e in condizioni più gravi.**

**È dunque la fine di tutti i progetti di integrazione ospedale-territorio? Così come di altre riforme su cui si lavora da tempo?**

Sarebbe la fine di tutto se su questi temi fosse mai esistito un progetto serio. La verità è che sono 30 anni che si par-

la di integrazione ospedale-territorio e mi sembra che i passi avanti siano stati finora insignificanti, così come è assurdo pensare di contrabbandare la riforma della sanità con quello che passa sotto il nome di Governo clinico, cioè il ddl in discussione alla Camera. Da quel testo non viene alcuna salvezza, anzi, probabilmente porterebbe dei peggioramenti, perché omette e sottodimensiona i reali problemi e non è in grado di prospettare soluzioni adeguate.

Ho l'impressione che in questa necessità di far quadrare i conti si stiano perdendo di vista i valori più importanti, sacrificando il tessuto sociale, istituti civili fondamentali – penso alla sanità ma anche all'istruzione – e si stia sacrificando il valore di un'attività professionale, quella del medico, che viene svolta al servizio dello Stato. Rischiamo di ritrovarci non solo più poveri, ma anche, diciamo, imbarbariti.

**Cosa pensa della riforma degli Ordini professionali?**

Che gli Ordini vadano riformati è fuori dubbio. La legge costitutiva ha compiuto 100 anni, va sicuramente ripensata l'architettura organizzativa, i meccanismi elettorali e il ruolo degli Ordini nella società civile.

**In questo clima di incertezza e crisi, pensa che sarà possibile intervenire sulla questione della responsabilità civile e penale del medico?**

Se non si interviene presto con una riforma strutturale, questa sarà l'ennesima mina, anche per la sostenibilità del sistema.

**Intervenire in che modo?**

Ci sono tre aspetti, in particolare. Anzitutto occorre dare piena e corretta attuazione all'obbligo dell'assicurazione da parte delle aziende sulla responsabilità professionale del medico. Il secondo aspetto è che occorre passare da un sistema di risarcimento a un sistema di inden-

nizzo, come hanno già fatto molti Paesi europei, in modo che, come già avviene per i danni da trasfusione ed emoderivati, si avvii il procedimento di indennizzo al paziente indipendentemente dall'individuazione di un colpevole. Non credo, invece, che in Italia si arriverà mai a una depenalizzazione dell'atto medico, ma è necessario arrivare a un nuovo inquadramento dell'atto medico, considerando che la sanità non è una scienza a rischio zero e che l'atto medico mira al bene del paziente, non certo a danneggiarlo. Del resto, anche pensare che l'evoluzione tecnologica possa azzerare il rischio clinico, è una pura illusione.

Ultimo aspetto, sarà senz'altro necessario lavorare a un patto tra cittadini e professionisti per ricostruire l'alleanza terapeutica sulla base della reciproca fiducia, là dove oggi vediamo invece crescere la reciproca diffidenza.

**Parlando di responsabilità, qual è il futuro del rapporto tra i medici e le altre professioni sanitarie?**

Non c'è dubbio che in Italia molte attività siano eccessivamente medicalizzate, frutto dell'azione di una pletera medica del passato. L'Anaa non è contraria a un protagonismo di quelle che una volta erano professioni parasanitarie e che oggi sono professioni sanitarie a tutti gli effetti. Ma a tre condizioni. Anzitutto che l'attribuzione dei compiti sia accompagnata anche da coerenti profili di responsabilità: chi fa è responsabile di quel che fa. Oggi c'è molta ambiguità su questo aspetto.

Il secondo elemento è la trasparenza di chi fa cosa. I cittadini devono sapere con chiarezza da chi riceveranno le prestazioni.

Infine, deve essere dimostrata l'efficacia di quelle prestazioni e il loro effettivo beneficio economico all'interno del quadro generale.

In ogni caso, nessuno potrà

## LA SANITÀ NON SI TOCCA

Medici, veterinari, dirigenti del ssn si mobilitano per fermare i continui attacchi ai professionisti della sanità

### manifestazione nazionale a Roma

### 13 OTTOBRE 2011

ore 9.30  
assemblea al cinema capranica

ore 12.00  
sit in a Piazza Montecitorio  
e consegna delle firme raccolte per cambiare la manovra

ANAA ASSOMED - CIMO-ASMO - AARDI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSIO - CISL MEDICI - FESMED ANPO-ASSOTI-FIAMS MEDICI - UIL-FPL FEDERAZIONE MEDICI - SRS-SIABI - AUIPI - FP CGIL SPA - SIMAFO FEDIR SANITÀ - SIDIRSS - FIMMG - SUMAI - SINAMI - INTESA SINDACALE - SMI - FIMP - CIMOP UGL MEDICI - FEDERSPECIALIZZANDI

*È indubbio che il taglio agli enti locali si tradurrà in un taglio ai servizi, che sono in larga parte sociali e sanitari: l'assistenza domiciliare, l'assistenza ai non autosufficienti, le forme di cooperazione di assistenza socio-sanitaria.*

mai soppiantare il medico nell'atto di diagnosi e prescrizione delle cure, su cui il medico ha una duplice funzione di garanzia di qualità, quella nei confronti dei cittadini e quella nei confronti dello Stato. Ma i medici dovranno sicuramente abbandonare qualche competenza, dedicandosi alle prestazioni a più alta complessità.

**Un'ultima domanda sui giovani medici. Cosa ne pensa della riduzione di un anno della durata delle scuole di specializzazione?**

Speriamo che questa riforma

arrivi a presto a compimento. Mi sembra infatti una riforma correttissima, che permetterà di avere una disponibilità dei medici in formazione nelle attività ordinarie delle aziende sanitarie. Il problema del percorso formativo in Medicina del nostro Paese è che dura undici anni, ma quello che consegna al sistema è un medico grezzo, che inizia il suo reale percorso di carriera non prima dei 30 anni. Anticipare il percorso ha benefici assistenziali, ma anche economici e previdenziali per i medici e per l'intero sistema

Un'analisi demografica DEI MEDICI DIPENDENTI DEL SSN

# ESODO PENSIONISTICO, COME RIDURRE GLI EFFETTI NEGATIVI

In un precedente lavoro pubblicato su "Dirigenza Medica" nel gennaio 2011 abbiamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel sistema sanitario italiano per il sopraggiungere di una "gobba pensionistica" e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi legato alla perdita di operatori esperti ed in possesso di elevate capacità professionali. Come evidenzia il grafico, siamo oramai nella fase ascendente della "gobba pensionistica". Il pericolo di un prossimo esodo dei professionisti su base previdenziale è stato riconosciuto anche dal ministero della Salute che nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 prospetta una riduzione complessiva di circa 22mila medici impiegati nei servizi pubblici e privati entro il 2018.

Per le fasce di età più anziane va considerato che il riscatto previdenziale degli anni di università era possibile con un congruo versamento economico mensile e che queste stesse fasce di età iniziarono la loro carriera in un periodo in cui vi era un'ampia crescita dei posti ospedalieri in organico grazie alla riforma ospedaliera "Mariotti" del 1968 e all'istituzione del Ssn nel 1978; inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia, dato che non vi era l'obbligo,

come attualmente, di avere il titolo di specializzazione per essere assunti nel Ssn.

Parliamo quindi di una popolazione medica numerosa, in condizioni di aver maturato gli anni di anzianità pensionistica con ampio anticipo (anche a soli 58 anni di età). I dati Cassa Pensioni Sanitari-Inpdap (Cfr. Tabella 1) ci forniscono il comportamento attuale dei medici dipendenti ai fini dell'andata in quiescenza.

In pratica, la maggior parte dei medici ospedalieri lascia il lavoro con una quota di 100 (somma tra età alla quiescenza e anni di contribuzione), ben al di sopra della quota minima prevista attualmente per il pensionamento (quota 96,

che diventerà 97 a partire dal 2013), ma con circa 3 anni di anticipo rispetto alla classica pensione di vecchiaia (65 anni), rinunciando in molti casi

al raggiungimento del massimo contributivo, accettando anche un trattamento pensionistico inferiore.

D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazio-

nale e dalle direttive europee. È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 61-62 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione. Inoltre, i medici dipendenti del Ssn che rientrano nel calcolo della pensione con il metodo retributivo non hanno alcuna convenienza nel rimanere in servizio una volta raggiunti i 40 anni di contribu-

Carlo Palermo - Coordinatore della Conferenza permanente dei Segretari Anaa Assomed delle Regioni e delle Province autonome  
Enrico Reginato - Vicepresidente Fems (Federazione Europea Medici Salariati)



**Tabella 1 - Serie storica dei trattamenti pensionistici Cps Inpdap**

Anno	Sesso	Numero	Età media alla cessazione	Anzianità media	Importo annuo medio alla cessazione
2005	Maschi	1.213	62,1	38	73.641
	Femmine	195	58,8	36,4	58.748
	<b>Totale</b>	<b>1.408</b>	<b>61,6</b>	<b>37,7</b>	<b>71.560</b>
2006	Maschi	2.033	61,3	38	71.485
	Femmine	404	59,4	36,6	60.795
	<b>Totale</b>	<b>2.437</b>	<b>61</b>	<b>37,8</b>	<b>69.713</b>
2007	Maschi	2.738	61,1	38,2	71.065
	Femmine	617	59,4	36,9	63.511
	<b>Totale</b>	<b>3.355</b>	<b>60,8</b>	<b>37,9</b>	<b>69.676</b>
2008	Maschi	2.207	61,4	38,2	71.529
	Femmine	483	59,4	36,7	62.645
	<b>Totale</b>	<b>2.690</b>	<b>61</b>	<b>37,9</b>	<b>69.934</b>
2009	Maschi	2.114	62,5	38,6	72.579
	Femmine	433	60,8	37,4	64.374
	<b>Totale</b>	<b>2.547</b>	<b>62,2</b>	<b>38,4</b>	<b>71.184</b>



Se valutiamo il grafico in base ai dati Cps-Inpdap relativi al comportamento attuale dei medici dipendenti ai fini del pensionamento (62 di età + 35 anni minimi di contribuzione), vediamo che i nati tra il 1942 e il 1949 (in giallo nel grafico) hanno già raggiunto i criteri di pensionamento: si tratta di circa 14.300 medici che attualmente sono già andati in pensione o si apprestano a farlo. I nati tra il 1950 e il 1959 (in rosso nel grafico) acquisiranno il criterio dal 2012 al 2021: si tratta globalmente di 61.300 medici (il 53% dei medici dipendenti del Ssn nel 2008). Nel decennio successivo (in blu nel grafico) saranno circa 29.700 i medici che raggiungeranno gli attuali criteri, anche se è verosimile per essi una profonda revisione del sistema previdenziale. Le date di effettivo abbandono del posto di lavoro slitteranno di 12 mesi per la previsione della finestra mobile contenuta nella Legge 122/2010. Come si può notare solo dopo il 2028/2029 (nati nel 1966/1967) si tornerà a un numero di pensionamenti annuali al di sotto di 2.500, che rappresenta il numero dei pensionamenti della Cps-Inpdap per il 2009 (Cfr. Tabella 1).

### NEI PROSSIMI DIECI ANNI 30MILA SPECIALISTI IN MENO

L'esodo pensionistico dei medici rappresenta non una semplice ipotesi, ma una preoccupante realtà e i rischi di un decadimento qualitativo del Ssn, in mancanza di adeguate contromisure, appaiono

certi. Infatti, le capacità formative dell'Università sono attualmente limitate: circa 5mila specialisti per anno di cui solo 3.000/3.500 sceglieranno di lavorare come dipendenti del Ssn.

Nei prossimi 10 anni, si prospetta, pertanto, una mancanza di circa 30mila specialisti che svolgono funzioni non delegabili ad altre professioni sanitarie. La tendenza alla riduzione dei medici in attività è testimoniata anche dalle statistiche Oecd 2011 che mostrano in Italia un numero di medici "praticanti" per mille abitanti in rapido decremento rispetto ai dati precedenti, essendo al 3,4 per mille contro il 3,1 medio dei paesi Oecd, con la possibilità che con l'attuale ritmo di uscita dal sistema, nei prossimi 5 anni il nostro indice sia al di sotto della media Oecd.

Anche se non esiste al momento a livello nazionale una banca dati esaustiva e comprensiva dei dati anagrafici e di disciplina per i medici dipendenti del Ssn, una previsione dei flussi pensionistici per le singole specialità può essere ottenuta considerando, da un lato, che nel prossimo decennio (2012/2021) l'uscita media dal sistema interesserà almeno il 50% dei medici dipendenti oggi in servizio e, dall'altro, valutando le attuali capacità formative post-laurea proiettate a 10 anni. Il dato del 50% di uscita dal sistema è fortemente avvalorato anche dall'analisi della distribuzione per età dei medici dipendenti del Ssn che evidenzia come nel 2009 ben il 69% della popolazione risul-

ti avere un'età maggiore o uguale a 50 anni.

Applicando, pertanto, la percentuale di uscita del 50% al numero dei medici dipendenti suddivisi per specialità, come risulta dal Conto annuale dello Stato 2009, si può ottenere con elevata approssimazione il numero dei possibili pensionamenti per specialità nel periodo 2012/2021.

Analizzando i contratti di formazione specialistica degli ultimi 5 anni (2006/2007 - 2010/2011) assegnati dal Miur alle singole Facoltà di Medicina e proiettandoli a 10 anni, ammettendo una invarianza di programmazione, avremo l'indicazione degli eventuali deficit di specialisti all'interno del Ssn nel prossimo decennio per le principali specialità del mondo ospedaliero (Cfr. Tabella 2)

Per calcolare il deficit reale, si dovrebbe valutare, come già detto, che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie poi di lavorare effettivamente per il Ssn (Dati Convegno FnomCeo 2010). Scelte diverse sono: convenzionamento con il Ssn, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e no, industrie del settore, lavoro all'estero. Per i Pediatri può essere quantificata invece un'opzione del 100% perché nel calcolo è inclusa la Pediatria di libera scelta che rappresenta la scelta più importante dopo quella di specialista dipendente del Ssn. Per gli Anestesisti il dato arriva all'85%. Per gli Internisti il dato è del 75%. Per le specialità generaliste (Medicina Interna e Chirurgia generale) una parte minore del deficit

*Il numero complessivo degli specializzandi, a livello nazionale, si aggira attorno a 25mila unità. Un numero molto grande, pari a circa il 20% del numero dei medici dipendenti italiani, ma comunque, come abbiamo visto, largamente insufficiente a colmare le uscite che si prospettano, anche adottando criteri prudenziali nella valutazione dei flussi*

potrebbe essere coperto con il sistema delle specialità equipollenti.

Anche ammettendo, come riportato nella tabella 2, che tutti i contratti di formazione si trasformino in rapporti di lavoro con il Ssn (ma sappiamo in partenza che non sarà così), i deficit, ancorché sottostimati, appaiono importanti e tali da determinare considerevoli problemi nell'erogazione dei servizi sanitari.

Quelli maggiori si avranno nelle specialità generaliste e cioè Medicina Interna (-1.950), Chirurgia generale (-950) e Pediatria (-3.400 includendo anche la Pediatria di libera scelta). Deficit minori ma comunque significativi per le altre specialità (Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia, Anestesiologia).

Se si considera l'attuale transizione demografica ed epidemiologica, con la crescita esponenziale di malati anziani e con poli-patologie, la prossima difficoltà nel reperire specialisti con formazione olistica avrà pesanti ripercussioni negative nell'erogazione dei servizi sanitari essenziali per questa tipologia di malati. Al contrario di quello che succede nel resto d'Europa, in Italia un medico può diventare specialista solo se riesce a entrare in una scuola universitaria di specializzazione a numero chiuso, superando un esame di ammissione. Nonostante quanto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 105 del 8 Maggio 2006, che prevede un determinato iter formativo affinché il titolo di specializzazione sia riconosciuto in ambito europeo, è noto che quegli standard non vengono rispettati.

Gli ospedali non hanno titolo alla formazione post-laurea, a meno che l'Università non sia disponibile a distribuire gli

specializzandi in strutture ospedaliere, ma il controllo della formazione rimane nelle mani dell'Università, con una qualità che gli interessati considerano insufficiente.

Solo da specialista, un medico può partecipare a un concorso nel sistema sanitario pubblico, in quella branca specialistica, diventando, ancora, un "medico in formazione" per altri cinque anni, o essere assunto nel privato.

Di fronte alla prossima uscita dal mondo della sanità pubblica di un grande numero di specialisti e di fronte alla evidente carenza formativa dei medici specializzandi, urge una riorganizzazione della formazione specialistica.

Il punto centrale è quello del rispetto della normativa vigente, normativa che è esplicitamente citata dall'Università nei contratti di formazione sottoposti ai medici che si iscrivono alla scuola di specializzazione, che consente l'utilizzo delle strutture ospedaliere nella formazione specialistica.

Se la formazione attuale è qualitativamente insufficiente, la causa, da un lato, risiede nello scarso rispetto della normativa, in assenza di controlli, dall'altro lato, circoscrivendo la presenza degli specializzandi all'interno dei soli reparti universitari, è verosimile che non ci sia casistica sufficiente a raggiungere tali obiettivi. Il numero complessivo degli specializzandi, a livello nazionale, si aggira attorno a 25mila unità. Un numero molto grande, pari a circa il 20% del numero dei medici dipendenti italiani, ma comunque, come abbiamo visto, largamente insufficiente a colmare le uscite che si prospettano, anche adottando criteri prudenziali nella valutazione dei flussi.

**Tabella 2 - Differenza tra n. medici in pensione e n. contratti di formazione (2012-2021)**

Specialità	N° Medici Ospedalieri in pensione nel periodo 2012/2021	Contratti di formazione assegnabili secondo l'attuale programmazione (2012/2021) (Fonte MIUR)	Differenza
Pediatria (inclusi PLS)	5700	2300	-3400
Medicina Interna	4200	2250	-1950
Chirurgia Generale	3700	2750	-950
Cardiologia	2900	2570	-330
Ortopedia	2100	1880	-220
Ginecologia	2700	2120	-580
Anestesiologia	5700	5350	-350

La relazione della Corte dei Conti **SULLA GESTIONE FINANZIARIA DELLE REGIONI**

# FRENA LA CRESCITA DELLA SPESA SANITARIA

Migliorano i conti della Sanità nel 2010. Il Patto della salute inizia a mostrare i suoi effetti e fa rallentare il tasso di crescita della spesa sanitaria in relazione al Pil che dall'8% scende al 7%. A livello regionale si è registrata una riduzione del 28,5% del disavanzo ma quelli maggiori restano concentrati soprattutto al Centro-Sud. Questi in sintesi i dati della relazione della Corte dei Conti sulla gestione finanziaria delle Regioni nel periodo 2009-2010

**Q**ualcosa si muove, in positivo, sul fronte dei conti delle Regioni italiane. Parola della magistratura contabile che nell'analisi sulla gestione finanziaria nel periodo 2009-2010 ha evidenziato un leggero miglioramento della situazione.

La spesa per il Ssn, secondo la relazione della Corte dei Conti, nel 2010 è stata pari a 113,5 mld di euro, un risultato che ha migliorato di 1,5 mld le stime contenute nella decisione di finanza pubblica 2011-2013. Lo stesso Patto per la salute, come riportato nella relazione, si è dimostrato efficace nel frenare il tasso di crescita della spesa sanitaria in rapporto al Pil. Infatti, mentre questa nel periodo 2000/2006 rappresentava l'8% del Pil, nell'ultimo quadriennio si è stabilizzata intorno al 7%.

La spesa sanitaria pro capite è risultata ammontare a 1.880 euro, con un incremento del 2,2% rispetto al precedente esercizio 2009.

Passando poi ad analizzare la situazione a livello regionale, la Corte dei Conti ha riscontrato che, a seguito della decisione contenuta nell'ultima Manovra economica circa l'introduzione del ticket da 10 euro sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il finanziamento da ripartire per il 2011 è risultato cresciuto dello 0,7%, in misura quindi in-

feriore sia al tasso d'inflazione programmato sia alla variazione registrata nel biennio 2009/2010 dell'1,4%.

È stata rilevata una riduzione del 28,5% del disavanzo complessivo, per la maggior parte imputabile alla Regioni sottoposte a Piano di rientro che, tuttavia, ad esclusione della Puglia, hanno migliorato il loro risultato.

Di queste chiudono positivamente l'esercizio 2010 solo Lazio, Abruzzo, Sicilia e Liguria.

Dall'analisi è inoltre emerso il perdurare del disavanzo in 12 Regioni e Province autonome: Valle d'Aosta, Trento, Veneto, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Anche nel 2010, infine, i disavanzi si sono concentrati soprattutto nell'area del Centro-Sud. Nel rapporto si evince poi, come la spesa sanitaria risulti sostanzialmente costituita da tre grandi aggregati che nel 2010 hanno avuto le seguenti incidenze sul totale della spesa per il Ssn: costi per il personale (32,7%), costi per l'acquisto di beni e servizi (30,3%) e spesa convenzionata o accreditata (36,5%).

Gli acquisti di servizi sono risultati essere la maggiore voce di spesa corrente: nel 2010 ci sono stati pagamenti per 51 mld di euro, pari al 44,7% del totale, contro i 31,8 mld della spesa per il personale e

i 12,2 spesi per l'acquisto di beni.

In particolare, secondo le analisi della magistratura contabile, nel 2010 le spese di personale sono aumentate del 4%, a causa del pagamento di arretrati per rinnovi contrattuali del personale non dirigente, relativi al biennio 2008/09 e dell'indennità di vacanza contrattuale per l'anno 2010. Al netto della componente retributiva relativa al biennio precedente, i redditi da lavoro dipendente crescono del 2,9 per cento, in linea con gli andamenti attesi. A contenere la dinamica retributiva entro il quadro previsionale, ha contribuito anche la disciplina contabile introdotta da recenti accordi Stato Regioni, che dispone che gli enti territoriali prevedano nei propri bilanci la copertura integrale degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali del personale del Ssn.

## Specializzandi 1983-1991: la sentenza n. 17350

A cura dei servizi Anao Assomed

Con la recente sentenza n. 17350 del 18 agosto 2011 (pubblicata su [www.anao.it](http://www.anao.it)) la III Sezione della Corte di Cassazione si è espressa nuovamente in merito alla questione della mancata retribuzione dei medici specializzandi negli anni 1983-1991 ribadendo quanto già espresso nella precedente sentenza del 17 maggio 2011, n. 10813 e consolidando il proprio orientamento circa la natura dell'azione risarcitoria dei medici specializzandi negli anni 1983-1991 e circa la decorrenza dei termini di prescrizione. In estrema sintesi, i principi affermati dai Giudici di legittimità sono i seguenti:

- 1) L'azione si prescrive in 10 anni: l'azione risarcitoria del danno subito dai medici per l'omessa o tardiva trasposizione del legislatore italiano delle direttive comunitarie in tema di retribuzione della formazione dei medici specializzandi è riconducibile allo schema della responsabilità per inadempimento contrattuale ex art. 1173 cod. civ. (da parte dello Stato) e, quindi come tale, soggetta all'ordinario termine decennale di prescrizione.
- 2) Il termine di prescrizione decorre dal 27 ottobre 1999: difatti, solo a partire dall'entrata in vigore dell'art. 11 della legge n. 370 del 27 ottobre 1999, lo Stato italiano ha completato il processo di trasposizione interna delle direttive europee,

e può ritenersi definitivamente inadempiente verso i soggetti esclusi, cioè i medici dei corsi di specializzazione dal 1983 al 1991 (estranei alle sentenze del Tar Lazio).

In definitiva, la pronuncia in esame non introduce alcuna novità rispetto a quanto previsto dalla sentenza del maggio 2011.

Pertanto, potranno far valere il nuovo criterio di decorrenza della prescrizione coloro i quali, prima del 27 ottobre 2009:

a) hanno compiuto un atto interruttivo della prescrizione (es. lettera di diffida o richiesta stragiudiziale dei danni);  
b) hanno un giudizio ancora pendente in primo grado o in appello. Nell'ambito di questi gradi di giudizio, gli interessati potranno far valere il nuovo orientamento giurisprudenziale espresso dalla sentenza in esame, così contrastando l'eccezione di prescrizione sollevata dallo Stato.

Mentre, al contrario, non potranno avvalersi del nuovo criterio di decorrenza della prescrizione, i soggetti che prima del 27 ottobre 2009:

a) non hanno mai effettuato alcun atto interruttivo della prescrizione (ricorso o lettera);  
b) hanno già ottenuto una sentenza negativa (di primo o secondo grado) avverso la quale non hanno proposto appello o ricorso in cassazione nei termini previsti dalla legge, facendo così calare su di essa il giudicato.

### Spesa corrente per il Ssn anni 2007/2010

2007	Anni (Milioni di euro)				Variazioni percentuali			Incremento medio annuo 2007/10
	2008	2009	2010	08/07	09/08	10/09		
101.744	108.468	110.435	113.457	6,6	1,8	2,7	2,9	

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Relazione unificata economia e finanza (maggio 2010) e Documento di Economia e Finanza 2011

### Spesa sanitaria pro capite (in milioni di euro)

2009	2010	Variazione%
1.839	1.880	2,2

Popolazione residente al 1° gennaio 2009: 60.045.068 (Fonte: ISTAT, dato aggiornato al 24 maggio 2011).  
Popolazione residente al 1° gennaio 2010: 60.340.328 (Fonte: ISTAT, dato aggiornato al 24 maggio 2011).



La relazione della CORTE DEI CONTI

# FALLITO IL PIANO DI EDILIZIA SANITARIA, EROGATO SOLO IL 41% DELLE RISORSE DISPONIBILI

Per l'edilizia sanitaria sono stati stanziati in totale 16,84 miliardi di euro, ma solo il 59% è stato attivato mentre le somme effettivamente erogate superano di poco il 40% del totale. La colpa? La farraginosità procedurale, ma anche l'incapacità realizzativa locale. È questo il quadro emerso da una relazione della Corte dei Conti che prende in esame il piano straordinario di edilizia sanitaria dal 1988 ad oggi

**L**e risorse disponibili per l'edilizia sanitaria sono caratterizzate da una consistente inutilizzazione. Qualche cifra? Ben 6,81 miliardi di euro, riservati alle Regioni, non sono confluiti in accordi di programma, 20 milioni di euro non sono stati assegnati agli altri enti beneficiari e 30 milioni di euro - quale quota parte della riserva accantonata dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (Cipe) con delibera n. 97/08 - non sono stati attribuiti.

È questa la fotografia dell'edilizia sanitaria scattata dalla Corte dei Conti che ha preso in esame la gestione delle risorse statali destinate all'edilizia e all'ammodernamento tecnologico della sanità pubblica dal 1988 ad oggi (ex art. 20 della legge n. 67/88).

L'istruttoria e la valutazione delle attività oggetto del referto hanno riguardato l'intero apparato organizzativo e gestionale che dall'amministrazione statale si dirama alle Regioni e agli enti del servizio sanitario. Obiettivo: individuare i nodi più significativi delle disfunzioni per misure autocorrettive adeguate. Il programma di cui all'art. 20

della legge n. 67/88 è diviso in due fasi, di cui la seconda, oggetto dell'indagine, è caratterizzata da uno stanziamento complessivo pari a 16,84 miliardi di euro, risultante non solo dalla disposizione in parola, ma anche da leggi che sul suo tessuto si sono innestate nel tempo, rifinanziandola. Delle somme stanziati dal Legislatore solo 9,98 miliardi di euro sono stati attivati: 9,30 miliardi sono confluiti in accordi di programma sottoscritti dalle Regioni e 680 milioni sono stati assegnati agli altri enti beneficiari; nello specifi-

co 7,04 miliardi di euro sono stati materialmente erogati alle Regioni e agli altri enti. Ben 2,94 miliardi, ancorché giuridicamente assegnati, non sono ancora confluiti in transazioni finanziarie

Sono diverse secondo la magistratura contabile le cause che hanno concorso a questa immobilizzazione di risorse in un ambito strategico quale il servizio sanitario nazionale. Una è correlata al meccanismo degli accordi di programma con le Regioni interessate, i quali sono propedeutici alla realizzazione delle iniziative

e alla maturazione del finanziamento. La lentezza e le tormentate modifiche che hanno connotato questa tipologia di programmazione negoziata hanno fatto slittare nel tempo l'utilizzazione di buona parte delle risorse stanziati. Altri elementi, tuttavia, hanno inciso sul mancato raggiungimento degli obiettivi: scarsa capacità realizzativa di alcuni contesti regionali, i quali spesso coincidono con le situazioni della finanza sanitaria sofferenti e caratterizzate dalla adozione dei piani di rientro.

"Peraltro - si legge nella relazione - i meccanismi legislativi accentuano le disfunzioni provenienti dai contesti regionali a maggior rischio. Le disposizioni di legge prevedono, infatti, un coinvolgimento diretto del ministero dell'Economia e delle Finanze, non solo nella fase istruttoria e nella stipula dei pertinenti accordi di programma, ma anche nelle fasi successive interessanti la realizzazione dei diversi interventi e le erogazioni finanziarie. Vengono pertanto "doppiate" le procedure di verifica di congruità degli oneri conseguenti a carico del bilancio statale, in relazione al rispetto dei vincoli di finanza pubblica". E così le Regioni più lente nel cogliere l'opportunità del finanziamento dello Stato rimangono ulteriormente indietro rispetto a quelle dotate di maggiori risorse e capacità realizzative.

## IL QUADRO REGIONALE

Alcuni enti territoriali - si legge nella relazione della Corte dei Conti - sono riusciti a raggiungere percentuali molto elevate nel rapporto tra valore complessivo degli accordi di programma e risorse assegnate: la Provincia autonoma di Bolzano ha sottoscritto quasi il 100% delle risorse assegnate in ambito Cipe; la Valle d'Aosta ha raggiunto l'83%; il Veneto l'80%; la Lombardia il 78%; la Provincia autonoma



L'indagine ha rilevato altri elementi critici della gestione amministrativa e contabile di parte statale e alcuni tipi di patologie ricorrenti nell'attuazione del programma

di Trento il 74%; la Toscana il 72%; l'Emilia Romagna ed il Piemonte il 71%. Altre regioni, tuttavia, presentano situazioni altamente critiche: il Molise ha sottoscritto accordi per appena il 18,35%, l'Abruzzo per il 32%, l'Umbria per il 36% e la Calabria per il 39%. In sintesi, rispetto al programma legislativo complessivo è stato attivato il 59,26% delle risorse stanziare per cui solo il 41,82% è pervenuto alla erogazione dei contributi in favore degli enti interessati. L'indagine ha messo in risalto il rapporto tra le risorse assegnate per legge e quelle effettivamente transitate in accordi di programma. Con riguardo a questi ultimi sono state evidenziate anche l'attitudine a tradurre in puntuali proget-

ti i finanziamenti e, in relazione all'ultimo triennio, la capacità di attivare le erogazioni statali. Dall'analisi della documentazione istruttoria è altresì emersa una rilevante differenziazione della misura con cui lo Stato è intervenuto a finanziare le infrastrutture: per alcune regioni il finanziamento statale ha raggiunto il massimo consentito dalla legislazione (il 95%), per altre si è attestato in misura vicina al 70%. Ciò senza una precisa ostensione dei motivi che hanno condotto alla sperequazione. Emerge poi un notevole disallineamento tra Regioni sul fronte delle revocche dei finanziamenti per non aver rispettato tempi e modalità previste dalle varie disposizioni di

finanziamento: a fronte di enti territoriali che non hanno ricevuto alcuna revoca dei finanziamenti, altri, come la Regione Campania, raggiungono cifre di assoluta rilevanza (610,43 milioni di euro). Le revocche della Regione Campania superano la metà (55%) delle provvidenze assegnate in sede di accordo di programma. Si assestano su percentuali elevate (tra il 15% ed il 17%), anche se a notevole distanza dalla Campania, anche il Friuli Venezia Giulia (17%), il Lazio (17%), le Marche (15%), la Sicilia (16%) e la Valle d'Aosta (16%). "In un momento di rilevante crisi per i pertinenti bilanci regionali, gravati da insostenibili oneri per assicurare accettabili livelli dei servizi sanitari - sottolinea la magistratura contabi-

le - la mancata o parziale utilizzazione di risorse aggiuntive per investimenti, denota una incapacità a sfruttare opzioni difficilmente ripetibili per uscire dallo stato di crisi". L'indagine ha rilevato altri elementi critici della gestione amministrativa e contabile di parte statale e alcuni tipi di patologie ricorrenti nell'attuazione del programma. Alcune disfunzioni possono essere ricondotte, sotto il profilo eziologico, alla stessa legislazione e alle sue prassi attuative. Considerato che la legge n. 67/88 costituisce, al momento, l'unico intervento finanziario diretto dello Stato finalizzato alle infrastrutture sanitarie, la sua concreta attuazione non sembra in grado di assicurare la perequazione infrastrutturale, trainando

le realtà territoriali più deboli ove la qualità dei servizi e delle risorse destinate alla sanità non raggiungono il livello minimo statuito dall'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione. Neppure sotto il profilo dell'equità contributiva sembrano congrui gli interventi in favore delle collettività locali meno dotate di servizi, già gravate dalla maggiore pressione fiscale riservata alle regioni sottoposte ai piani di rientro.

Il quadro regionale sui fondi per l'edilizia sanitaria

Fonte: Corte dei Conti

REGIONE / PROVINCIA AUTONOMA	RESORSE ASSICURATE ALLE REGIONI DALLA LEGGE SULL'EDILIZIA SANITARIA NEL TEMPO E SUCCESSIVAMENTE REVOCHATE	VALORE COMPLESSIVO ACCORDI DI PROGRAMMA SOTTOSCRITTI	INCIDENZA PERCENTUALE DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA PER REGIONE	SOMME DETRAENTI DAL RIMBORSO COSTO INTERVENUTI INSERITI NEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA OVI SOTTOSCRITTI	FINANZIAMENTI REVOCHATI AI SENSI DELL'ART. 310 E 312 LEGGE 266/2005	INCIDENZA PERCENTUALE DELLE REVOCHHE RISPETTO AL VALORE DEGLI ACCORDI	FINANZIAMENTI A CARICO DELLO STATO PERFEZIONATI CON ACCORDI DI PROGRAMMA AL NETTO DELLE REVOCHHE E DEI RISPARI	INCIDENZA PERCENTUALE DEI FINANZIAMENTI PERFEZIONATI CON ACCORDI DI PROGRAMMA RISPETTO ALLE SOMME ASSICURATE	RISORSE PER ACCORDI DI PROGRAMMA DA SOTTOSCRIVERE
	1	2	3-21	4	5	6-107	7-(2)-(4)-(5)	8-21	9-17
ABRUZZO	370.580.391,00	121.245.060,00	32,72%	0,00	1.545.450,00	1,27%	119.700.370,00	32,30%	259.200.021,74
BASILICATA	231.454.327,93	137.600.245,96	59,44%	645,58	7.430.770,24	3,21%	130.169.530,16	56,23%	101.315.557,80
CALABRIA	888.250.000,00	235.877.717,44	26,55%	0,00	0,00	-	235.877.717,44	26,55%	652.372.282,56
CAMPANIA	1.802.509.025,62	1.190.295.899,84	65,99%	0,00	610.430.154,92	33,86%	489.820.734,86	27,18%	1.302.009.290,76
EMILIA ROMAGNA	1.038.287.734,95	739.896.214,16	71,37%	0,00	0,00	-	739.896.214,16	71,37%	298.391.520,79
FRIULI VENEZIA GIULIA	281.831.736,81	281.831.880,78	100,00%	0,00	30.534.200,91	10,83%	251.297.679,87	89,17%	140.886.680,91
LAZIO	1.201.017.401,66	755.795.137,48	62,88%	0,00	125.341.512,85	10,43%	630.453.624,63	52,45%	570.665.888,81
LIGURIA	539.080.019,24	342.106.819,60	63,45%	754.145,83	36.794.437,26	6,81%	305.312.381,54	56,64%	233.721.582,73
LOMBARDIA	2.106.260.880,73	1.702.811.401,81	80,84%	-	1.345.250,00	0,06%	1.701.466.151,81	80,78%	404.804.688,92
MARCHE	260.101.284,00	202.020.416,73	77,67%	10.070,00	56.491.056,48	21,71%	145.529.360,25	55,93%	141.939.360,25
MOLISE	127.957.275,63	22.887.692,75	17,90%	0,00	0,00	-	22.887.692,75	17,90%	105.069.582,88
PIEMONTE	1.110.457.475,31	553.982.222,74	49,88%	0,00	113.951.434,98	10,26%	439.030.787,76	39,53%	670.426.687,57
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	115.234.595,69	115.118.394,47	99,91%	0,00	0,00	-	115.118.394,47	99,91%	106.601,22
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	128.201.000,00	95.222.549,00	73,90%	0,00	0,00	-	95.222.549,00	73,90%	32.978.451,00
PUGLIA	1.259.726.497,91	671.638.680,80	53,39%	0,00	16.812.025,00	1,33%	654.826.655,80	51,99%	604.914.629,80
SARDEGNA	556.588.120,27	389.680.449,24	69,85%	141.990,07	41.543.154,42	7,46%	348.137.294,82	62,55%	207.947.294,82
SICILIA	1.778.252.457,97	1.168.997.965,57	65,80%	0,00	185.557.521,42	10,44%	983.440.444,15	55,37%	682.890.444,15
TOSCANA	964.791.335,31	695.617.776,83	72,11%	0,00	1.594.094,40	0,16%	694.023.682,43	71,94%	269.707.682,43
UMBRIA	154.125.271,75	59.165.302,48	38,39%	0,00	0,00	-	59.165.302,48	38,39%	94.959.969,27
VALLE D'AOSTA	45.215.470,05	37.611.738,57	83,18%	0,00	6.151.420,00	13,59%	31.460.318,57	69,58%	13.756.223,48
VENETO	1.050.152.771,61	679.289.406,79	64,68%	0,00	82.204.021,03	7,83%	597.085.385,76	56,38%	302.074.205,77
<b>TOTALE</b>	<b>16.115.884.181,02</b>	<b>10.675.285.591,71</b>	<b>65,90%</b>	<b>814.817,38</b>	<b>1.216.638.465,87</b>	<b>7,55%</b>	<b>9.458.647.125,84</b>	<b>58,70%</b>	<b>8.242.008.659,87</b>

(\*) Esposizioni a capitale alla data della ricerca promossa dall'ente incaricato (2002/2003) da cui sono stati sottratti:  
 (\*) L'importo totale di cui sopra è relativo alla sola Regione Piemonte Autonoma, mentre risulta da distinzioni ex accordi di programma a cui sottostano:  
 - 31.075.477.378,07 - finanziamenti art. 30, legge 67/88 ripartiti tra le regioni con Delibera Cipe n. 56/90  
 - 1.151.217.027,48 - finanziamenti legge 27/2/1997 n. 452 e ripartiti tra le Regioni con Delibera Cipe n. 53/98  
 - 14.570.025,80 - finanziamenti legge 44/5/95 ripartiti tra le Regioni con D.M. 28/12/2001  
 - 1.111.000.616,00 - finanziamenti legge 30/6/00 ripartiti tra le Regioni con Delibera Cipe n. 65/02  
 - 826.143.140,00 - finanziamenti legge 388/00 - quota destinata alla libera professione intraprenaria ripartita con D.M. 06/2/2001  
 - 2.077.817.721,81 - finanziamenti legge 28/6/01 ripartiti tra le Regioni con Delibera Cipe n. 58/01  
 - 2.590.030.000,00 - finanziamenti legge 24/4/07 ripartiti tra le Regioni con Delibera Cipe n. 87/07





I dati dell'Agenas

# Cala del 6,4% la spesa farmaceutica

## DEL PRIMO SEMESTRE 2011

**C**ontinua a predominare nella spesa per farmaci territoriale il segno "meno". In totale, infatti, Regioni e Province autonome, hanno fatto registrare un variazione rispetto ai primi sei mesi del 2010, pari a un confortante -6,4 che, tradotto in euro sonanti fa la bella cifra di oltre 5.415 miliardi netti, contro i 5.783 e spiccioli (sempre netti), spesi nel primo semestre dello scorso anno. a fotografare l'andamento del primo semestre 2011 della spesa farmaceutica convenzionata nelle Regioni italiane è l'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. Si tratta di numeri davvero interessanti come quelli delle Regioni sottoposte a Piano di rientro e, in particolare quelle del Sud Italia, nelle quali i bilanci della farmaceutica sono rientrati nettamente entro il loro giusto alveo. A guidarle è la Campania che con un risparmio netto del 13,3% si piazza al primo posto assoluto non solo tra le Regioni in difficoltà con i propri conti ma anche tra quelle tradizionalmente considerate "virtuose". Seguono da vicino la Calabria (13,1%) e la Puglia (12,9%). Restando nell'ambito di questa "classifica" i dati Agenas segnalano il -8% del Piemonte (anche questa Regione è alle prese con il Piano di rientro), il -5,2% della Liguria, e, per tornare alle Regioni del Centro Sud, il -3,5% del Lazio, il -2,7 dell'Abruzzo, il -6,2% della Basilicata, il -4,3% della Sicilia e il -0,9% della Sardegna. Si tratta a ben vedere di risultati davvero positivi sui quali,



però, hanno indubbiamente inciso le misure di contenimento adottate "sia a livello centrale che regionale". Tra queste quelle relative al ticket che, nelle rilevazioni dell'Agenas, comprende sia la quota "fissa" applicata da ciascuna Regione, sia quella "variabile" legata, come si legge nella nota dell'Agenas, "alla partecipazione del cittadino nella scelta tra il farmaco di marca e il generico". Le Regioni che hanno ottenuto i risultati migliori sul fronte del risparmio, infatti, fanno segnare una decisa crescita del "peso" della compartecipazione dei cittadini. In Campania, ad esempio, la comparazione tra il ticket applicato nel primo semestre 2011 e il rispettivo periodo del 2010, mostra come questo sia aumentato del 116,72%. Lo stesso è avvenuto in Puglia, con un "differenziale" del 126,29%. A dare ragione del positivo andamen-

to dei conti regionali, c'è poi il dato sullo sconto applicato a favore del Ssn, anch'esso aumentato tra 2011 e 2010 praticamente in tutte le Regioni. In quelle del Sud, in particolare, supera pressoché dovunque il 6% (6,7% in Campania, 6,3% in Puglia e Calabria, per restare tra le prime tre) con una punta del 7% in Sicilia. Si tratta, a ben guardare, di una prova di efficacia delle misure adottate per tenere

sotto controllo la spesa farmaceutica. E a testimoniarlo c'è il calo del numero di ricette che appare particolarmente sensibile proprio nelle tre Regioni sopracitate: in Campania si è avuto un -8,6% di ricette, in Calabria un -0,8% e in Puglia un -5,2%. Resta ora da vedere se questo risultato tanto positivo non corra il rischio di trasformarsi in un boomerang per i conti sempre in bilico delle Regioni. Sa-

rà infatti un'ottima occasione per verificare se al calo della spesa farmaceutica regionale corrisponda anche un calo delle altre voci di spesa, quella ospedaliera su tutte. Se così non fosse appare chiaro che occorrerà rimettere mano ai meccanismi di risparmio. Sempre sperando che questo non comporti una "rivoluzione" in negativo del sistema sanitario pubblico nel suo complesso.

*Le Regioni che hanno ottenuto i risultati migliori sul fronte del risparmio, infatti, fanno segnare una decisa crescita del "peso" della compartecipazione dei cittadini*

### Spesa farmaceutica regionale

Variazioni primo semestre 2010-2011

Regione	gen-giu 2011 (Valore in euro)	gen-giu 2010 (Valore in euro)	VAR. 11/10 (Valore %)
Piemonte	385.064.505,17	418.385.790,57	-8,0
V. Aosta	10.601.257,98	11.054.923,35	-4,1
Lombardia	804.740.148,83	832.632.801,30	-3,3
Bolzano	29.974.349,0	30.774.183,65	-2,6
Trento	38.485.249,69	39.335.320,96	-2,2
Veneto	368.079.798,14	396.170.308,89	-7,1
Friuli V.G.	112.773.076,69	116.216.915,10	-3,0
Liguria	155.109.055,54	163.601.082,86	-5,2
E. Romagna	362.754.932,49	381.331.040,34	-4,9
Toscana	309.205.570,64	325.445.102,96	-5,0
Umbria	78.742.977,73	81.934.202,24	-3,9
Marche	140.594.455,12	145.625.872,25	-3,5
Lazio	595.107.868,92	616.397.973,47	-3,5
Abruzzo	133.977.047,23	137.754.414,79	-2,7
Molise	30.003.153,67	30.248.415,50	-0,8
Campania	509.753.350,56	588.036.500,92	-13,3
Puglia	405.805.106,33	466.088.741,83	-12,9
Basilicata	53.231.384,46	56.748.423,15	-6,2
Calabria	195.155.580,09	224.582.375,25	-13,1
Sicilia	521.782.641,88	544.976.627,27	-4,3
Sardegna	174.393.771,37	176.063.538,92	-0,9
<b>Italia</b>	<b>5.415.335.282,23</b>	<b>5.783.404.555,57</b>	<b>-6,4</b>

Presentata in Parlamento la relazione del ministero della Salute **SULLA LEGGE 194/78**

# Ivg in calo del 2,7% nel 2010. TASSI TRA I PIÙ BASSI D'EUROPA

Sono state 115.372 le interruzioni volontarie di gravidanza nel 2010, con un decremento del 2,7% rispetto al 2009. Il tasso di abortività sceso del 2,5%. Ma resta alto il ricorso all'aborto tra le donne straniere, che nel 2009 ha rappresentato il 33,4% del totale delle Ivg, mentre nel 1998 era pari al 10,1%. L'Italia, comunque, registra uno tra i tassi più bassi di ricorso all'aborto nei Paesi occidentali. È quanto emerso dalla Relazione annuale presentata dal ministero della Salute al Parlamento

**B**uone notizie sul fronte dell'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg). Nel 2010 sono state effettuate 115.372 Ivg (dato provvisorio), con un decremento del 2,7% rispetto al dato definitivo del 2009 (118.579 casi) e un decremento del 50,9% rispetto al 1982, anno in cui si è registrato il più alto ricorso all'Ivg (234.801 casi). A fotografare lo stato dell'arte sull'applicazione della legge 194/78 sull'Ivg è la Relazione 2011 del ministero della Salute presentata al Parlamento dal ministro Ferruccio Fazio e che contiene i dati definitivi del 2009 e quelli provvisori del 2010

Il tasso di abortività (numero delle Ivg per 1.000 donne in età feconda tra 15-49 anni), l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza, è risultato nel 2010 pari a 8,2 per mille, con un decremento del 2,5% rispetto al 2009 (8,5 per 1.000) e un decremento del 52,3% rispetto al 1982 (17,2 per 1.000). Si tratta inoltre, sottolinea il ministero della Salute, di un valore "tra i più bassi di quelli osservati nei Paesi industrializzati". In particolare per quanto riguarda le minorenni, tra le quali, riferisce il ministero, il tasso di abortività in Italia è risultato, nel 2009, pari a 4,4 per mille (era il 4,8 per mille nel 2008), con valori più elevati nell'Italia settentrionale e centrale ma, anche se i

dati non sono strettamente comparabili, ben al di sotto di Inghilterra, Francia e Spagna. Nel dettaglio, per donne con meno di venti anni, nel 2009 in Italia il tasso di abortività è pari al 6,9 per mille (era il 7,2 nel 2008); nello stesso anno in Inghilterra e Galles è il 23 per mille, e in Svezia il 22,5 per mille; in Spagna il 12,7 per mille; in Francia il 15,2; negli USA nel 2004 il 20,5 per mille.

Il rapporto di abortività (numero delle Ivg per mille nati vivi) è risultato pari a 207,2 per mille con un decremento dell'1,3% rispetto al 2009 (210 per mille) e un decre-

mento del 45,5% rispetto al 1982 (380,2 per mille).

Se l'analisi delle caratteristiche delle Ivg conferma un decremento tra le italiane, tuttavia negli anni è andato crescendo il contributo all'Ivg da parte delle donne con cittadinanza estera, raggiungendo nel 2009 il 33,4% del totale delle Ivg,

mentre, nel 1998, tale percentuale era del 10,1%. Nel 2009, dei 38.309 aborti di donne con cittadinanza straniera 19.762 (il 51,6%) sono di donne provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est.

Quasi la metà delle Ivg, sia fra le italiane (47,3%) che fra le donne straniere (43,8%) sono effettuate da donne con occupazione lavorativa, e solo il 13,4% delle Ivg fra le italiane e il 23,4% fra le straniere riguardano donne disoccupate o in cerca di prima occupazione. Riguardo allo stato civile, le Ivg fra nubili e coniugate sono in percentuali simili: fra le straniere prevalgono le coniugate (49,4%) mentre fra le italiane il più alto ricorso è tra le nubili (50,8%). Fra le donne italiane che hanno effettuato

una Ivg, il 45,4% non aveva figli, così come il 31,9% delle straniere.

Le cittadine straniere, presentano un tasso di abortività, peraltro diverso per nazionalità, stimato 3-4 volte maggiore di quanto attualmente risulta tra le italiane.

La percentuale di Ivg effettuate da donne con precedente esperienza abortiva è risultata pari al 27%, valore simile a quello del 2006, 2007 e 2008 (26,9%). Le percentuali corrispondenti per cittadinanza sono 21,9% per le italiane e 38,2% per le straniere (21,6% e 37,4%, rispettivamente, nel 2008). Anche in questo caso, secondo il ministero, "la percentuale di aborti ripetuti riscontrato in Italia è tra le più basse a livello internazionale".

## Ivg valori assoluti, per area geografica (1983-2009)

	1983	1991	2008	2009	2009/2008	2009/1983
NORD	105430	67619	56148	53958	-3.9	-48.8
CENTRO	52423	34178	26172	25487	-2.6	-51.4
SUD	57441	44353	28191	28839	2.3	-49.8
ISOLE	18682	14344	10790	10925	1.3	-41.5
ITALIA	233976	160494	121301	118579	-2.2	-49.3

## Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) nel 2010

Valori assoluti: dati 2010 e confronti con il 2009 N. IVG per trimestre

	TOTALE		TOTALE		2010	VAR. % 2009	
	I	II	III	IV			
<b>ITALIA SETTENTRIONALE</b>	<b>14611</b>	<b>14133</b>	<b>12162</b>	<b>12313</b>	<b>53219</b>	<b>53958</b>	<b>-1.4</b>
Piemonte	2658	2558	2133	2261	9610	9485	1.3
Valle d'Aosta	55	57	61	69	242	217	11.5
Lombardia	5309	5022	4314	4287	18932	19646	-3.6
Bolzano	154	173	138	141	606	571	6.1
Trento	225	248	233	199	905	1078	-16.0
Veneto	1799	1790	1547	1592	6728	6840	-1.6
Friuli Venezia Giulia	514	486	534	435	1969	2075	-5.1
Liguria	915	942	806	792	3455	3219	7.3
Emilia Romagna	2982	2857	2396	2537	10772	10827	-0.5
<b>ITALIA CENTRALE</b>	<b>6970</b>	<b>6774</b>	<b>5535</b>	<b>5440</b>	<b>24719</b>	<b>25487</b>	<b>-3.0</b>
Toscana	2004	2125	1788	1748	7665	7819	-2.0
Umbria	505	509	443	426	1883	1920	-1.9
Marche	644	616	524	517	2301	2458	-6.4
Lazio	3817	3524	2780	2749	12870	13290	-3.2
<b>ITALIA MERIDIONALE</b>	<b>7861</b>	<b>7351</b>	<b>6152</b>	<b>5980</b>	<b>27342</b>	<b>28839</b>	<b>-5.2</b>
Abruzzo	691	665	547	574	2477	2518	-1.6
Molise	180	157	141	90	568	666	-14.7
Campania	3139	2947	2446	2544	11076	12183	-9.1
Puglia	2788	2604	2167	1968	9525	9682	-1.6
Basilicata	178	159	140	161	638	700	-8.9
Calabria	885	819	711	643	3058	3090	-1.0
<b>ITALIA INSULARE</b>	<b>2694</b>	<b>2687</b>	<b>2439</b>	<b>2272</b>	<b>10092</b>	<b>10295</b>	<b>-2.0</b>
Sicilia	2148	2071	1823	1753	7795	7979	-2.3
Sardegna	546	616	616	519	2297	2316	-0.8
<b>ITALIA</b>	<b>32136</b>	<b>30945</b>	<b>26288</b>	<b>26005</b>	<b>115372</b>	<b>118579</b>	<b>-</b>



# L'emergenza finanziaria: UNA CRISI SENZA FINE

I medici e il sindacato alla luce dei preoccupanti scenari politici ed economici si trovano a dover affrontare importanti sfide future. Bisogna iniziare quindi a considerare quali debbano essere gli strumenti da revisionare, le iniziative da mettere in campo, e gli interlocutori da privilegiare. In questo articolo la disamina delle criticità e le iniziative da mettere in campo per rendere il sindacato sempre più competitivo

**L**e vicende politiche ed economiche che angustiano in modo preoccupante il nostro Paese e che hanno portato – per la prima volta dopo molti anni – ad una accelerazione inaspettata del voto del Parlamento per approvare una manovra finanziaria accresciuta progressivamente dai 45 miliardi di inizio giugno ai prevedibili 70 miliardi di metà luglio, impongono a tutti noi, dirigenti di questo Sindacato di categoria di medici e sanitari dirigenti del Ssn di non farci travolgere dalle vicende, pur molto gravi di queste settimane, e di conservare una capacità di analisi e, poi, di decisione politica e sindacale. Del resto, il nostro Paese ha attraversato e, purtroppo, attraverserà ancora momenti di grande criticità fino a quando la classe politica e la dirigenza del nostro Paese non avrà maturato la necessaria consapevolezza della coerenza tra le analisi e le decisioni da assumere. Abbiamo sempre dovuto far fronte periodicamente a crisi più o meno gravi; ricordo, per esempio, ai tanti colleghi in servizio alla fine degli anni '70 che gli incrementi del Contratto del 1978 ci furono corrisposti in Bot (a un interesse più basso di quelli allora in circolazione), tale era la condizione della finanza pubblica e

tali le preoccupazioni per una nuova – ricorrente – svalutazione della lira. Questo modo dei Governi italiani di affrontare i problemi sempre "sull'orlo del precipizio" rappresenta anche una caratteristica che meraviglia sempre i nostri partner, a cominciare dai tedeschi, che ogni volta devono ammettere che nei momenti più critici, riusciamo comunque a trovare una "via di uscita".

## UNA MANOVRA PESANTE, INGIUSTA E INEFFICACE

Le misure per la sanità che sono state approvate rappresentano indubbiamente una ulteriore mazzata al fragile tessuto del Ssn e al riconoscimento del ruolo professionale e del lavoro dei dirigenti medici e sanitari del Ssn pubblico; esse testimoniano, ancora una volta, che quando c'è da ramazzare risorse utili sono sempre i servizi pubblici, i dipendenti ed i pensionati a subire i tagli più pesanti, anche perché sono quelli più facilmente esigibili, mentre tutto l'apparato della politica, i grandi patrimoni e i detentori delle rendite finanziarie riescono ad essere sfiorati e non "soffrono" le decisioni della manovra. Inoltre, pesando per oltre il 50% delle risorse sulle Regioni, sono in palese contraddizione con tutti i proclami su un fe-

↳ Gianfranco Visci - Consigliere nazionale Anao

deralismo solo di bandiera. Ancora, anche se fugacemente, dobbiamo sottolineare che l'intera manovra non incide sulla "malattia" di un Paese che non cresce, giacché non prevede provvedimenti efficaci per ridurre il cuneo fiscale delle imprese, la loro presenza sui mercati e per rilanciare gli investimenti pubblici. Tuttavia, sono proprio i momenti di difficoltà e di crisi che devono spingerci a ragionare e ad accrescere la nostra capacità di analisi e l'individuazione di modelli assistenziali e gestionali innovativi ed efficaci e per accrescere la nostra capacità di confronto e di interlocuzione.

## DIRIGENTI NEL SSN E NEL SINDACATO

Così, come sosteniamo che l'aver definito i medici e i sanitari del Ssn dei dirigenti, perché "dirigono", cioè scelgono strategie e soluzioni efficaci per gli utenti e per l'organizzazione, così anche chi svolge un ruolo dirigente nell'Anao-Assomed, a tutti i livelli, deve sentirsi impegnato in questo compito di riflessione e di decisione, per non venir meno al proprio mandato. Per fare questo dobbiamo distinguere tra gli obiettivi che dobbiamo salvaguardare, perché sono la ragione d'essere del nostro Sindacato, dagli strumenti per poter realizzare quegli obiettivi. L'Anao, sin dalla sua fondazione, ha sempre operato nello spirito della Costituzione della Repubblica, per salvaguar-

dare l'universalità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale e per valorizzare il ruolo professionale del medico – e oggi dei dirigenti sanitari – come elemento di garanzia per la qualità e l'efficacia delle stesse prestazioni. Questo obiettivo non è mai venuto meno e oggi, con la sfida del federalismo, con le difficoltà finanziarie incombenti e con le lusinghe dello "universalismo selettivo" avvertiamo che anche questi principi, costituzionalmente proclamati, corrono il rischio di essere disattesi. Del resto, se le recenti indagini concludono che diverse Regioni del nostro Paese non sono in grado di garantire i Lea, il rischio che i principi richiamati vadano smarriti, non è molto lontano. Allora, affrontare le sfide che ci pone il futuro, vuol dire che dobbiamo considerare quali debbano essere gli strumenti da revisionare, quali iniziative dobbiamo mettere in campo, quali interlocutori dobbiamo privilegiare. Soprattutto, dobbiamo saper distinguere tra miti e realtà, sgombrare il campo da comportamenti ambigui e spesso compromissori, per affermare con più forza il vero volto di un sindacato di professionisti che ancora "crede nel Servizio sanitario nazionale" e che deve essere sempre più avvertito dall'opinione pubblica come l'autentico garante della qualità e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie.



Questo profilo potrà renderci ancora più credibili agli occhi dei tanti dirigenti medici e sanitari che si sentono smarriti e avvertono la necessità di una guida, di un riferimento che li aiuti a sentirsi consapevoli dell'assoluta unicità e qualità del lavoro svolto.

## ITEMI DELL'AGENDA

Gli aspetti dell'Agenda da sviluppare riguardano, in sintesi, questi capitoli.

Il primo, perché è quello che condiziona le risorse spendibili, riguarda il rapporto spesa sanitaria e qualità delle prestazioni. Gli studi più accreditati di centri di studio e di ricerca sulla qualità della spesa sanitaria nelle diverse Regioni, come quelli più recenti del Cerm (\*) (Cfr. Tabelle), documentano che le Regioni che spendono di più e hanno accumulato un deficit del loro fondo sanitario sono quelle che assicurano ai loro cittadini livelli qualitativi più bassi di prestazioni sanitarie. Fa-

\* I Numeri del federalismo in sanità di FPammolli, N. Salerno – Working paper 3 / 2010 :

cendo riferimento alle Regioni benchmark più volte citate (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria), adottando i parametri di spesa di queste Regioni a tutte le Regioni si potrebbero ipotizzare risparmi dell'ordine di 5 miliardi e stimolare l'assunzione di modelli assistenziali rapportati alle fasce di popolazione comparabili per qualità. Su questo versante, il nostro ruolo di dirigenti sanitari deve essere quello di pretendere la programmazione di presidi e servizi sanitari efficienti, parametrati ai reali bisogni delle popolazioni di riferimento, consapevoli che la qualità del nostro lavoro è commisurata al livello epidemiologico dei casi trattati, alla disponibilità di adeguate risorse strutturali e alla presenza del personale infermieristico e tecnico di supporto. "Non sempre piccolo è bello" e non è più l'epoca di farsi paladini e sostenitori dell'esistenza di realtà ospedaliere "mini"

che non sono in grado di assicurare prestazioni sanitarie, soprattutto nell'emergenza, con risultati adeguati. Queste situazioni, ancora molto diffuse in gran parte del Paese e del meridione in particolare, finiscono per creare condizioni di lavoro spesso insostenibili e altamente rischiose per utenti e personale. Le statistiche ci soccorrono per ricordarci che i contenziosi ostetrico - neonatologici, ad esempio, sono molto più numerosi nei punti nascita inferiori a 500 nati/anno. Uno studio di E. Petrini della Marsh spa (Il Sole 24 ore 1/7 marzo 2011) a proposito delle vertenze ostetrico-neonatologiche riferiva che negli Ospedali di base sono stati censiti 5,97 eventi su 10mila parti, negli Ospedali specialistici 2,84, in quelli Universitari 5,39 ed in quelli degli Ospedali materno-infantili 1,81. Di conseguenza il valore assicurativo per la nascita in un Ospedale di base costa 205

euro, 143 negli Ospedali specialistici, 123 in quelli Universitari e 105 euro negli Ospedali materno-infantili. E poi, non facciamoci strumentalizzare dai politici locali che sostengono le realtà locali per logiche che nulla hanno a che fare con la buona sanità. Il secondo tema che dobbiamo sviluppare riguarda la qualificazione dei dirigenti medici e sanitari: il futuro del Ssn e del ruolo dei dottori risiede nella qualità della loro professione. Pur nelle ristrettezze finanziarie del momento, dobbiamo utilizzare tutti gli strumenti utili per garantire l'aggiornamento, dobbiamo pretendere investimenti sulla formazione e stimolare tutti gli appuntamenti di "audit" che rendono il lavoro ospedaliero una occasione unica di costante verifica dei risultati e degli errori e un affinamento dei protocolli e delle linee-guida utilizzati, anche per attenuare il possibile contenzioso medico-legale.

Anche per questa strada passa la riduzione dei costi della sanità: indagini recenti hanno evidenziato che le Regioni in cui sono state formalizzate e monitorate iniziative per l'audit clinico e la verifica della casistica trattata hanno consentito una riduzione dei premi assicurativi, oltre che del contenzioso medico-paziente.

### IL RUOLO DELL'ANAAO ASSOMED

Su questo fronte l'Anaa-Assomed può assumere un ruolo più attivo, implementando - anche come Associazione - la formazione permanente dei dirigenti medici e sanitari. Un ambito proprio al ruolo politico dell'Anaa-Assomed deve essere quello di tallonare in modo ossessivo il Ministero e le Regioni perché escano fuori dalle persistenti "ambiguità" sul "governo clinico" e assicurino, nel rispetto dei rispettivi ruoli amministrativo e tecnico, una interlocuzione costante e obbligatoria con il Sindacato dei diversi livelli dell'organizzazione sanitaria alla programmazione e all'organizzazione dei Dipartimenti e delle Unità Operative, alla dotazione in risorse, soprattutto di quelle tecnologiche. Da parte nostra occorre aprire al più presto una riflessione aperta sul "lavoro medico" e sui rapporti con le altre professioni, a partire da quella infermieristica. Senza farci impressionare dalle sirene che proclamano inesistente il problema della carenza dei medici in Italia e che piuttosto il nostro numero sarà nel prossimo futuro ancora maggiore di quello presente nella media europea, tuttavia non possiamo non cogliere la necessità di promuovere e verificare le capacità professionali e le competenze assistenziali degli altri professionisti che, come in un'orchestra, sono presenti nelle strutture sanitarie e soprattutto negli Ospedali. I dirigenti medici devono imparare a dirigere i professionisti che lavorano al loro fianco, riservandosi sempre più

compiti strategici, di messa a punto dei percorsi assistenziali, di aggiornamento dei processi diagnostico-terapeutici e di verifica del lavoro svolto. Il tempo ritrovato dovrà essere utilizzato per la comunicazione con i pazienti, per l'aggiornamento, per il confronto con i Colleghi. E se da questa impostazione dovesse ridursi il numero dei dirigenti medici, aumenterebbe di conseguenza il loro potere contrattuale.

In questo contesto rientra il tema del rapporto con l'Università: nelle pagine di Dirigenza Medica la pericolosità, anche costituzionale, delle proposte di matrice universitaria è già stata ampiamente precisata. Per un verso dobbiamo alimentare e diffondere queste nostre valutazioni, dall'altro, dobbiamo rilanciare gli argomenti economici così tanto cari agli amministratori nazionali e regionali in ordine ai costi di un apparato universitario (si vedano i costi documentati delle Aziende ospedaliere universitarie!) che consuma molto di più delle Aziende a gestione ospedaliera o degli ospedali a gestione Asl.

### QUALE UNIVERSALISMO SELETTIVO

Il tema più spinoso resta quello di individuare modelli che rendano plausibile la convivenza dell'universalismo solidale del Ssn e l'adozione di misure di "universalismo selettivo". Intanto, va avanzata un'osservazione preliminare: gli italiani pagano le tasse a un livello svedese per fruire di servizi che svedesi certo non sono! E in un Paese in cui la pressione fiscale è oltre il 43% non si può chiedere di pagare di più. In secondo luogo dobbiamo ricordare che "il welfare è un patto, un patto fiscale e assicurativo in base al quale, dietro il pagamento di tasse e contributi, lo Stato si assume una parte rilevante del rischio conseguente a evenienze negative, fondamentalmente: la

### Scenario 1 - Determinazione del fabbisogno standard delle Regioni benchmark: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto

hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo

**Spesa SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)**  
**benchmark: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto**

Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	standardizzata
			effettiva in % VA	in % VA
Piemonte	8.522.707	8.218.150	6,7%	6,5%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	6,6%	5,3%
<b>Lombardia</b>	<b>16.960.356</b>	<b>16.945.464</b>	5,2%	5,2%
P.A. Bolzano	1.109.253	808.688	6,5%	4,7%
P.A. Trento	1.079.192	902.673	6,7%	5,6%
<b>Veneto</b>	<b>8.817.601</b>	<b>8.518.764</b>	6,0%	5,8%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	6,7%	6,5%
Liguria	3.329.996	3.291.155	7,6%	7,5%
<b>Emilia Romagna</b>	<b>8.101.115</b>	<b>8.129.969</b>	5,8%	5,8%
<b>Toscana</b>	<b>6.938.500</b>	<b>7.024.515</b>	6,5%	6,6%
<b>Umbria</b>	<b>1.610.768</b>	<b>1.674.834</b>	7,4%	7,7%
Marche	2.837.457	2.900.681	6,8%	7,0%
Lazio	11.235.677	9.721.172	6,6%	5,7%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	8,4%	8,2%
Molise	647.486	587.505	10,0%	9,0%
Campania	10.476.600	9.013.553	10,7%	9,2%
Puglia	7.362.098	6.709.137	10,3%	9,4%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	9,6%	9,1%
Calabria	3.728.862	3.374.685	10,9%	9,9%
Sicilia	8.718.556	8.329.419	9,9%	9,5%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	9,1%	8,4%
<b>(somma/media) Italia</b>	<b>110.820.460</b>	<b>104.998.029</b>	<b>7,8%</b>	<b>7,3%</b>

■ Regioni - benchmark

a) VA = valore aggiunto ai prezzi base (2008; fonte Rgsep)  
b) L'incidenza sul VA a livello Paese è la media aritmetica delle incidenze regionali

Per le Regioni benchmark si segnalano i valori teorici del benchmarking, anche se la loro posizione non necessita, per definizione, di correzioni. I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. Il Bambin Gesù e lo Smom.

Fonte: elaborazioni CeRM-2010

redistribuzione interregionale supportata dalla quota capitaria uniforme



## Occorre rivedere con grande prudenza il tema dello stato giuridico e della contrattazione del dirigente medico e sanitario

malattia, l'invecchiamento, la perdita del lavoro" (\*\*).

Se si accetta la possibilità di far pagare le prestazioni sanitarie secondo formule del tipo "non tutto a tutti", si scardina alla radice il presupposto di un Ssn universalistico e si finirà per affossarlo definitivamente.

Se nel nostro Paese non ci fosse una "ingiustizia fiscale" con i livelli di evasione da tutti riconosciuti, il problema potrebbe essere risolto alla radice con la destinazione di una partecipazione fiscale per il finanziamento del Ssn, spalmata su tutta la platea dei contribuenti e differenziata sulla base del reddito. Questa, del resto, è la soluzione adottata da gran parte dei sistemi europei che utilizza un mix di versamenti contributivi e fiscalità generale. Infatti, non è più possibile che il Ssn sia finanziato quasi esclusivamente dalle imprese manifatturiere.

Poiché questo non è oggi consigliabile perché finirebbero per pagare sempre di più le stesse persone, dal mio punto di vista occorre prevedere forme di partecipazione legate alla fruizione dei servizi con l'intento di esercitare una sorta di moratoria sul ricorso inappropriato ai servizi sanitari e, nello stesso tempo, di favorire una più consapevole educazione sanitaria.

Al livello ospedaliero posso trovare una giustificazione logica, i ticket sull'accesso al Pronto soccorso per i "codici bianchi" (purché si agisca contestualmente sulla attivazione reale della continuità assistenziale dell'assistenza medica e pediatrica di base!) e sul pagamento di una tariffa "alberghiera" che avrebbe anche lo scopo di stimolare gli utenti e le loro associazioni a pretendere livelli alberghieri degni di un Paese civile.

Diffondere su tutto il territorio nazionale l'attività specialistica in regime di libera professione all'interno delle strutture del Ssn potrebbe rivelarsi una misura utile per le Aziende che potrebbero introitare una quota di tale attività e per i tanti Colleghi che potrebbero trovare più facile e conveniente utilizzare strutture aziendali.

Al livello del territorio occorre "scoraggiare" il ricorso ingiustificato e reiterato alle prestazioni specialistiche cliniche, laboratoristiche e strumentali, attraverso il riscontro - tramite la tessera sanitaria - degli accessi reiterati. Questa misura potrebbe prevedere anche il pagamento per intero della prestazione richiesta.

Un altro terreno su cui misurare la qualità del Ssn e l'adesione dei cittadini alle diverse campagne di promozione di stili di vita sani, di prevenzione e di screening potrebbe portare a far partecipare alla spesa delle prestazioni specialistiche gli utenti che non hanno aderito a tali "misure preventive". Penso, in modo particolare, al fumo, all'abuso di alcol, all'obesità, ecc. Tali misure sono già state adottate in altri Paesi, come la Gran Bretagna. Infine, occorre rivedere con grande prudenza il tema dello stato giuridico e della contrattazione del dirigente medico e sanitario. Se per un verso molti colleghi sembrano tentati da forme di lavoro parziali o a tempo determinato, dall'altro siamo consapevoli che la qualificazione di un dirigente sanitario si realizza nel tempo sulla base di un percorso formativo e professionale di media-lunga scadenza.

Tuttavia, va avviata una riflessione che tenga presenti una serie di elementi, tra i quali:

- la collocazione della dirigen-

za medica e sanitaria nel pubblico impiego;

- le modalità di reclutamento e le condizioni per il passaggio in ruolo a tempo indeterminato;
- la possibilità di stipulare contratti a tempo parziale e a tempo determinato, sulla base di specifici progetti assistenziali e di ricerca;
- meccanismi articolati riguardanti il pensionamento dei dirigenti medici e sanitari che potrebbero continuare a svolgere esclusivamente funzioni consulenziali e di formazione.

Sul piano della contrattazione e della composizione del trattamento economico (sulla quale molti altri Colleghi sono sicuramente più competenti di me!) occorre conservare un contratto nazionale che preveda gli istituti normativi ed economici comuni a tutti. Questa sottolineatura appare necessaria in una fase di costante richiamo al federalismo perché potrebbe lasciare indi-

fesi i tanti dirigenti medici e sanitari di molte regioni del nostro Paese.

Occorre, piuttosto allargare la fascia dei trattamenti accessori legati al carico di lavoro e alla produttività, con previsione di una più "obbligatoria" fase regionale, finalizzata ad individuare le risorse aziendali da mobilitare per questa fascia di trattamenti, collegata ai progetti della programmazione regionale e ai "risultati" dell'attività aziendale.

In un periodo caratterizzato da una crescente conflittualità medico-legale e da un aumento esponenziale delle polizze sanitarie (quelle che ancora vengono stipulate), una voce che potrebbe costituire una componente del trattamento accessorio sarebbe legata alla riduzione del contenzioso medico-legale.

### UN NUOVO MODO DI COMUNICARE

Come sempre, abbiamo davanti un percorso complesso

e accidentato, ma abbiamo le energie e le capacità per "guardare tutte le sponde" del nostro orizzonte.

In questo lavoro, oltre ai consueti collegamenti e confronti politico - sindacali che rappresentano una costante del nostro modo di procedere, e al dialogo con gli organi di stampa e di informazione, dobbiamo recuperare un rapporto che abbiamo - forse - ritenuto meno influente: mi riferisco alle tante Associazioni di volontariato che popolano il nostro mondo e che molto spesso ci aiutano ad affrontare e risolvere problemi assistenziali decisivi.

La loro presenza nei tanti ospedali e reparti del nostro Paese costituisce un'opportunità ulteriore per diffondere e rappresentare il lavoro medico, le difficoltà ed i condizionamenti, le possibilità e le capacità esistenti affinché uniscano la loro voce alla nostra nell'interesse degli assistiti e della buona sanità del nostro Paese.

### Scenario 1/a - Determinazione del fabbisogno standard delle Regioni benchmark: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto

hp.: profiling di spesa su dati regionali per fascia di età e per macrocapitolo

Spesa SSN LEA (tavola SA.4 Rgsep)  
benchmark: Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria, Veneto

Regioni	Euro/mille	2009		
		effettiva	standardizzata	delta
Piemonte	8.522.707	8.218.150	-304.557	-3,57%
Valle d'Aosta	284.311	225.064	-59.247	-20,84%
<b>Lombardia</b>	<b>16.960.356</b>	<b>16.960.356</b>	0	0,00%
P.A. Bolzano	1.109.253	808.688	-300.565	-27,10%
P.A. Trento	1.079.192	902.673	-176.519	-16,36%
<b>Veneto</b>	<b>8.817.601</b>	<b>8.817.601</b>	0	0,00%
Friuli Venezia Giulia	2.431.381	2.356.571	-74.810	-3,08%
Liguria	3.329.996	3.291.155	-38.841	-1,17%
<b>Emilia Romagna</b>	<b>8.101.115</b>	<b>8.101.115</b>	0	0,00%
<b>Toscana</b>	<b>6.938.500</b>	<b>6.938.500</b>	0	0,00%
<b>Umbria</b>	<b>1.610.768</b>	<b>1.610.768</b>	0	0,00%
<b>Marche</b>	<b>2.837.457</b>	<b>2.837.457</b>	0	0,00%
Lazio	11.235.677	9.721.172	-1.514.505	-13,48%
Abruzzo	2.437.813	2.402.098	-35.715	-1,47%
Molise	647.486	587.505	-59.981	-9,26%
Campania	10.476.600	9.013.553	-1.463.047	-13,96%
Puglia	7.362.098	6.709.137	-652.961	-8,87%
Basilicata	1.078.244	1.015.597	-62.647	-5,81%
Calabria	3.728.862	3.374.685	-354.177	-9,50%
Sicilia	8.718.556	8.329.419	-389.137	-4,46%
Sardegna	3.112.487	2.848.337	-264.150	-8,49%
<b>Italia</b>	<b>110.820.460</b>	<b>105.069.599</b>	<b>-5.750.861</b>	<b>-5,19%</b>

■ Regioni - benchmark

■ Regione aggregabile al benchmark alla luce dei risultati

Per le Regioni benchmark la spesa effettiva è assunta come fabbisogno standard. Per le Marche, il cui fabbisogno standard risulterebbe superiore alla spesa effettiva, quest'ultima è assunta come già standard.

I dati sono al netto della mobilità interregionale e della mobilità vs. Il Bambin Gesù e lo Smom.

Fonte: elaborazioni CeRM-2010

\*\* Donata Lenzi - Europa e Welfare nella crisi globale - Atti del Seminario Gruppo PD Camera dei Deputati - 25/26 novembre 2010.

Un viaggio nel complicato universo del Ssn, **PARLANO I MEDICI**

# CAMICI BIANCHI TRA FINANZIARIA, DECRETI E ASSISTENZA SANITARIA

In queste pagine Domenico Montemurro ha raccolto le testimonianze di quattro medici - Aristide Gravina, Ciro Rossetti, Serena Marinello e Tatiana Astori - per fotografare le difficoltà delle varie anime della professione medica, dagli specializzandi, ai dipendenti, ai precari, ai medici di famiglia, alle prese con la complessa macchina che muove il Ssn

↳ **Domenico Montemurro** - Consigliere nazionale Anaa Assomed

**C**olgo questa occasione per fare una breve panoramica sui cambiamenti in atto nella nostra sanità e, senza avere la presunzione di addentrarmi in argomenti ostici per il lettore, mi limiterò a

riassumere il mio punto di vista su alcune situazioni, poco note ai più, per poi lasciare la parola direttamente agli attori del sistema e alle loro testimonianze.

Chi viene a contatto con l'intricata situazione del Sistema

sanitario e più in generale del mondo sanitario (che comprende alcune figure di difficile categorizzazione come ad esempio gli specializzandi che erogano una grossa fetta dell'assistenza sanitaria, anzi in alcuni contesti la maggior parte,



Domenico Montemurro

ma non sono inquadrabili nel Ssn) può sentirsi smarrito di fronte al groviglio di leggi e accordi interministeriali che apparentemente sono finalizzati alla sopravvivenza e allo sviluppo della complicata macchina organizzativa (patto sulla salute, fondo sanitario nazionale, riforma delle scuole di specializzazione), ma che spesso finiscono però per renderla obsoleta e pachidermica a causa di una burocrazia farraginoso, di vincoli di spesa da rispettare, di interrelazioni con altre leggi e decreti da integrare. Pertanto parrebbe che l'effetto della manovra finanziaria sia, attraverso i suoi tagli lineari, un impoverimento dei diversi Ministeri (Miur, Salute, etc), i quali per mantenere alta la "qualità" nell'erogazione delle cure e nella formazione, sono costretti a "inventarsi" Decreti e promesse per nascondere i risparmi. Un circolo perverso. Iniziamo il nostro viaggio in questo complicato universo.

## I MEDICI SPECIALIZZANDI

**È** da poco tempo che si è compiuta una Riforma Universitaria definita "flessibile" che ha comportato la creazione di tronchi comuni e accorpamenti tra Scuole con reti territoriali decentrate. Doveva essere un avvicinamento agli Standard Europei e migliorare la formazione medica, invece si è rivelata fallimentare. Come se non bastasse

adesso si piomba nuovamente nel caos, quando viene annunciata la Riforma Fazio-Gelmini che si prefigge di "accorciare" gli anni di specialità (durata 1 anno in meno), di fatto un taglio cieco e lineare che non tiene conto della revisione degli ordinamenti

didattici. Una riforma in tal senso potrebbe essere auspicabile per snellire il percorso formativo e accelerare l'ingresso nel mondo del lavoro, ma non può trattarsi ovviamente di un provvedimento con effetto immediato e, so-

prattutto se si vuol essere competitivi con i colleghi europei, deve prevedere un riassetto profondo e una rielaborazione culturale delle scuole di specializzazione e dell'inserimento lavorativo. Secondo la riforma, infatti, già dal terzo anno la formazione degli specializzandi vedrà la pratica "sul campo" nella rete formativa del Ssn/Ssr.

Bene, ma prima di pensare a obiettivi ambiziosi e "pericolosi" come questi, perché non ipotizzare seriamente un concorso nazionale per l'accesso alle Scuole di Specialità, aumentare i fondi alle più competitive e un'eventuale chiusura di quelle meno richieste e professionalizzanti? (proposta di federalizzanti). Insomma le parole d'ordine dovrebbero essere: "merito-crazia e centri d'eccellenza". Tengo a precisare che non ho nulla in contrario alla rete formativa, tutt'altro! Non credo però che sia un risparmio tra 100 e 135 milioni di euro l'anno a creare dei medici più preparati né tantomeno ho voglia di pensare che, per effetto del blocco del turn-over, gli specializzandi siano scagliati in prima linea, senza un'adeguata preparazione alle spalle, in modo da tamponare carenze e tappe buche a basso costo senza però poter ricevere un idoneo tutoraggio sul

campo. L'effetto immediato, in assenza di un'attenta valutazione dei reali fabbisogni, sarebbe ritardare l'assunzione degli specialisti, alimentando il collo di bottiglia del precariato.

### La testimonianza di **ARISTIDE GRAVINA,** specializzando presso l'Università di Padova

La riforma "Fazio-Gelmini" parte da un presupposto che credo sia condivisibile: riduzione della durata del percorso formativo del medico e sua immissione nel mondo del lavoro in tempi più brevi; condivisibile a condizione che i cambiamenti vengano effettuati sulla base di un'attenta riflessione che veda partecipi i principali attori coinvolti, vale a dire ministri e dirigenti, docenti universitari e soprattutto noi specializzandi. Una riduzione in fatto di tempi che mi auguro non sia approssimativa e frettolosa. Ad esempio, a distanza di soli due anni dall'entrata in vigore del nuovo ordinamento che prevedeva il passaggio da quattro a cinque anni della durata di tutte le scuole dell'area medica e dei servizi (che non durassero già cinque anni), un' accorciamento a 3 anni di alcune di queste scuole (con peculiarità specifiche) mi sembra eccessiva e forzata. La riduzione

quantitativa di questo percorso deve, inoltre, necessariamente essere accompagnata da una sua seria e attenta ristrutturazione qualitativa. Ritengo a questo proposito fallimentare l'esperienza del cosiddetto "tronco comune", all'interno del quale spesso si sono ritrovate discipline che avevano poco o niente in comune in quanto a "sapere condivisibile". Sarebbe piuttosto necessario rivedere l'offerta didattica formativa: migliorare la qualità della formazione teorica e fare in modo che questa sia realmente funzionale alle prestazioni che lo specialista effettuerà durante la sua carriera e porre l'accento sull'importanza della formazione pratica. L'idea di avere un medico "resident" (cioè uno specializzando che negli ultimi due anni di formazione lavori a tutti gli effetti in un ospedale, non necessariamente universitario, sotto la supervisione di un tutor e con responsabilità cliniche maggiori) negli ospedali periferici può essere positiva a patto che tutto questo non rappresenti un'uscita troppo precoce dal percorso formativo e che lo specializzando, che pure avrà responsabilità maggiori di quante ne abbia ora, sia seguito in maniera adeguata. In sostanza è fondamentale uscire prima dalla rete formativa, ma anche e soprattutto uscire più preparati di prima.



Aristide Gravina



## GLI INVISIBILI CHE FANNO TANTO: I PRECARI

**La testimonianza di SERENA MARINELLO malattie infettive Azienda Ulss 16 Padova**

Un contratto "precario" è sempre più frequentemente la prima modalità di impiego anche per i medici neo-specialisti. In sanità, come in tutti gli altri ambiti lavorativi da tempo, ve ne sono svariati: contratti a tempo determinato, libero-professionali con partita Iva, a progetto... Non tutti i tipi di contratto prevedono le stesse "garanzie". Questo rende quindi complesso contare il numero di medici precari e ancor più difficile fare un discorso unitario sul precariato in sanità. Si dice che i precari in sanità siano circa 8mila in Italia,



Serena Marinello

ma è un numero costantemente variabile: se da un lato si tratta di contratti volubili, dall'altro sono contratti di anno in anno (o mese in mese) rinnovati a medici inseriti in un ambito lavorativo di cui fanno parte fondante (i contratti precari sono ormai uno strumento per garantire la continuità assistenziale al cittadino e per poter mantenere nelle strutture medici formati). La fantasia che si riscontra nelle tipologie di contratto non è stata certo applicata in questi anni a un adeguamento di tutto quello che fa parte della sfera dei diritti del lavoratore, (per non parlare delle difficoltà che si incontrano raggiunto il terzo anno di rinnovo del contratto, che da legislazione prevederebbe il passaggio alla stabilizzazione resa improponibile nell'attuale situazione economica, lasciando i direttori ad orientarsi in un caos legislativo). Spesso non vi è parità di diritti a fronte di parità di lavoro: malattia, anzianità (questa non sempre riconosciuta né a livello pensionistico, né spesso a fini di concorso), medicina preventiva, maternità, ferie, monte ore settimanali. Se la solu-

zione alla crisi economica deve essere un lavoro flessibile, si dovrebbero adeguare anche tutte le strutture che fanno sì che il lavoro porti con sé sicurezza, salute, progettazione intesa sia come continuità assistenziale sia come stabilità soggettiva (ineluttabili prerogative anche per una ripresa economica). La nuova manovra finanziaria non prevede adeguamenti né miglioramenti o nuove definizioni sul tema del precariato, sebbene sia sotto gli occhi di tutti che si debba affrontare questa nuova tipologia di lavoro (non si può certo più dichiarare che si tratti di una fase passeggera). Sono almeno 4 i punti dell'attuale manovra che peggioreranno ulteriormente la situazione dei lavoratori precari: i tagli ai finanziamenti alle Regioni, l'attacco alle pensioni, il blocco del turn-over, la riforma delle scuole di specialità.

I tagli alle Regioni porteranno inevitabilmente alla riduzione delle spese per la sanità: "addio" a concorsi e assunzioni. L'attacco alle pensioni e al Tfr (attuali e minacciati per il futuro) potrebbe spingere coloro che hanno maturato l'anzianità, ad andare in pensione appena possibile, spinti dalla situazione di instabilità per il futuro. Il blocco del turn-over sia per le Regioni con piano di rientro, che a causa dei tagli alle Regioni (quindi tagli al personale per esempio), inciderà ulteriormente. Ciò significherebbe un maggior carico di lavoro per i medici precari (che spesso non hanno monte-ore massimi da contratto né riposo garantito) e un servizio pubblico sovraccaricato che difficilmente potrà competere con il privato. La risposta non credo si troverà nella riforma delle scuole di specializzazione che prevederebbe un contratto a termine nelle strutture del Ssn per l'ultima fase formativa. Questo anzi comporterà un'ulteriore riduzione delle assunzioni e un prolungarsi dello status di precario, adesso ancora affiancato alla figura di giovani medici, ma destinato ad invecchiare con essi.

## I DIPENDENTI DEL SSN

È ormai evidente come non vi sia da tempo un rinnovo del contratto nazionale, con un costante tentativo di blocco della contrattazione decentrata, compromettendo l'organizzazione del lavoro e la qualità. Nel caso del blocco del turn-over non servono le "promesse", se la spesa per il personale è vincolata a quella del 2004 diminuita dell'1.4 per cento (vale anche per il personale a tempo determinato e con contratti atipici) indipendentemente da Regioni con piani di rientro o meno. Come appare insensato affermare che un primario serve a garantire i Lea (deroghe per assunzioni di primari da parte di Regioni con piani di rientro).

**La testimonianza di CIRO ROSSETTI Dirigente medico Ulss 18 Rovigo**

Oggi è diventato sempre più difficile fare il medico ospedaliero, un tempo occorreva solo essere un bravo medico, attento, scrupoloso, aggiornato e capace di ascoltare e seguire il malato che soffre. Da circa 20 anni a questa parte con le riforme sanitarie attuate, la situazione è an-



Ciro Rossetti

data peggiorando, il medico è sempre più visto come un dirigente di azienda, l'ospedale come una impresa privata, i pazienti come clienti targati con un code; è la spersonalizzazione e disumanizzazione del nostro Ssn che guarda e agisce come un soggetto privato impegnato a perseguire solo i propri obiettivi di bilancio e a fare numeri senza qualità. Le manovre varate dai nostri rappresentanti politici compresa l'ultima di ferragosto e che cercano di far quadrare i conti in un periodo di grave crisi economico-finanziaria mondiale, rappresentano per il medico ospedaliero una scure: abbattimento della spesa per attività di formazione (verrà meno anche il sostegno economico delle aziende farmaceutiche), a rischio una adeguata e piena copertura assicurativa, blocco contrattuale, congelamento degli stipendi (le retribuzioni resteranno ferme per 5 anni), "furto" dell'esclusività di rapporto e della retribuzione individuale di anzianità; è ipotizzabile una perdita secca del potere d'acquisto dei medici e sanitari dipendenti del Ssn tra il 15 e il 20% entro il 2014. Le conseguenze saranno una fuga pensionistica con ulteriore impoverimento della Sanità e svilimento e demotivazione dei medici restanti. Insomma il quadretto descritto per il medico dipendente (ma interessata è tutta la categoria) peserà per gli anni a venire e penalizzerà anche le pensioni future per i minori contributi versati agli enti previdenziali oltre che sulla liquidazione.

## I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

**La testimonianza di TATIANA ASTORI Mmg di Padova**

Sono Medico di medicina generale già dal 2002, ma per campare sono anche medico di continuità assistenziale visto che non ho ancora un mio ambulatorio. Sono conscia dell'importanza che la medicina generale rappresenta, perché è il primo punto di incontro tra popolazione e



Tatiana Astori

Ssn. Con solo il 20% delle risorse è in grado di risolvere l'80% dei problemi che gli vengono quotidianamente presentati. Eppure con la finanziaria 2011 si vuole ancora fare dei tagli, si vuole bloccare per il triennio 2010-2012 la contrattazione a livello degli accordi regionali e aziendali. Questo mi preoccupa per il futuro della medicina territoriale, sempre più caricata di burocrazia e con la scure di limitare sia l'assistenza al malato, sia la medicina d'iniziativa nell'ottica della ormai accettata e riconosciuta integrazione "Ospedale-Territorio". I medici che devono iniziare una nuova attività e che avranno un numero di assistiti insufficiente, non riusciranno a coprire le spese tagliate, con il rischio di licenziamento del proprio personale, riduzione dell'orario di lavoro ed eventuale aggravio per l'Ospedale (soprattutto area urgenza-emergenza).

CONVEGNO FNOMCEO A UDINE sull'accreditamento degli specialisti

# Criteri e valutazioni sovranazionali per garantire la libera circolazione IN EUROPA

Dal 2013 i cittadini potranno richiedere cure in qualsiasi Paese europeo. E, secondo una ricerca, 6 persone su 10 sono disposte ad andare in un altro Paese per farsi curare. Una opportunità che rappresenta una vera sfida per tutti i medici europei, ma che deve essere giocata garantendo la qualità delle prestazioni e percorsi formativi sempre più condivisi

La direttiva Ue 2011/24, approvata lo scorso 9 marzo, definisce in quale modo si dovrà rendere concreto il diritto dei cittadini europei a farsi curare in un Paese dell'Unione diverso dal proprio. Un diritto che gli stessi cittadini sembrano in gran parte pronti ad esigere, visto che 6 persone su 10, secondo una ricerca effettuata dalla Simm (Società italiana medici manager) si dicono disposte ad andare all'estero per ragioni sanitarie. Consapevole che non si tratta di questione semplice, l'Unione Europea ha previsto che la direttiva abbia piena applicazione solo a partire dall'ottobre 2013, dando tempo ai singoli Stati membri di compiere i necessari interventi legislativi. Dunque, almeno da un punto di vista sanitario, l'Europa non avrà più confini, visto che già oggi è possibile la libera circo-

lazione dei professionisti della sanità: un medico che ha acquisito la specializzazione in un Paese dell'Unione può, facendosi riconoscere il titolo, esercitare in Italia, allo stesso modo che in Francia, Spagna, Belgio. Una sfida indubbiamente, per i Governi legata in gran parte a questioni economiche (mutuo rimborso delle prestazioni), ma che coinvolge anche i medici, che non vogliono mettere a rischio la qualità della loro attività professionale. Per affrontare questi problemi, e in particolare per definire un accreditamento europeo dei medici specialisti, la Fnomceo ha chiamato a raccolta a Udine i rappresentanti della Ceom (Consiglio europeo degli Ordini dei Medici), della Uemo (Unione europea dei medici di medicina generale) e della Uems (Unione europea dei medici specialisti), ol-

tre ad esperti e rappresentanti delle istituzioni sanitarie. "Gli skills tecnici e professionali acquisiti nel corso della formazione specialistica non sono omogenei, né dal punto di vista qualitativo, né da quello quantitativo" ha spiegato presentando l'iniziativa Luigi Conte, presidente Omceo di Udine. "Assicurare la qualità della formazione medica - ha detto ancora Conte - ha significato, sino a oggi, innanzitutto lavorare sull'accREDITAMENTO dell'iter di studi e sul mutuo riconoscimento delle qualifiche, tentando di portare ordine nel panorama delle variegate esperienze di paesi che hanno obiettivi, metodi, criteri di valutazione eterogenei e, a volte, persino autoreferenziali. Ora dobbiamo andare oltre, diffondendo una cultura della Qualità, che non è solo sinonimo di procedure e standard normativi, ma ha a che fare con contenuti concreti, che rispondano alle necessità di salute e ai bisogni sociali con cui la professione medica, quotidianamente, si interfaccia".

Per raggiungere questo obiettivo, la Uems ha varato, già dal 2009, un progetto pilota, per ora riservato a tre aree specialistiche (Anestesia, Cardiologia, Radiologia) che prevede una Piattaforma informatica, l'European Accreditation

Council for Specialist Qualification, accedendo alla quale il medico specializzando può valutare le sue conoscenze, confrontarle e armonizzarle con quelle dei colleghi degli altri stati dell'Unione. Una sorta di "verifica europea" della propria professionalità. "Tutti i Codici Deontologici europei - ha sottolineato intervenendo ad Udine il presidente della Fnomceo, Amedeo Bianco - si fondano su principi etici comuni, quali l'universalità e l'equità: i cittadini, senza distinzione, devono essere uguali nel veder tutelato il loro diritto alla salute. La qualità delle conoscenze e delle competenze - conclude Bianco - che costituisce il grande patrimonio della nostra professione, diventa dunque strategica perché l'eccellenza delle cure sia, ovunque, la norma". Per ottenere questo risultato occorre armonizzare sempre più i diversi curricula nazionali, prevedendo anche l'impie-

go di sistemi di valutazione internazionali, come è stato rimarcato nel documento conclusivo dell'incontro. In questo ambito, la Fnomceo sta svolgendo un ruolo crescente a livello internazionale, sviluppando la propria funzione di "garante" della qualità dei professionisti verso i cittadini. Dopo gli incontri dei mesi scorsi a Kos, dove si è siglata la carta europea dell'Etica medica, di Brioni, con la triangolazione Italia-Croazia-Slovenia, di Messina, con l'incontro tra Ordini dei medici provenienti da tutto il Mediterraneo, e quello appena concluso ad Udine, i prossimi appuntamenti saranno a Napoli, dove il prossimo mese la Uems (Unione europea dei medici specialisti) si riunirà per rinnovare i propri vertici e poi a Tallinn, dove si terrà un workshop tra tutti i Paesi europei per discutere delle risultanze del Libro Verde dedicato alla modernizzazione della direttiva sulle qualifiche professionali.



**DIRIGENZA MEDICA**  
Il mensile  
dell'Anaa Assomed

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

Direttore  
Costantino Troise

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

Coordinamento  
redazionale  
Ester Maragò

Progetto grafico  
e impaginazione:  
Daniele Lucia,  
Barbara Rizzuti

Periodico Associato  
**A.N.E.S.**  
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORI SANITARI

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 settembre 2011