

21°

CONGRESSO
NAZIONALE
ANAAO ASSOMED

9-12 GIUGNO 2010
SILVI MARINA (TERAMO)

Rapporto Agenas sulla libera professione dal 2001 al 2009

LUCI E OMBRE DELL'INTRAMOENIA

CON UN'INTERVISTA A CARLO LUSENTI

alle pagine 6-8

Sommario I

VERTENZA SALUTE

I sindacati chiedono ai governatori un impegno per la sanità pubblica

alle pagine 2-3

CCNL 2008-2009

Il Cdm approva il contratto dei medici. Le osservazioni dell'Anaa Assomed

alle pagine 4-5

SENATO

Inchiesta sui provvedimenti sanitari in pole position

alle pagine 11-13

VERTENZA SALUTE

I MEDICI CHIEDONO AI GOVERNATORI UN IMPEGNO PER LA SANITÀ PUBBLICA

Stabilizzare il precariato, coinvolgere i professionisti nelle scelte, respingere la "rottamazione" e le "pagelle" volute da Brunetta, scacciare la cattiva politica dalla gestione della sanità. L'Anao Assomed e gli altri sindacati impegnati nella Vertenza Salute hanno chiesto un impegno su questi temi ai candidati alle elezioni regionali

P

Pioggia, vento e temperature polari non hanno fermato la protesta dei camici bianchi. Il 9 marzo scorso, nella giornata più fredda dell'inverno ormai agli sgoccioli, la Vertenza Salute è tornata di scena a Roma, prima nella grande sala del cinema Fiamma e poi con un sit-in sotto la sede della Conferenza delle Regioni. Per oltre un'ora medici e dirigenti del Ssn, indossando i camici bianchi sopra le giacche a vento e sventolando le bandiere dei sindacati, hanno oc-

cupato la sede stradale, manifestando la loro preoccupazione e la loro protesta contro una politica che sembra considerare la sanità più come territorio per fare affari, più o meno leciti, che come servizio da garantire ai cittadini.

L'obiettivo era recapitare ai candidati nelle prossime elezioni regionali il testo di un documento di impegno a favore della sanità pubblica, che pubblichiamo integralmente in questa pagina. Un modo per chiedere più concretezza in vista della scadenza elettorale su un terreno, quello della sanità, che è il fulcro dell'istituzione regionale, rappresentando tra il 70 e l'80 % dei bilanci.

"I politici - ha spiegato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anao Assomed - dovrebbero occuparsi dei problemi del Servizio sanitario

na-

zionale. Invece, nonostante a parole mettano la sanità al primo posto degli slogan e dei programmi, nessuno dice esattamente cosa farà. Tutti presentano programmi generici. Il perché è semplice. Sanno benissimo che le cose che servono davvero e che dovrebbero fare non portano voti. Anzi, sono assunzioni di responsabilità dolorose. Presentare un piano di rientro è un'operazione tutt'altro che consensuale. Ecco perché tut-

ti restano nel vago". Ecco perché, ha aggiunto Lusenti: "Vogliamo superare la demagogia preelettorale, che porta a fare promesse irrealizzabili e in questo modo potremo misurare i candidati e valutarli sulla base degli impegni che prenderanno o non prenderanno e sulla base dei risultati che avranno ottenuto tra cinque anni". Nel suo interven-

to

Lusenti ha anche sot-

tolineato come la

Vertenza Salute non abbia ragioni corporative: "Ci siamo messi in cammino - ha detto - per difendere i nostri posti di lavoro e per garantire la salute dei cittadini, messe in discussione entrambe da una rottamazione dissimulata del Ssn, privato di risorse economiche, di risorse umane mandate in pensione d'ufficio e di nuove energie, visto che i giovani sono 'condannati' ad



un precariato che è mortificante per la loro vita e che non gli consente di diventare a pieno titolo parte del Ssn". Prima di Lusenti hanno preso la parola i rappresentanti delle altre sigle sindacali aderenti all'iniziativa: Giangiuseppe Console per Sinafo; Mario Sellini per Aupi; Paolo Levoni per Sds Snabi; Carmine Gigli per Fesmed; Alessandra Di Tullio per Fesmed; Aldo Grasselli per Fvm; Massimo Cozza per Fp Cgil Medici; Vincenzo Carpio per Aaroi Emac; Riccardo Cassi per Cimo Asmd.

Superata la tornata elettorale ed insediate le nuove giunte, si tratterà ora di verificare se la buona politica è capace di farsi sentire, a cominciare dall'avvio della fase decentrata dei Contratti nazionali già sottoscritti.

I SINDACATI SCRIVONO AI CANDIDATI GOVERNATORI

Nella missiva i sindacati di categoria hanno chiesto ai candidati governatori l'impegno a difendere e migliorare la sanità pubblica senza tagli indiscriminati di servizi e personale; migliorare le condizio-

ni di lavoro; superare le norme che penalizzano il lavoro nella sanità pubblica. E ancora: eliminare la cattiva politica dalla sanità, coinvolgere i sindacati nelle scelte di programmazione regionale, attuare un percorso di stabilizzazione per i medici e gli altri professionisti precari della sanità.

E dieci degli oltre trenta candidati hanno sottoscritto l'im-

pegno a difendere e migliorare la sanità pubblica.

Nello specifico, hanno risposto all'appello: Filippo Callipo (Io resto in Calabria, Idv, Lista Bonino-Pannella) candidato in Calabria; Vasco Errani (Pd, Sl, Sinistra, Idv, Verdi) candidato in Emilia Romagna; Giovanni Favia (Movimento 5 stelle) candidato in Emilia Romagna; Claudio Burlando (Pd, Sl, Sinistra, Idv,

Udc) candidato in Liguria; Vittorio Agnoletto (Federazione della sinistra) candidato in Lombardia; Erminio Marinelli (Pdl, Lega) candidato nelle Marche; Francesco Bosi (Udc) candidato in Toscana; Ilario Palmisani (Forza Nuova) candidato in Toscana; David Borrelli (Movimento 5 stelle) candidato in Veneto; Paolo Caratossidis (Forza Nuova) candidato in Veneto. Di questi, solo Vasco Errani e Claudio Burlando sono riusciti a conquistare la poltrona. Anzi, a riconquistare il titolo di governatore: per entrambe infatti si tratta di una riconferma da parte degli elettori. Proprio dal governatore dell'Emilia Romagna è arrivata una lunga lettera di risposta.

Errani ha ricordato gli importanti risultati raggiunti in Emilia Romagna nel corso di questa legislatura, anche grazie alla "costante e fruttuosa attività di concertazione con le Organizzazioni sindacali", dalla crescita degli organici (i dirigenti medici sono passati dalle 9065 unità del 2005 alle 9.438 del 2010), alla stabilizzazione di circa 500 medici precari, per citarne alcuni.

Solidarietà dei senatori alle proteste dei medici

La protesta dei medici ha incassato la solidarietà dei senatori Daniele Bosone e Ignazio Marino. Bosone, vice presidente della Commissione Sanità di Palazzo Madama, parlando a nome dei senatori del Pd, ha annunciato un incontro a stretto giro di posta con i medici "per ascoltare e concordare eventuali azioni comuni". "Mentre il Parlamento è costretto a discutere delle questioni di dubbia utilità pubblica, legate ai problemi del premier - ha detto Bosone - i medici ci ricordano che c'è un sistema



sanitario da tutelare e da difendere dai tagli ai servizi e al personale che questo governo ha già fatto e che promette di continuare a fare". La sanità non può essere ridotta a un fatto di budget, ha aggiunto, ma va garantita qualità dell'assistenza con personale adeguatamente motivato e giustamente garantito nella continuità dei servizi che non può essere garantita "da reparti sotto organico e medici precari". Sulla stessa lunghezza d'onda il senatore Ignazio Marino: "Da tempo - ha detto - sostengo che i medici dovrebbero essere coinvolti maggiormente nella gestione non solo clinica ma anche amministrativa degli ospedali, anche tenendo conto che l'80% del budget delle Regioni è destinato alla sanità". Secondo Marino, "gli operatori sanitari devono poter partecipare alle decisioni perché sono loro che, giorno dopo giorno, hanno a che fare con i problemi e le esigenze reali, con i pochi mezzi a disposizione. Con il loro contributo si possono individuare le falle del sistema ed individuare le soluzioni migliori per i pazienti".

I candidati che hanno risposto all'invito dei sindacati

CALABRIA
FILIPPO CALLIPO.
Partiti: Io resto in Calabria, Idv, Lista Bonino-Pannella

EMILIA ROMAGNA
VASCO ERRANI.
Partiti: Pd, Sl, Sinistra, Idv, Verdi
GIOVANNA FAVIA
Partiti: Movimento 5 stelle

LIGURIA
CLAUDIO BURLANDO.
Partiti: Pd, Sl, Sinistra, Idv, Udc

LOMBARDIA
VITTORIO AGNOLETTI
Partiti: Fed. della sinistra

MARCHE
ERMINIO MARINELLI.
Partiti: Pdl, Lega

TOSCANA
FRANCESCO BOSI
Partiti: Udc
ILARIO PALMISANI
Partiti: Forza Nuova

VENETO
DAVID BORRELLI.
Partiti: Movimento 5 stelle
PAOLO CARATOSSIDIS
Partiti: Forza Nuova

La richiesta di impegno inviata dalle Oo.ss. ai candidati alla presidenza delle Regioni

SU RICHIESTA DELLE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DELLA DIRIGENZA MEDICA, VETERINARIA E SANITARIA DEL SSN PROMOTRICI DELLA VERTENZA SALUTE

SE ELETTO/O PRESIDENTE DELLA REGIONE MI IMPEGNO A:

- difendere e migliorare la sanità pubblica, senza tagli indiscriminati di servizi e di personale, attraverso un processo di riqualificazione e di riconversione della rete ospedaliera, di innovazione tecnologica e di potenziamento dei servizi sanitari e sociali del territorio;
- migliorare le condizioni di lavoro nelle strutture sanitarie, introducendo la gestione del rischio clinico in tutte le Aziende Sanitarie e sviluppando una cultura di prevenzione degli eventi avversi;
- definire insieme con le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e sanitaria percorsi diagnostici e terapeutici in grado di favorire l'equità di accesso dei cittadini riducendo le liste di attesa in un contesto di appropriatezza clinica ed organizzativa;
- perseguire la pari dignità professionale nelle Aziende Ospedaliere Universitarie tra la componente dipendente del Ssr e quella universitaria del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca reclutando le intelligenze di
- entrambe le appartenenze in un processo di integrazione rispettoso dei meriti di ognuno e della vocazione assistenziale e formativa del servizio sanitario;
- superare le norme che penalizzano il lavoro pubblico in sanità, a partire dalla dirigenza, e a non applicare la "rottamazione" dei dirigenti del Ssr;
- eliminare la cattiva politica dalla sanità, applicando criteri di trasparenza e di merito professionale nella nomina dei direttori generali delle Aziende sanitarie e dei
- direttori di struttura;
- coinvolgere le organizzazioni sindacali dei dirigenti del Ssr nelle scelte di programmazione regionale inerenti la sanità pubblica;
- attuare un percorso di stabilizzazione per i medici e gli altri professionisti sanitari che lavorano in modo precario nella sanità pubblica anche al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza;
- promuovere l'applicazione alla fase decentrata dei Ccnl sottoscritti, rispettando i tempi per il rinnovo dei contratti integrativi.

Le precisazioni dell'Anaao

SULLA PRE-INTESA SIGLATA IL 10 FEBBRAIO

IL CONTRATTO AL CHECK

Dirigenza Medica presenta in queste pagine un'analisi approfondita di alcuni passaggi fondamentali del Ccnl con l'obiettivo di evitare che arrivino informazioni distorte agli operatori della sanità. Sotto la lente: la responsabilità disciplinare e le relative sanzioni, l'indennità di esclusiva, l'orario di lavoro e lo straordinario

↳ a cura della delegazione trattante Anaao Assomed

Carlo Lusenti, Domenico Iscaro, Giuseppe Montante, Gianluigi Scaffidi, Giorgio Cavallero, Mario Lavecchia, Carlo Palermo

Il contratto della dirigenza medica e veterinaria del Ssn siglato come pre-intesa lo scorso 10 febbraio è stato oggetto di analisi ed interpretazioni provenienti da più parti. La lettura di queste analisi induce alcune puntualizzazioni al solo fine di evitare un'informazione distorta tra gli operatori di un settore così delicato come quello della sanità pubblica. Un aspetto giuridico di fondo che appare ancora non ben compreso dai vari "esegeti" del D.Lgs 150/2009 (cosiddetto decreto Brunetta) è che tale decreto, relativamente alla responsabilità dirigenziale, non ha inciso sulla perdurante specialità della disciplina della dirigenza medica e veterinaria ed in particolare sugli artt. 15 e successivi del D.Lgs 502/1992, come modificati dal decreto legislativo 229/1999 (decreto Bindi), che, non a caso, rinviava alle disposizioni dell'allora vigente D.Lgs 29/1993 (poi diventato D.Lgs 165/2001 - Testo unico sul pubblico impiego) "salvo quanto previsto dal presente decreto". In buona sostanza, il decreto



Brunetta, nel riscrivere almeno in parte le disposizioni dedicate dal D.Lgs 165/2001 alla dirigenza, è direttamente ed immediatamente applicabile alla sola dirigenza statale, ponendo per gli altri settori solo principi cui adeguarsi nel rispetto della specifica autonomia regolamentare e statutaria ai sensi dell'art. 27 del D.Lgs 165/2001, fatte salve le discipline speciali. Insomma, le disposizioni del D.Lgs 150/2009 risultano applicabili alla dirigenza del Servizio sanitario nazionale solo e soltanto qualora operino un

espreso riferimento a detta dirigenza ovvero non siano derogate dalla disciplina prevista dal D.Lgs 502/1992 che in quanto speciale deve ritenersi non abrogata da quella, sia pure sopravvenuta, "generale" contenuta nel D.Lgs 150/2009. La stessa esplicita esclusione della dirigenza sanitaria dall'obbligo di portare la retribuzione accessoria al 30% della retribuzione totale riafferma l'indirizzo legislativo della specificità e specialità della dirigenza sanitaria. Anzi, l'onorevole Miotto nella presentazione dell'emenda-

mento approvato a stragrande maggioranza dal Parlamento (480 voti a favore su 488), sosteneva che in mancanza di una salvaguardia di tale specificità, il rischio in cui si verrebbe ad incorrere sarebbe che "l'indicazione degli obiettivi di risultato e le modalità di valutazione siano quasi esclusivamente concentrate su parametri di natura quantitativa e quando si parla di salute non si può mettere questo elemento al primo posto, altrimenti commetteremmo un grave errore: orienteremmo la politica sanitaria su criteri di produzione di prestazioni che, debbo dire, è un criterio antitetico con l'obiettivo del si-

stema sanitario che intende, invece, produrre salute".

E così, nel Ccnl integrativo appena siglato si è intervenuti solo nella definizione della responsabilità disciplinare e delle relative sanzioni, considerato che tutte le previsioni contenute nel decreto Brunetta relativamente a responsabilità di risultato e professionale non si applicano alla dirigenza sanitaria. Anche perché, in relazione alla metodologia generale di assegnazione del premio di risultato e di regolamentazione dei sistemi di valutazione professionale, a nostro parere, le leggi in vigore, i Ccnl dell'area medica e veterinaria e i conseguenti accordi decentrati già ne recepiscono gli aspetti di "fondo". Ad ogni buon conto, il decreto attribuisce alle Regioni il potere di adeguare, se del caso, gli ordinamenti delle Amministrazioni dipendenti dalle stesse (tra cui anche le Aziende sanitarie) ai principi in esso contenuti. Veniamo ad alcuni contenuti specifici del Ccnl appena sottoscritto.

VIA LIBERA DEL GOVERNO AL CCNL 2008-2009

LUSENTI

“Positiva l'approvazione del contratto”

SANZIONI DISCIPLINARI E REINTEGRO

Da questo ambito rimangono escluse le responsabilità dirigenziali relative agli obiettivi assegnati, alle capacità professionali e competenze organizzative, già disciplinate dall'articolo 15 ter del Dlgs 502 del 1992.

Al fine di limitare l'arbitrarietà delle sanzioni, l'irrogazione delle stesse dovrà basarsi su "elementi certi ed obiettivi" e le contestazioni iniziali essere specifiche, tempestive e contenere l'esposizione chiara e puntuale dei fatti in concreto verificate.

Così come già definito nei contratti sottoscritti nelle altre aree dirigenziali, è stata introdotta la reintegra del dirigente illegittimamente licenziato, dalla data della sentenza di annullamento del provvedimento, con la corresponsione del trattamento economico dovuto nel periodo di licenziamento. Non comprendiamo lo "scandalo" suscitato da questa disposizione, considerato che una reintegra è stata ottenuta perfino dai direttori generali con le recenti sentenze della Corte Costituzionale sul cosiddetto "spoils system".

Infine è stata prevista la sanzionabilità disciplinare del non rispetto od omissione applicativa delle norme del Ccnl da parte dei dirigenti delle Aziende sanitarie (Ccnl Integrativo 9 febbraio 2010, comma 4, art. 8).

INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ

In alcuni commenti il passaggio dell'indennità di esclusività nella massa salariale è considerata una vittoria di Piro delle Organizzazioni sindacali. La motivazione è legata alla previsione di applicarla, con il nuovo modello contrattuale, alla sola retribuzione tabellare l'indice Ipca preso come riferimento per gli incrementi contrattuali triennali. A nostro parere siamo di fronte ad una sicumera fuori luogo. Infatti, per la dirigenza medica e veterinaria il ta-

Semaforo verde del Consiglio dei ministri, il 1 aprile, al Ccnl della dirigenza medica per il biennio 2008-2009 siglato dalle parti il 10 febbraio scorso.

Un via libera accolto con particolare soddisfazione anche perché arrivato dopo alcune osservazioni del ministero dell'Economia che avevano suscitato non poche reazioni da parte del sindacato.

"Siamo soddisfatti per l'approvazione del Ccnl - ha detto Carlo Lusenti - è un segnale positivo, il Governo ha risposto in maniera sollecita alle nostre richieste e Aran e Regioni hanno svolto un buon lavoro. Ci auguriamo ora che la Corte dei Conti, che ha 15 giorni di tempo per esprimersi sulla quantificazione dei costi contrattuali ai fini della certificazione di compatibilità - ha aggiunto Lusenti - non ponga alcun ostacolo e consenta di giungere in tempi brevi alla firma definitiva del testo e quindi alla piena applicazione degli istituti normativi ed economici". L'approvazione del Contratto è senza dubbio un segnale positivo per i medici, soprattutto dopo alcune osservazioni, non favorevoli, espresse dai tecnici di Tremonti. Da Via XX Settembre erano, infatti, arrivati rilievi su precariato (la previsione di stabilizzazione dei precari da parte delle Regioni, secondo l'Economia, esula dalla materia contrattuale), esclusività di rapporto (viene criticata la poca chiarezza sulla

caratteristica di un tantum della rivalutazione), e sulle risorse aggiuntive regionali nonostante fossero state regolarmente erogate con la stessa formulazione al personale del comparto. Venivano ipotizzate ricadute non documentabili sui prossimi contratti. Si obiettava perfino sulla riduzione della percentuale dell'indennità di capo dipartimento. Ai tecnici dell'Economia non era piaciuta neppure la possibilità di rivalutare i ticket-mensa se non si precisa che è possibile farlo solo con fondi aziendali. E si discuteva persino sulla necessità di strutture per contenere il rischio clinico e sulle indennità didattiche previste dalla legge. Tutte osservazioni che l'Anao Assomed aveva rispedito al mittente bollandole come "strumentali". "Sono osservazioni strumentali e formali - aveva commentato Lusenti - non su aumenti di spesa immediati, preoccupazioni per il futuro. Il sospetto è di una volontà di affondare il contratto nazionale dimostrandone la presunta inaffidabilità. Nessuno può ipotecare il presente con una trattativa futura e non accetteremo mai che una mano dia, la Funzione pubblica sollecitando la chiusura dei contratti, e l'altra, l'Economia, tolga: se così è da qui in avanti lo scontro sarà sempre più dura". Ma ora con l'approvazione del Ccnl da parte del CdM ogni osservazione viene a cadere.

bellare copre solo il 50-55% dell'intera retribuzione e sperare che le Oo.Ss. accettino supinamente lo svilimento economico di un'intera categoria, se non è una provocazione, rappresenta un'ingenuità. Il contratto ha creato le ba-

nunciamento alle Regioni che, tra l'altro non hanno aderito al nuovo modello di contrattazione voluto dal Ministro Brunetta analogamente ai sindacati maggiormente rappresentativi della nuova area contrattuale della dirigenza del Ssn e regionale (Anao e Cgil). Senza datori di lavoro e sindacati maggiormente rappresentativi, l'implementazione del nuovo modello contrattuale sarà quantomeno laboriosa.

ORARIO DI LAVORO E STRAORDINARIO

La stesura finale della pre-intesa contrattuale non contiene gli articoli sull'orario di lavoro proposti dall'Aran e dalle Regioni che pretendevano di riesumare l'oramai decaduto comma 3, art. 65 del Ccnl 1994/1997, sulla scia di alcune sentenze, a nostro parere, poco attente alla storia ed ai contenuti dei contratti dell'area medica e veterinaria. Gli obiettivi che la parte pubblica si poneva erano chiari. Da un lato, introdurre l'orario minimo abrogando, di fatto, le attuali 38 ore lavorative settimanali; dall'altro affermare il principio per cui l'orario aggiuntivo necessario al raggiungimento degli obiettivi costituisce un obbligo remunerato attraverso la retribuzione di risultato.

Le Organizzazioni sindacali si sono limitate a riaffermare alcune previsioni di legge e contrattuali. In particolare l'art. 15 comma 3 del D.Lgs 502 prevede che gli obiettivi assegnati alla dirigenza sanitaria siano concordati. Pertanto le Aziende devono avviare le procedure di budget e concordare con le équipes gli obiettivi prestazionali e qualitativi, correlandoli alle risorse umane, finanziarie e strumentali effettivamente messe a disposizione e verificandoli trimestralmente ai sensi dell'articolo 14 comma 3 del Ccnl 3 novembre 2005. Solo nel caso che la verifica periodica attesti un raggiungimento parziale degli obiettivi prestazionali concordati, le équipes

potranno negoziare con le procedure dell'art. 65, comma 6 del Ccnl 5.12.1996 un eventuale impegno di servizio eccedente l'orario di lavoro dovuto di 38 ore settimanali, per il raggiungimento degli stessi.

In sintesi, nella contrattazione del budget e degli obiettivi prestazionali per la retribuzione di risultato bisogna tenere ben presente che l'eventuale orario aggiuntivo deve essere solo strumentale alla realizzazione degli obiettivi prestazionali concordati e correlati alle risorse messe a disposizione e non divenire obiettivo esso stesso. Alla fine, dell'articolato sull'orario di lavoro sopravvive solo il comma sull'orario straordinario che riafferma le disposizioni contrattuali già esistenti (Ccnl Integrativo 2004, co. 2, art. 28); conferma che lo straordinario è possibile solo per garantire la continuità assistenziale e per prestazioni, con caratteristiche di eccezionalità e non programmabilità, rispondenti ad effettive esigenze di servizio e tempestivamente autorizzate (*prima "preventivamente autorizzate"*); introduce il dovere per le Aziende di definire le procedure per autorizzare il lavoro straordinario. In conclusione, la preintesa del 9 febbraio 2010 tiene conto del contesto politico generale in cui l'inversione in atto del processo di privatizzazione del rapporto di lavoro sottrae materia alla contrattazione aumentando la riserva di legge. Si tratta di un passo indietro frutto di un centralismo esasperato e populista a fronte di una dichiarata tendenza federalista e volontà di privatizzare il rapporto di lavoro anche per i pubblici dipendenti che non mancherà di creare per il futuro seri problemi alla tenuta del sistema. Ciò nonostante, le Organizzazioni sindacali hanno dimostrato di reggere il piano del confronto, e dello scontro, per tutelare insieme i legittimi interessi della categoria e quelli dei cittadini destinatari delle prestazioni erogate

I DATI AGGIORNATI SULL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE 2001-2009
elaborati dall'Agenas

INTRAMOENIA LUCI E OMBRE

↳ Lucia Conti

Quasi l'80% dei ricavi di una struttura sanitaria per le prestazioni erogate deriva dalla libera professione che in medici esercitano in intramoenia (sono in media il 95% di tutti i camici bianchi, in ogni Regione). Una percentuale che, in contanti, si traduce in 1.258.163.000 euro nell'anno 2008, con una crescita del 79,6% rispetto al

2001. Ma quanto realmente entra nelle casse delle Aziende, andando a rafforzare quel fondo di risorse investite nel miglioramento della struttura stessa? Non molto in realtà, se si considera che l'89% dei ricavi serve a coprire i costi (formati per l'88% dai corrispettivi dovuti al personale medico e sanitario che effettua le prestazioni). A conti fat-

ti, insomma, le Aziende sanitarie italiane nel 2008 hanno guadagnato 148.991.000 di euro di intramoenia. È questo il quadro tracciato dall'Agenas ed emerso dal-

È un'opportunità per il medico di valorizzazione delle proprie capacità e per i cittadini di scegliere da chi farsi curare. Ma non è tutto rosa e fiori. La mancanza di una regolamentazione chiara dell'intramoenia, con l'ennesima proroga di quella cosiddetta "allargata", pone un'ombra sulla libera professione: dalla mancata trasparenza degli introiti e delle spese, che in alcune Regioni sono addirittura superiori ai ricavi, alla creazione di una corsia preferenziale per i pazienti che possono permettersi di pagare per avere cure più veloci e migliori

l'analisi degli ultimi dati sulla libera professione intramuraria ricavati dal conto economico di Asl e Ao dal 2001 al 2009. Un quadro che mette però in luce differenze sostanziali tra le Regioni. Diversità influenzate da molteplici fattori: capacità di attrazione, liste d'attesa, reddito medio della popolazione. I conti parlano di variazioni di ricavi che vanno dal massimo dei 262.699.000 di euro della Lombardia (ma nelle casse aziendali restano, tolte le spese, 18.333.000 euro) ai 3.582.000 del Molise (398.000 euro spese escluse). Colpiscono alcune realtà. L'alta quota di ricavi dell'Emilia Romagna e della Toscana, ad esempio. Queste Regioni, universalmente note per la loro capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini attraverso i servizi pubblici e ridotte liste di attesa, ricavano dall'intramoenia rispettivamente 142.040.000 e 127.065.000 euro, classificandosi al secondo e terzo posto nella graduatoria di chi ricava di più dalla libera professione esercitata dai medici con esclusività di rapporto con il Ssn (al terzo posto c'è il Lazio, con 137.404.000 euro). Ci sono invece due Regioni, Campania e Basilicata, che dall'intramoenia ci rimettono pure, con costi superiori ai ricavi che

portano il saldo finale rispettivamente a -5.821.000 euro in Campania e -127.000 euro in Basilicata. Complessivamente, però, è proprio nel Sud che si registra

I medici in intramoenia

Ha scelto il regime intramurario il 95,6% dei medici, e senza sostanziali differenze tra Regione e Regione. I dati - ricavati dalla rilevazione del "Conto annuale 2007" dell'Igop - ministero dell'Economia - evidenziano che tra il 2000 e il 2007 è leggermente aumentata la percentuale dei dirigenti medici che ha preferito l'intramoenia (95,62% nel 2007 a fronte del 90% del 2000), mentre è rimasta sostanzialmente invariata la percentuale degli altri dirigenti del ruolo sanitario in intramoenia (99% circa). Il Conto Annuale ci fornisce anche una quantificazione dell'indennità di esclusività percepita dai Dirigenti Medici e sanitari che nel 2007 è pari a 1.316.125.210 euro, in media 10.525 euro/anno per Dirigente con un aumento di circa il 5% rispetto al 2005.



la crescita maggiore di ricavi, ma anche e soprattutto di costi. Andamenti anomali che, secondo l'Agenas, "sono il segno evidente di problemi derivanti anche dalla rilevazione contabile". Il Meridione resta comunque ancora molto distante dalla quota di attività intramuraria esercitata al Centro-Nord, con un totale di ricavi pari a 204.538.000 contro i 316.180.000 delle Regioni centrali e 447.099.000 di quelle settentrionali.

Sostanziali differenze si registrano anche sulla quota di guadagni che ogni Azienda tiene per sé e quella che invece finisce in tasca ai medici e al personale sanitario. A livello nazionale, come accennato, le strutture trattengono il 12% dei ricavi complessivi, con un trend in diminuzione negli anni: era, infatti, del 14% nel 2001 e del 15% nel triennio 2005-2007. Tale diminuzione, secondo l'Agenas, "è in parte spiegabile con il forte arretramento del margine fatto registrare nelle Regioni del Sud per effetto soprattutto di una più elevata crescita dei costi".

In ogni caso, se è diminuita la parte di ricavi che finiscono in mano alla struttura sanitaria, è invece aumentata quella che finisce in mano al personale che eroga le prestazioni in intramoenia, con un tasso cresciuto dall'86,3% del 2001 all'88,1% del 2008.

In particolare, escludendo la Campania e il Molise, i calcoli diventano difficili a causa delle anomalie contabili di cui abbiamo parlato sopra, le differenze regionali vedono il personale sanitario intascare oltre il 90% del totale dei ricavi in Lombardia, Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia e Sicilia (dove la quota di corrispettivi per il personale sanitario raggiunge il 97,8% dei ricavi totali). Ciò significa che in queste Regioni è meno del 10% il ricavo che le Aziende conquistano con l'intramoenia, appena il 2,2% in Sicilia. Niente. Ma l'11% di media di altre Regioni risulta comun-

que basso se paragonato al 24,1% e al 20,7 accumulato dalla Toscana e dall'Emilia Romagna, che di conseguenza sono le due Regioni in cui i conti i professionisti sanitari dall'intramoenia traggono dall'intramoenia i minori benefici in termini di denaro.

LE PRESTAZIONI RESE IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE

Il 57% dei ricavi, su base nazionale, che le Aziende ottengono con la libera professione si riferisce alle prestazioni

Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia

(Anno 2001, 2008 e previsioni 2009)

Regione	2001	2008	2009	Diff. % 2001-2008
Piemonte	88.462	128.500	125.995	45,2%
V. Aosta	1.845	4.175	3.600	126,2%
Lombardia	128.504	262.699	256.537	104,4%
Trento	6.596	9.753	10.050	47,8%
Veneto	85.930	121.073	118.821	40,9%
F.V. Giulia	16.296	28.979	28.516	77,8%
Liguria	30.781	40.226	37.642	30,7%
Emilia Romagna	88.685	142.040	140.135	60,1%
Toscana	63.288	127.065	129.611	100,7%
Umbria	9.457	14.507	14.055	53,4%
Marche	25.456	37.204	36.935	46,1%
Lazio	46.337	137.404	128.070	196,5%
Abruzzo	11.746	18.254	14.331	55,4%
Molise	1.467	3.582	3.242	144,2%
Campania	23.926	53.240	53.340	122,5%
Puglia	29.999	50.926	49.407	69,7%
Basilicata	3.234	4.075	4.155	26,0%
Calabria	4.344	9.201	8.802	111,8%
Sicilia	26.000	51.212	50.867	97,0%
Sardegna	7.924	14.048	14.279	77,3%
Italia	700.277	1.258.163	1.228.390	79,6%

I valori sono espressi in migliaia di €, sono desunti dal Consuntivo Mod. CE per gli anni 2001-2008; per il 2009 invece si riferiscono al Mod. CE IV Trimestre. Per problemi di rilevazione non è stata considerata la P.A. di Bolzano.

Intervista a **CARLO LUSENTI**, segretario nazionale Anao Assomed

Il sistema dell'intramoenia non va stravolto

Dottor Lusenti, un commento generale sugli ultimi dati relativi all'intramoenia elaborati dall'Agenas?

Il trend in progressiva crescita dell'attività intramuraria parla da solo: dimostra che il sistema funziona. Ma un dato che ritengo sia particolarmente significativo è quello sull'attività ambulatoriale. I ricavi provenienti dall'attività specialistica fanno la parte del leone con un importante distacco rispetto all'attività di ricovero, dimostrando quindi che le prestazioni più importanti rimangono nell'ambito dell'attività istituzionale. Si spazzano via in questo modo le illusioni di quanti sostengono che con l'attività in intramoenia si costringano i pazienti a by passare le liste d'attesa. Inoltre, nell'ambito dell'attività libero professionale svolta in costanza di ricovero, ci sono alcune attività, come il parto

e gli interventi alla prostata, in cui è evidente che sul cittadino influisca la scelta del professionista e il comfort alberghiero. Noto poi che le Regioni in cui si è creduto fortemente al sistema dell'esclusività di rapporto - e nelle quali il sistema pubblico funziona bene - sono anche quelle dove la libera professione raggiunge le migliori performance. Penso alla Toscana, all'Emilia Romagna dove il dato è in crescita.

Dalla comparazione tra i dati emerge che, in alcune Regioni i guadagni per le Aziende sono particolarmente esigui...

A questo proposito vorrei ricordare che la libera professione intramoenia non è nata con l'obiettivo di creare guadagno per le Aziende. Il ragionamento alla base dell'intramoenia, e che ritengo tutt'ora valido, è un altro: si è voluto rafforzare la presenza dei medici all'interno delle strutture,

anche nello svolgimento della loro attività libero professionale, per garantire maggior solidità all'organizzazione. Il patto fondante tra medici e Azienda è che ai primi veniva data la possibilità di utilizzare spazi e tecnologie ristorando le seconde di tutti i costi. Quindi, il fatto che rimangano nelle casse delle Aziende dei fondi è un effetto collaterale, un fatto incidentale. Il guadagno potrebbe anche non esserci affatto. Tant'è che anche la commissione parlamentare di inchiesta sull'intramoenia non ha mai posto l'accento sul mancato guadagno delle Aziende.

Parliamo del futuro dell'intramoenia. Il parlamento sta lavorando al Ddl sul governo clinico che contiene anche un articolo specifico sulla materia. Qual è il suo parere in merito?

L'equilibrio raggiunto dalle Regioni - ognuna con la propria formula ed anche grazie all'opportunità

dell'intramoenia allargata - dimostra che il sistema regge e anche molto bene, e questo nonostante le leggi relative alla materia pecchino di incompletezza. Non abbiamo bisogno di nuovi provvedimenti, ma servirebbero ritocchi e piccoli aggiustamenti per farla funzionare meglio. Invece, ci sono interrogativi cui andrebbero date delle risposte una volta per tutte, considerando che rispetto al 1999 lo spazio di autonomia delle Regioni è cambiato radicalmente e si è molto accresciuto: la regolamentazione della libera professione dei medici ospedalieri è di competenza centrale o ricade nella legislazione concorrente? E se è di competenza regionale, perché fare una legge nazionale? Cerchiamo invece di capire chi ha il bandolo della matassa, per arrivare a una soluzione condivisa senza stravolgimenti. (E.M.)

specialistiche, il 29% ai ricoveri nelle strutture ospedaliere (con un peso del 33% circa al Nord e al Sud e del 17% al Centro) e il 14% alle altre attività.

Per quanto riguarda i soli ricoveri ospedalieri, l'analisi delle schede di dimissione relative all'anno 2007 compilate da tutte le strutture ospedaliere, compresi gli Irccs, i Policlinici universitari, gli Ospedali classificati e le case di cura private, evidenzia che i ricoveri effettuati in regime di libera professione ammontano a 47.973 di cui il 78% è di tipo chirurgico. Rispetto ai ricoveri complessivi, rappresentano lo 0,39%, con un incremento dal 2001 pari al 38%, ma con una contrazione di 800 ricoveri rispetto al 2006.

Un maggior ricorso alla tipologia a pagamento per le donne nell'età tra i 20 e i 44 anni, evento principalmente riconducibile al parto. Per gli uomini, invece, il periodo di maggior ricorso è quello tra i 55 e i 70 anni, con interventi riconducibili a ginocchio, ernia inguinale, cristallino e prostatectomia. L'analisi della distribuzione dei ricoveri per unità operative evidenzia che il reparto di ostetrica e ginecologia presenta la percentuale maggiore (20,90%) di ricoveri effettuati in intramoenia (n. 10.026), seguito dal reparto di chirurgia generale (19,16%), di ortopedia e traumatologia (11,19%) e di urologia (6,91%).

Perché i cittadini scelgono la libera professione

Secondo quanto emerge dai dati dell'Agenas oltre il 20% dei cittadini che scelgono l'intramoenia lo fanno per ottenere velocemente le prestazioni, dal momento che inserendosi in lista di attesa si rischia di aspettare tempi biblici (fino a 720 giorni per un ecocolordoppler, 420 per una mammografia, 150 per la colonscopia, 390 giorni per una visita cardiologica, secondo quanto riportato dal Rapporto Pit Salute 2009 di Cittadinanzattiva). Soprattutto i cittadini non si fidano delle capacità del medico che trovano per caso in ospedale e nel 60% dei casi preferiscono pagare per scegliere da chi farsi visitare ed eventualmente operare. C'è poi una buona quota di persone che forse avrebbero anche dei motivi per accedere all'intramoenia, ma che non la utilizzano a causa degli alti costi.

Ripartizione dei ricavi per area Anno 2008

Valori espressi in migliaia di euro

Descrizione	Area ospedaliera	Area specialistica	Area sanità pubblica	Altre attività
Piemonte	39.565	70.003	571	18.361
V.Aosta	1.300	2.675	0	200
Lombardia	126.822	99.113	5.208	31.556
Trento	265	8.727	295	466
Veneto	19.901	88.381	1.125	11.666
F.V. Giulia	14.269	14.622	0	88
Liguria	12.497	20.679	57	6.993
Emilia Romagna	32.009	108.355	1.676	0
Toscana	39.439	83.339	775	3.512
Umbria	1.830	9.874	346	2.457
Marche	1.305	31.720	3.891	288
Lazio	12.338	69.876	160	55.030
Abruzzo	13.835	4.113	52	254
Molise	2.887	195	4	496
Campania	14.573	28.669	325	9.673
Puglia	11.919	29.959	197	8.851
Basilicata	232	3.417	0	426
Calabria	4.670	952	9	3.570
Sicilia	12.934	31.245	15	7.018
Sardegna	6.398	5.790	45	1.815
Italia	368.988	711.704	14.751	162.720

Percentuale media di ripartizione tra azienda e personale (Triennio 2007-09)

Regione	Destinati al personale per attività libero professionale	Destinati all'azienda
Piemonte	87	13
V. Aosta	85	15
Lombardia	90	10
Trento	82	18
Veneto	84	16
F.V. Giulia	85	15
Liguria	86	14
Emilia Romagna	80	20
Toscana	77	23
Umbria	92	8
Marche	81	19
Lazio	89	11
Abruzzo	92	8
Molise	73	27
Campania	98	2
Puglia	88	12
Basilicata	94	6
Calabria	83	17
Sicilia	95	5
Sardegna	81	19
Italia	86	14

Ricavi, costi e saldo (Confronto 2001-2008)

Regione	2001	2008	Var. % 2001-2008	2001	2008	Var. % 2001-2008	2001	2008
Piemonte	88.462	128.500	45,26	71.720	111.200	55,05	16.742	17.300
V. Aosta	1.845	4.175	126,29	1.443	3.558	146,57	402	617
Lombardia	128.504	262.699	104,43	112.325	244.366	117,55	16.179	18.333
Trento	6.596	9.753	47,86	5.248	7.957	51,62	1.348	1.796
Veneto	85.930	121.073	40,90	75.117	103.954	38,39	10.813	17.119
F.V. Giulia	16.296	28.979	77,83	14.099	25.538	81,13	2.197	3.441
Liguria	30.781	40.226	30,68	25.710	34.577	34,49	5.071	5.649
Emilia R.	88.685	142.040	60,16	67.449	112.729	67,13	21.236	29.311
Toscana	63.288	127.065	100,77	56.349	96.439	71,15	6.939	30.626
Umbria	9.457	14.507	53,40	9.515	13.203	38,76	-58	1.304
Marche	25.456	37.204	46,15	27.845	30.025	7,83	-2.389	7.179
Lazio	46.337	137.404	196,53	39.629	124.077	213,10	6.708	13.327
Abruzzo	11.746	18.254	55,41	11.673	16.530	41,61	73	1.724
Molise	1.467	3.582	144,17	2.265	3.184	40,57	-798	398
Campania	23.926	53.240	122,52	18.576	59.061	217,94	5.350	-5.821
Puglia	29.999	50.926	69,76	29.474	48.414	64,26	525	2.512
Basilicata	3.234	4.075	26,00	2.161	4.202	94,45	1.073	-127
Calabria	4.344	9.201	111,81	4.574	7.650	67,25	-230	1.551
Sicilia	26.000	51.212	96,97	23.500	50.110	113,23	2.500	1.102
Sardegna	7.924	14.048	77,28	5.755	12.398	115,43	2.169	1.650
Italia	700.277	1.258.163	79,67	604.427	1.109.172	83,51	95.850	148.991

Rapporto Osservasalute 2009

PIEMONTE

La Regione con il maggiore numero di posti letto per lunghe degenze. Ma dove vivono meno non fumatori. È la Regione che ha sviluppato di più i presidi residenziali per long-term care. Presenta nel 2005 un tasso complessivo di questi presidi pari a 23,04 per 100 mila abitanti contro una media nazionale di 11,17 e il maggior tasso in Italia di posti letto, pari a 1082,21 per 100 mila abitanti contro una media nazionale di 511,49. Il Piemonte è invece fanalino di coda per i non fumatori: è la Regione con la minore percentuale, il 50,3% della popolazione, di non fumatori.

VALLE D'AOSTA

La Regione dei bambini, con la minore mortalità infantile e neonatale. Ma ha il più alto tasso di lvg tra le minorenni. È la prima per quanto riguarda la salute dei bambini con i tassi minori d'Italia sia per la mortalità neonatale (0,8 casi per mille nati vivi nel 2006), contro un valore medio italiano di 2,5, sia per la mortalità infantile, pari a 0,8 casi per mille nati vivi contro una media italiana di 3,4 casi. Male però sul fronte dell'interruzione volontaria di gravidanza (lvg): infatti, è alto il tasso di aborto per le giovanissime (15-19 anni), pari a 10,26 per mille.

LOMBARDIA

La Regione con le offerte più sviluppate per gli screening preventivi dei tumori, ma anche con il maggiore tasso di incidenza di Aids. È la prima per quanto riguarda le offerte in ambito di prevenzione secondaria oncologica: ha un'elevatissima adesione ai programmi di screening mammografico. Nella fascia di età 50-69 anni l'estensione effettiva del programma è pari al 99,2% contro il 62,3% medio nazionale nel 2007. Bene anche per la prevenzione del cancro del colon-retto: nel 2007 ha screenato ben 535.956 persone, il maggior numero di individui rispetto alle altre Regioni. Di contro ha un alto tasso di incidenza di Aids (pari merito con la Li-

REGIONE CHE VAI salute che trovi

La Lombardia è la Regione con le offerte più sviluppate per gli screening oncologici, ma anche quella con il tasso più alto di Aids, insieme alla Liguria, dove è altissimo anche il ricorso all'aborto, ma discreta la silhouette e la prevenzione degli incidenti domestici. Gli uomini pugliesi sono quelli che muoiono meno di infarto, ma le donne pugliesi sono quelle che meno effettuato la mammografia.

La Calabria è la Regione dove si muore meno di tumore, ma quella in cui si consumano più farmaci e si registra la più alta mortalità infantile. Sono alcune delle punte di eccellenza e delle punte di criticità raccontate nell'Atlante regionale del rapporto Osservasalute 2009, presentato all'Università Cattolica di Roma e pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane.

guria) pari a 3,4 per 100mila per l'anno 2008, il più alto d'Italia.

P.A. BOLZANO

I cittadini più soddisfatti del Ssr. È anche il territorio con la fecondità maggiore, ma a maggior rischio alcol. Solo il 6,4% della popolazione ha espresso un giudizio insufficiente (da 1 a 4), il 18,2% appena sufficiente (da 5 a 6), ben il 68,5% ha dato un punteggio alto (da 7 a 10) (valori medi nazionali sono 17,2%, 43,4%, 34,0%). Bocciata però per quanto riguarda il consumo di alcol: nel 2007 presenta una quota di non consumatori pari al 20,2% (dato medio nazionale: 29,1%). I consumatori sono il 76,3% (valore medio nazionale: 68,2%). P.A. Trento: la più generosa per la donazione di organi e con il maggior numero di anziani che vivono da soli. Gli abitanti della PA, insieme a quelli di Bolzano, sono i più generosi: è nulla la percentuale di opposizioni alla donazione d'organi, contro una percentuale di opposizioni media italiana di 32,6%. Primato negativo per quota di anziani che vivono soli: con una percentuale di maschi over65 pari al 17,4% (valore medio ita-

liano 13,6%), e del 44,4% per le femmine (valore medio italiano 36,9%), per un totale di 33,4% persone contro una media nazionale di 27,1%.

VENETO

La Regione più sportiva. Ma ha il triste primato della maggiore frequenza di incidenti stradali. Risulta essere la Regione più sportiva con il 26,4% della popolazione dai 3 anni in su che pratica sport in modo continuativo, contro un valore medio italiano di 20,6%; il 36,6% fa qualche attività fisica contro il 29,6% degli italiani, mentre il 24,8% non ne pratica affatto (39,5% media italiana). Il Veneto però ha un triste primato: il più alto tasso di incidenti stradali, nel 2007 pari a 6,21 per 1000, contro un tasso medio italiano di 2,9.

FRIULI VENEZIA GIULIA

Prima per attività di trapianto e con il tasso minore di tagli cesarei. Ma è la Regione con la più alta la mortalità per i tumori tra le donne. È prima per attività di trapianto: con 78,3 trapianti per milione di popolazione (Pmp) eseguiti nel 2008 (62,6% eseguiti su pazienti regionali, 37,4% su pazienti extra regionali). Ha

la più alta mortalità per tumori femminili, ma anche buone offerte in ambito di prevenzione secondaria oncologica: nella fascia di età 50-69 anni è superiore rispetto alla media nazionale l'estensione effettiva del programma (proporzione di donne effettivamente invitate rispetto a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale) pari al 94,2% contro il 62,3% medio nazionale nel 2007.

LIGURIA

La Regione con il minore tasso di incidenti domestici. Ma con il maggiore tasso di aborti e la minore crescita della popolazione naturale. È la Regione con meno incidenti domestici: 8 per 1000, contro una media italiana di 11,9 (anno 2007). Primato negativo per l'aborto volontario: il tasso standardizzato di lvg è stato nel 2006 il maggiore d'Italia, pari a 11,87 casi per 1.000 donne (valore medio nazionale: 9,16 casi). La popolazione ligure cresce poco: ha un saldo medio annuo nel 2007-2008 pari a +2,2 persone per 1.000 residenti per anno (media italiana: 7,7%). Il saldo medio naturale è il più basso d'Italia: nel periodo 2007-2008 è pari a -5,6%; mentre il saldo migratorio è pari a +7,8%.

EMILIA ROMAGNA

La Regione che cresce di più. Ma si registra un'impennata nel consumo di antidepressivi. È la Regione la cui popolazione cresce di più, infatti, anche se solo grazie alla componente migratoria della popolazione, risulta il territorio con il saldo medio annuo nel biennio 2007-2008 più elevato in Italia, pari a +13,4 persone per 1.000 residenti per anno (media italiana: +7,7%). Buone le offerte in ambito di prevenzione secondaria oncologica

e la riduzione del consumo di alcol. Ma ha il peggior aumento nel consumo di antidepressivi: è più che quadruplicato dal 2000 al 2008, passando da 7,48 dosi definite giornaliere (Ddd) per 1000 abitanti a 39,23 per 1000 (+424,5%). A livello nazionale si è passati da 8,18 a 33,55 (+310,1%).

TOSCANA

Ha il tasso di dimissioni ospedaliere più basso d'Italia e il maggior consumo di farmaci non griffati. Ma anche il consumo maggiore di antidepressivi. Prima anche quest'anno sul fronte dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera, infatti presenta nel 2007 il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere più basso d'Italia, pari a 153,8 per mille contro una media italiana di 193. Si conferma al primo posto sul fronte del consumo di farmaci generici: presenta nel 2008 il maggior consumo di farmaci a brevetto scaduto sul totale delle Ddd prescritte, pari al 48,4% del totale dei consumi (media italiana: 43,2%). Alto il consumo di antidepressivi dal 2000 al 2008 è aumentato del 423,2%. A livello nazionale invece i consumi sono più che triplicati, si è passati da 8,18 a 33,55 (+310,1%).

UMBRIA

La Regione con la migliore copertura vaccinale antinfluenzale per gli over-65enni. Bassa la natalità. Prima in Italia l'Umbria per la copertura vaccinale antinfluenzale per la stagione 2008-2009 per gli over-65enni: si è vaccinato il 74,7% delle persone in questa fascia d'età, per la quale l'obiettivo minimo è raggiungere un tasso di copertura del 75%, contro una media nazionale di 66,2%. Inoltre nel 2006 presenta un tasso di mor-

talità neonatale molto basso, (1,4 casi per mille nati vivi), contro un valore medio italiano di 2,5; un tasso di la mortalità infantile di 3 casi per mille nati vivi contro una media italiana di 3,4 casi.

MARCHE

La Regione dove gli uomini muoiono meno in assoluto. Ma ha perso il primato della longevità per le donne. Detiene il primato della longevità, e la vita degli uomini è più al riparo da tutte le cause di morte: la mortalità complessiva oltre il primo anno di vita per gli uomini è pari a 104,75 per 10 mila abitanti contro una media italiana di 113,91. Mentre è pari a 61,77 per 10 mila tra le donne, contro una media italiana di 70,37. Si noti che per le donne, le Marche, che vantavano il primato della sopravvivenza negli ultimi anni (circa 84,9 anni), vengono superate da quelle della PA di Bolzano (85,1 anni) mantenendosi solo di poco superiori al valore registrato nella PA di Trento (84,8 anni).

LAZIO

Ha la quota maggiore di medici di famiglia. La Regione con il peggiore disavanzo sanitario pro capite. I cittadini del Lazio sono quelli che possono contare su un maggior numero di medici di famiglia (1,06 per 1.000 residenti nella Regione, contro un valore medio nazionale di 0,91). La spesa sanitaria pro capite è superiore alla spesa media italiana e pari a 2007 euro, a fronte di una spesa media italiana di 1787 euro nel 2008. Sebbene sia tra le Regioni in "difficoltà" finanziaria e, quindi, soggette a piano di rientro, il Lazio ha aumentato (+40,06% dal 2002) la spesa pro capite. Ha il peggior disavanzo sanitario d'Italia: il debito pro capite del 2008 ammonta a 297 euro.

ABRUZZO

La Regione che ha ridotto di più i tassi di ospedalizzazione. Ma ha il maggiore tasso di dimissioni per disturbi psichici tra i maschi. Si presenta come la Regione che in due anni ha ridotto di più il tasso

standardizzato complessivo di dimissioni ospedaliere: è passata da un tasso di 263,2 per mille nel 2005 a 217,4% nel 2007 (valore medio italiano è di 193). Negativo il quadro delle malattie psichiche: sono elevati i tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici (inclusendo nevrosi, disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze): 87,82 maschi per 10mila nel 2006, il valore maggiore in Italia (vs 50,64 medio in Italia), 75,27 femmine per 10mila nel 2006 (vs 48,73 medio in Italia).

MOLISE

Ottima la copertura vaccinale pediatrica e over 65. Ma la Regione ha la maggiore percentuale di adulti obesi. Vanta un ottimo livello di copertura vaccinale per i bambini di età inferiore ai 24 mesi (anno 2008). Ma i molisani sono i più obesi d'Italia con una percentuale pari a 37,8%, due punti sopra la media nazionale (35,6%). È obeso il 13,2%, contro il valore medio italiano di 9,9%. Grassi anche i bambini (di 8-9 anni): il 16,1% gli obesi (vs media italiana dell'11,5% nel 2008).

CAMPANIA

La Regione dove si consumano meno antidepressivi. Continua ad aumentare il ricorso ai cesarei. È la Regione che nel 2008 fa registrare il minor consumo di antidepressivi e anche il minor incremento dei consumi di questi farmaci dal 2002 al 2008: si va da 8,23 dosi definite giornaliere per 1000 abitanti nel 2002 a 26,32 per 1000 nel 2008 con un raddoppio quindi dei consumi (+219,8%). A livello nazionale invece i consumi sono più che triplicati, si è passati da 8,18 a 33,55 (+310,1%). Maglia nerissima per l'eccesso di parti cesarei: pari a 61,86% nel 2006, contro la già alta media nazionale di 39,30%.

PUGLIA

Meno morti per infarto tra gli uomini. La Regione in cui è minore l'adesione ai programmi di screening mammografico. È la Regione dove si registra la minore mortalità per infarto del miocardio tra gli uomini, pari a 5,85 per 10mila, contro un tasso medio in Italia di 7,32. Bassa la mortalità per i tumori per entrambi i sessi: 34,2 per 10 mila maschi nel 2007 (mortalità media italiana: 37,84), e 17,18 per le femmine (mortalità media italiana: 20,12). Poco

sviluppata l'offerta in ambito di prevenzione secondaria oncologica: ha un'adesione ai programmi di screening mammografico basso. Nella fascia di età 50-69 anni l'estensione effettiva del programma (proporzione di donne effettivamente invitate rispetto a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale) è pari all'11,8% (il valore minore in Italia) contro il 62,3% medio nazionale nel 2007.

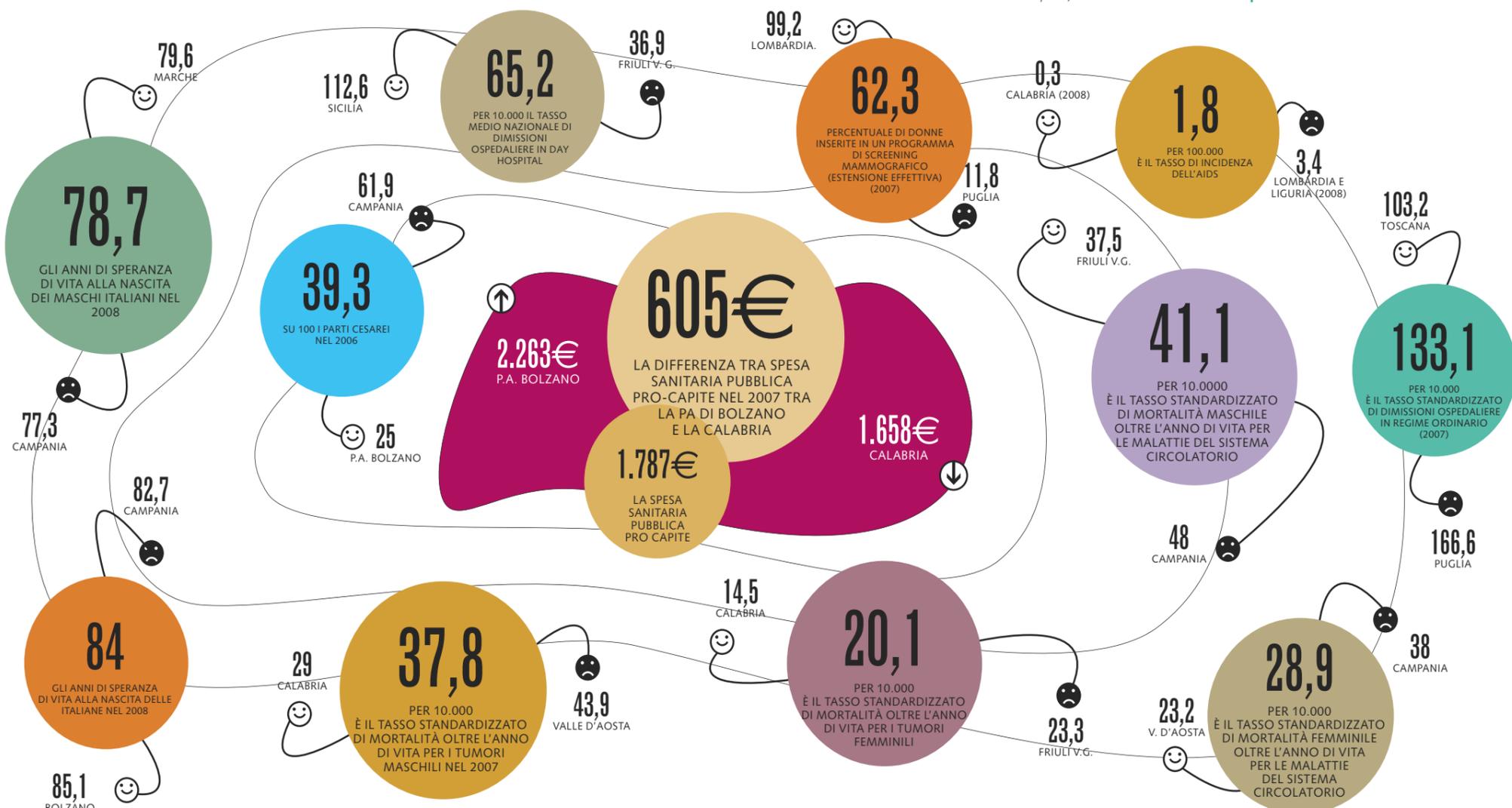
BASILICATA

La Regione con meno anziani che vivono soli. Ma la sua popolazione continua a diminuire. Sono pochi gli anziani che in Basilicata vivono soli: la percentuale di persone dai 65 anni in su che vive sola è pari al 13,5% dei maschi in quella fascia d'età (valore medio italiano 13,6%), al 30,2% delle femmine (valore medio italiano 36,9%), per un totale pari a 22,9% (media italiana: 27,1%). Inoltre, la sua popolazione non cresce, infatti è l'unica Regione che presenta un saldo totale negativo (saldo medio annuo nel biennio 2007-2008) pari a -0,7 persone per 1.000 residenti per anno, contro una media italiana di 7,7%.

CALABRIA

La Regione con la minore mortalità per tumori e dove

La galassia sanità



si fuma meno. Ha la maggiore mortalità infantile e neonatale e il maggiore consumo di farmaci al dì. Ha la minore mortalità per i tumori per entrambi i sessi: per i maschi (2007) è pari a 28,96 per 10 mila abitanti (mortalità media italiana: 37,84), e per le femmine è pari a 14,47 per 10 mila (mortalità media italiana di 20,12). È la Regione in cui si fuma meno: la percentuale di fumatori è pari al 17% della popolazione regionale over-14 (media nazionale del 22,1%). Maglia nera per mortalità infantile e neonatale: ha un tasso di mortalità neonatale di 3,7 casi per mille nati vivi nel 2006 (valore medio italiano di 2,5); un tasso di la mortalità infantile di 5,5 casi per mille nati vivi contro una media italiana di 3,4 casi. Primato negativo per la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del Ssn: è pari a 277 euro nel 2008 (vs la media nazionale di 213,4 euro), con il maggior incremento di spesa (+16,5%) dal 2001.

SICILIA

La Regione con le neomamme più giovani. Ma presenta il tasso di ospedalizzazione più alto d'Italia. Letà media al parto è di 30,3 anni (media nazionale di 31,1 anni). Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime ordinario nel 2007 è pari a 140,1 per 1.000, contro una media italiana di 133,1 e il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere in regime di Dh è pari a 101,6 per 1.000 (il più alto in Italia), mentre la media italiana è di 59,9. Ha il primato nazionale per la degenza media standardizzata: è pari a soli 6,2 giorni (media italiana 6,7). La degenza media preoperatoria standardizzata è pari a 2,18 giorni, contro una media italiana di 1,99 nel 2007.

SARDEGNA

La Regione dal cuore più sano. Ma è la meno feconda. È la Regione dal cuore più sano, infatti presenta la più bassa mortalità tra le donne per malattie del sistema circolatorio (25,86 per 10mila contro una media italiana di 28,86 - anno 2007); ed è bassa anche la mortalità tra gli uomini per queste malattie (37,73 per 10mila contro una media italiana di 41,11).

Inchiesta sul FUTURO DELLE LEGGI PER LA SANITÀ (PRIMA PARTE)

SENATO, I PROVVEDIMENTI IN POLE POSITION

↳ Ester Maragò

Dorina Bianchi

SENATRICE UDC

Senatrice Bianchi, quali sono i provvedimenti che pensa di portare a casa entro la fine della legislatura?

Sicuramente il provvedimento sulle malattie rare. Come sappiamo è bloccato da circa otto mesi in commissione Bilancio, ma meriterebbe, vista la grande importanza che riveste, un via libera immediato. Altri provvedimenti che meriterebbero di andare avanti, sono quello sull'endometriosi e quello che introduce misure di sostegno per le famiglie con bambini affetti da patologie onco-ematologiche. È una proposta alla quale tengo particolarmente, realizzata in collaborazione con l'associazione Peter Pan. Mi piacerebbe venisse affrontata in quanto andrebbe anche a completare la legge 104 del 1992 che purtroppo non risponde alle esigenze di queste famiglie e dei bambini che hanno bisogno di assistenza immediata. Prevede, infatti, l'istituzione di un fondo di solidarietà che tuteli forme di invalidità dei bambini. Dob-

Apoco più di tre anni dalla fine della legislatura abbiamo voluto sentire alcuni esponenti delle forze politiche di Maggioranza e Opposizione per capire, calendario alla mano, quali di tutti i provvedimenti di carattere sanitario potranno vedere la luce. Abbiamo iniziato con l'ascoltare i senatori (in seguito ci confronteremo con i deputati). È emerso un quadro interessante che vede tra i provvedimenti in pole position a palazzo Madama, le malattie rare e la responsabilità professionale medica. Ma nel cassetto dei parlamentari ci sono anche altri progetti di legge che potrebbero tagliare il traguardo, come quello sul riordino del servizio farmaceutico, a patto che venga sciolto il nodo delle parafarmacie. C'è poi chi punta sulla revisione della legge 502 in chiave federalista come il leghista Rizzi, o sul restyling dei criteri di nomina dei Dg come il senatore Mascitelli dell'Idv. La senatrice Bianchi, che recentemente è traghettata dal Pd all'Udc, punta invece su un provvedimento per il sostegno alle famiglie dei bambini affetti da patologie onco-ematologiche, mentre i senatori Tomassini del Pdl e Bosone del Pd, rispettivamente presidente e vicepresidente della commissione Igiene e Sanità vorrebbero il decollo del Ddl sul fumo.

biamo arrivare a garantire tempi celeri per che ha invece bisogno di aiuti immediati. Sto parlando di circa 1.600 bambini che ogni anno si ammalano, e di 400 di loro che non sopravvivono alla malattia.

Cosa prevede questo provvedimento e a che punto è?

La proposta prevede la costituzione di un fondo di solidarietà per aiutare quelle famiglie senza reddito fisso o che hanno un lavoro precario e non sono perciò in grado di assistere in maniera adeguata i propri figli. Si garantirebbe in questo modo assistenza, integrazione sociale, sostegno economico e tutela del posto del lavoro. Penso in particolare a quelle famiglie co-

strette a spostarsi verso centri oncologici pediatrici di riferimento lontani dal proprio luogo di residenza. Il Ddl è stato assegnato in commissione Igiene e Sanità e mi auguro sia calendarizzato nei prossimi mesi.

Altre proposte di legge sulle quali intende procedere?

Quella sul consenso informato. Se ne parla tanto, ma oggi come oggi non c'è una normativa che stabilisca con regole certe quello che deve essere fatto. E quindi, assistiamo a comportamenti diversificati, non solo da Regione a Regione, ma anche da un'Azienda all'altra. Per questo ho presentato un Ddl dove si prevede tra l'altro l'introduzione di una cartella elettronica con regole e percorsi rigidi da seguire. Occorre andare avanti anche sul provvedimento sulla responsabilità professionale: è determinante mettere fine al fenomeno della medicina di-

fensiva che comporta solo un aggravio di spese e analisi inutili per i pazienti. Darebbe inoltre una spinta all'informatizzazione del sistema sanitario.

Sul riordino del settore farmaceutico?

Credo ci sia la necessità un riordino. Ritengo che la farmacia faccia parte del Ssn, deve quindi sottostare a regole e controlli. Soprattutto penso debba essere potenziata diventando un punto di riferimento per i cittadini sul territorio, magari individuando anche nuovi servizi aggiuntivi da offrire. Non sono per una liberalizzazione ad oltranza. Il farmaco non è un bene di consumo ma deve essere dispensato con cognizione da chi esercita la professione.

Daniele Bosone

SENATORE PD,
VICEPRESIDENTE
COMMISSIONE IGIENE E
SANITÀ

Senatore Bosone, i provvedimenti di carattere sanitario sui quali la dodicesima com-



Dorina Bianchi



Daniele Bosone

missione sta lavorando sono numerosi. Su quali punta?

L'elenco dei provvedimenti è ricco. Oltre quello sulle cure palliative, che abbiamo già approvato, c'è il Ddl sulle malattie rare: un provvedimento condiviso sia dalla Maggioranza che dall'Opposizione attualmente all'attenzione della commissione Bilancio per la copertura finanziaria. C'è poi il provvedimento sul tabacco e quello sulla responsabilità professionale. Questo è un provvedimento di grande importanza per la professione medica, soprattutto in questa fase storica in cui l'aumento di cause per contenzioso medico è indiscutibilmente preoccupante. Dobbiamo quindi dare risposte al paziente perché venga risarcito in tempi brevi e soprattutto dobbiamo offrire maggiori tutele al medico. Bisogna rivedere l'assicurazione obbligatoria e le modalità di conciliazione sbrigativa tra l'Ente e il paziente danneggiato in modo che si eviti di adire a giudizi di tipo penale quando non c'è necessità.

C'è un punto particolarmente qualificante di questo testo sul quale l'Opposizione non intende recedere?

Quello sulla istituzionalizzazione delle unità di rischio clinico. Le abbiamo previste con chiarezza, devono essere obbligatorie, con compiti specifici nello stabilire percorsi sicuri all'interno dell'ospedale; soprattutto saranno un luogo deputato a gestire il contenzioso. I pazienti avranno così un referente certo e i medici potranno contare su un'assicurazione adeguata ed obbligatoria da parte dell'Ente. Non solo, è previsto anche l'istituzione di un fondo integrativo per le Regioni che non avessero possibilità di offrire una copertura assicurativa.

A che punto siamo per questo provvedimento?

Attualmente è fermo in commissione Bilancio per questioni di copertura economica necessaria per istituire il fondo di garanzia. Il nodo è capire quale impatto avranno sull'organizzazione sanitaria regionale, e quindi poi sul Fsn, le unità di rischio clinico.

Che tempi di attuazione prevede?

Complicato fare previsioni.

Spero che entro l'estate, sia questo provvedimento sia quello sulle malattie rare, approdino alla Camera.

Sulle malattie rare quali sono le difficoltà da superare

Servono fondi certi. Per far decollare la legge c'è bisogno di 100/150 milioni di euro. Bisogna allargare lo screening neonatale e creare percorsi terapeutici personalizzati, serve un fondo di garanzia per le Regioni che non riescono a garantire l'accesso ai farmaci, così come c'è bisogno di stanziamenti per la ricerca. Soprattutto, dobbiamo superare un problema annoso: quello del conflitto di competenze tra Stato e Regioni. Dobbiamo riprenderci in mano il pallino della sanità.

Qualcos'altro nel cassetto?

Il Ddl sul fumo. Ho presentato una proposta che si muove in due direzioni: rendere più difficile l'accesso al fumo attivo e intervenire contro il fumo passivo. In commissione è stato assunto come testo base il Ddl Marino, Tomassini, e in sede di discussione presenterò un emendamento per l'estensione della legge Sirchia agli spazi all'aperto degli esercizi di ristorazione. Chi è seduto all'esterno, soprattutto con bambini, non deve subire il fumo passivo. Ma senza arrivare a forme di estremizzazioni come quelle attuate in alcuni Stati americani che vietano addirittura il fumo nei parchi.

C'è poi il Ddl sulla regolamentazione delle medicine non convenzionali. Un argomento annoso che interessa milioni di persone e divide l'Italia tra fan e oppositori, ma che meriterebbe invece un approccio medico e molto più pragmatico. Ha bisogno di essere regolamentato per capire chi vi può accedere e chi può esercitarle. A breve presenterò in commissione un testo di legge unificato sul quale inizieremo a discutere.

**Alfonso Mascitelli
SENATORE IDV**

Senatore Mascitelli, su quali provvedimenti l'Idv intende battersi fino in fondo?

L'Idv ha presentato diverse proposte di qualità. Alcune ci interessano in modo particolare: quella sui criteri di nomina dei Dg e quella sulla re-

sponsabilità professionale medica. Per quanto concerne la prima, sulla quale abbiamo presentato dei progetti di legge sia alla Camera sia al Senato, consideriamo dirimente il problema di svincolare la gestione della sanità dalla pervasività della politica. Una invasione che sfocia in clientelismo, in sprechi e inefficienze, con ricadute negative su tutto il circuito di nomine, dai manager fino ai dirigenti di secondo livello. Questa filiera va completamente abolita. La nomina dei Dg deve essere legata solo a criteri di competenza e capacità manageriali. Alla Camera c'è un progetto di legge più ampio presentato da Mura e Palagiano dell'Idv, che concerne il rispetto della meritocrazia nella nomina dei dirigenti sanitari. Altro fiore all'occhiello è poi il Ddl di ristrutturazione della rete nazionale dei consultori familiari, un punto di riferimento importante per i cittadini sul territorio sminuito nelle sue potenzialità.

Sulla responsabilità professionale medica?

La nostra posizione è semplice e chiara: non vogliamo dare nessun salvacondotto o immunità alla classe medica, desideriamo però evitare una ipertrofia dei contenziosi giudiziari civili e soprattutto penali, che nel 70-80% dei casi si esauriscono con un non luogo a procedere. Intendiamo invece puntare sempre di più, da un lato sul consenso informato e dall'altro sul potenziamento della fase della conciliazione nel caso in cui ci sia un presunto errore. Questo per far sì che il paziente possa avere in tempi rapidi un risarcimento, senza una colpevolizzazione



Alfonso Mascitelli



personale del medico. Chiediamo quindi l'obbligo di assicurazione da parte delle strutture prevedendo anche la possibilità, già presente in molti Paesi anglosassoni, di un arbitrato da parte di un collegio terzo con competenza tecnica e scientifica.

Lei è membro della commissione Bilancio dove sono fermi due provvedimenti: sulla responsabilità professionale e sulle malattie rare. Cosa ci dice in proposito?

Quando c'è la volontà politica, la copertura economica si trova. Questa è l'esperienza che ho maturato. Il problema è che sia la Bilancio che altre commissioni privilegiano procedimenti di interesse governativo a discapito di quelli che andrebbero a beneficio dei cittadini.

Nessun ottimismo quindi sulla possibilità che questi provvedimenti si sbloccino?

Nonostante tutto, per alcuni, penso ad esempio alle malattie rare, conservo un certo ottimismo. Se siamo riusciti a sbloccare il provvedimento sulle cure palliative, nonostante le risorse economiche stanziate siano esigue, penso che anche questi progetti potranno andare in porto. Sempre che il Governo dimostri di avere un reale interesse garantendo i fondi. I soldi ci sono: gli introiti derivanti dallo scudo fiscale sono stati superiori alle aspettative. E dal momen-

to che Tremonti aveva garantito sarebbero stati destinati al sociale e alle famiglie, quale migliore occasione di questa per portarli avanti. Sono però pessimista riguardo alla legge di revisione dei criteri di nomina dei Dg: la politica continua ad avere troppi interessi nel mantenere un controllo ferreo sul complesso sistema sanitario.

Qual è la vostra posizione in merito al riordino del servizio farmaceutico?

Riteniamo sia utile e necessaria una regolamentazione del settore. Abbiamo espresso grandi perplessità su quella linea di pensiero favorevole a una liberalizzazione della rete farmaceutica che trasformerebbe un settore delicato in una semplice attività commerciale. In ogni modo la regolamentazione non si deve trasformare in un oligopolio rigido.

**Fabio Rizzi
SENATORE LEGA NORD
PADANIA (LNP)**

Senatore Rizzi, su quali provvedimenti darette battaglia?

In commissione Igiene e Sanità abbiamo già raggiunto un accordo bipartisan su una serie di provvedimenti per noi particolarmente importanti. Peccato siano bloccati in commissione Bilancio per carenza di fondi. Primo fra tutti quello sulla responsabilità sanitaria. Una vera rivoluzione sul fronte dell'errore medico: garantisce rapidità di risarcimento ai pazienti e colloca il medico in una con-



dizione di prestatore d'opera, vale a dire quella di un professionista che può anche sbagliare senza però vedersi rovinare completamente la vita; responsabilizza direttamente le strutture sanitarie 'obbligandole' ad una adeguata copertura assicurativa per tutti i professionisti e pone obblighi specifici per le compagnie assicuratrici. Proprio su quest'ultimo aspetto punteremo i piedi presentando un emendamento che obbliga le compagnie a rinnovare la polizza in caso di sinistro con un incremento del 5%, o al massimo del 10%, ma senza raggiungere gli attuali aumenti del 200\300%.

Altri provvedimenti prioritari nella vostra agenda?

Abbiamo presentato un testo di revisione della legge 502 che va in direzione federalista e sul quale stiamo lavorando da un anno. Una devoluzione della devoluzione. La sanità è ormai materia regionale, ma stiamo andando incontro a una centralizza-

zione regionale con tutti i rischi a questa connessi. Proponiamo quindi una devoluzione di tutta una serie di compiti dalle Regioni al territorio.

Si spieghi meglio.

Vuol dire dare alle Asl una autonomia funzionale vera, ossia la gestione diretta del budget. Questo consentirebbe alle Asl di andare a contrattare le prestazioni direttamente con le strutture erogatrici, quindi Ao e strutture private convenzionate. Inoltre, si potrebbe sancire definitivamente chi fa che cosa. Questo Ddl potrebbe essere presentato in abbinamento al provvedimento sul governo clinico quando arriverà in Senato. C'è poi la revisione della legge sulla psichiatria. Dobbiamo arrivare a un'implementazione tra l'attività ospedaliera e quella territoriale per separare il malato acuto da quello cronico e soprattutto le patologie importanti, come ad esempio le schizofrenie, da tutta una serie di patologie annoverate tra le malattie psichiatriche, che però hanno un'intensità di cura diversa e oggi intasano strutture occupando risorse in maniera non giustificata. Questo provvedimento non è stato purtroppo ancora calendarizzato perché siamo bloccati su Ddl che non vanno avanti per mancanza di copertura economica.

Senatore, e sul riordino del servizio farmaceutico?

Il nodo del contendere, soprattutto all'interno della compagine del Pdl, è capire che fine devono fare le parafarmacie. Se si scioglie il provvedimento, almeno qui al Senato, potrebbe essere approvato in tempi brevi. Non sono per la sanatoria delle parafarmacie, tanto meno per una loro eliminazione. Credo che l'unica soluzione plausibile possa essere quella di creare un sistema di punteggi facilitati nei concorsi per l'accesso alle nuove farmacie che dovranno essere previste sul territorio. Ne servono almeno 3000, se ne parla da tempo ma nulla ancora è stato fatto.

Antonio Tomassini

SENATORE PDL PRESIDENTE COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ

Senatore Tomassini, quali sono i provvedimenti che intende portare a casa entro la fine di questa legislatura?

Malattie rare, responsabilità professionale del personale sanitario, ossia la legge sul rischio clinico e quello delle professioni sanitarie. Provvedenti che ho presentato, sui quali il Governo ha espresso la sua condivisione e l'opposizione ha manifestato il suo appoggio. Quindi voglio portarli a termine prima della fine della legislatura.

Parliamo del provvedimento sulle malattie rare

Il Ddl sulla malattie rare è attualmente bloccato in commissione Bilancio per un problema di risorse, come avviene per molti altri provvedimenti. D'altronde la crisi è un fatto reale. Ora però le prospettive sono tali per cui, secondo una lista di priorità, quello che è utile e costa po-

no comportate come una camera sindacale, non come un organo legislativo. Con le prossime elezioni regionali lo scenario potrebbe cambiare. Comunque, sicuramente c'è una necessità urgente di attuare delle riforme Costituzionali, per dare una diversa e più pregnante funzione delle Camere. Credo che tanti Governatori si sono resi conto che la compensazione delle sperequazioni tra Regione e Regione porti solo a spese ulteriori. Invece di passare ad un sistema anarchico e diciamo concorrenziale sarebbe più opportuno avere anche regole guida a livello nazionale su temi inscindibili, come farmaci, malattie rare e quant'altro.

Quindi la riforma del Titolo V andrebbe rivista?

Noi avevamo già espresso la nostra contrarietà nella XVI legislatura. Ma all'epoca fummo bocciati da chi oggi protesta.

Torniamo alla responsabilità professionale medica? Perché urge arrivare ad un provvedimento

Il metodo giudiziario attuale prevede iter lunghissimi in quanto non contempla le camere di conciliazione e le unità di rischio preventive che consentirebbero di ovviare a molte situazioni. Non abbiamo neanche il tetto dei risarcimenti o l'istituzione della lite temeraria. Vanno equilibrati i diritti per risarcire prima i

pazienti e anche per tutelare i medici che hanno fatto scelte correttissime ma pagano per l'insufficienza delle strutture dove operano.

Che tempi di attuazione prevede?

Spero tempi rapidi. Con il passaggio alla Camera, un anno da oggi.

C'è in discussione anche il Ddl sul fumo presentato da lei e dal senatore Marino. Cosa ci dice su questo provvedimento?

La fase istruttoria ha portato via del tempo. Ma il Ddl sul fumo che estende il divieto di vendita delle sigarette ai minori di 18 anni, e altro ancora potrebbe essere appro-

vato dalla Commissione Igiene e Sanità, in deliberante, prima della prossime elezioni regionali.

Presidente, lei è firmatario di uno specifico Ddl sul riordino del servizio farmaceutico.

Quali sono a suo avviso i provvedimenti più importanti da prendere su questo fronte? E quali tempi prevede per arrivare alla stesura di un testo unico in materia?

Il Ddl 863 si propone di riformare il sistema farmacia mantenendo gli aspetti di efficienza e di grande qualità che sono riconosciuti universalmente al sistema farmaceutico italiano.

Con questo testo normativo si prospetta il superamento del modello duale farmacia/parafarmacia, introdotto con le liberalizzazioni della Legge Bersani. Questo progetto aveva il fine di trasformare in farmacie le parafarmacie, ovvero i punti vendita che possono dispensare al pubblico prodotti di banco e farmaci che non richiedono obbligo di prescrizione e purché in dosi minime, quindi anche senza l'obbligo della presenza del farmacista, secondo le indicazioni fornite della Aifa, dalla Conferenza dei Presidi della Facoltà di Farmacie e dalla Commissione per la Farmacopea Ufficiale. Per tutti i firmatori del Ddl, al contrario, è fondamentale il mantenimento della titolarità della farmacia in diretto rapporto con il farmacista, che possiede specifici requisiti di professionalità, che è il responsabile della gestione e della somministrazione al pubblico dei farmaci. Noi crediamo che vi possa essere un distribuzione accessoria di supporto, e che questa possa anche essere utile, senza però creare ambiguità rispetto al sistema delle farmacie. Nessuno ha mai paventato la chiusura o la limitazione delle parafarmacie, ma teniamo a sottolineare la diversa funzione che svolgono queste due strutture, funzione che delimita molto bene i rispettivi campi di azione ed interesse. Proprio in questi giorni, inizieremo la discussione generale, è il secondo argomento nell'ordine del giorno.



Antonio Tomassini

co va sbloccato. Quindi sulle malattie rare sono ottimista, hanno bisogno di 100 milioni di euro per partire, ma possiamo arrivare anche a 200 milioni. Dobbiamo inoltre pensare che molti soldi sono già spesi, e molto spesso anche male perché non sappiamo creare il circuito giusto per gestire e orientare i pazienti, non ci sono linee guida.

Molti provvedimenti di interesse sanitario in discussione in Parlamento sono bloccati dalle Regioni per conflitti di competenze?

Questo è un tema importante. Le Regioni fin ora si so-



Fabio Rizzi

Per gli Usa si apre una nuova era per l'assistenza sanitaria

Obama centra il bersaglio LA RIFORMA SANITARIA È LEGGE

Durante tutta la campagna elettorale ha esortato gli elettori americani a credere nel cambiamento incitandoli con quel "yes we can" che è diventata la cifra della sua linea politica. Ce la possiamo fare diceva ossessivamente il candidato democratico Barack Obama e in effetti, una volta diventato presidente ce l'ha fatta. Ce l'ha fatta a cambiare il sistema sanitario americano che da domenica 21 marzo è stato riformato. Certo non è quella riforma che si credeva all'inizio, ma dopo un anno di scontri politici, colpi di scena e, soprattutto, mediazioni Barack Obama ha ottenuto una straordinaria vittoria politica riuscendo a far approvare dal Congresso una legge che amplia la copertura sanitaria degli americani vincendo, di fatto, la sfida più ambiziosa del suo programma politico portando a casa la più ampia iniziativa di riforma sociale degli ultimi 50 anni negli Stati Uniti. La Camera dei rappresentanti, facendo seguito al voto della vigilia di Natale al Senato, ha approvato il progetto di legge con 219 voti a favore (tre più dei 216 necessari) e 212 contrari.

Il voto decisivo è arrivato nella notte italiana al termine di una giornata difficile per Obama, contraddistinta da luci e ombre: a poche ore dal voto Steny Hoyer, leader democratico parlando alla Nbc riferiva infatti di "una maggioranza di pochi numeri", mentre il NY Times scriveva che i democratici ce l'avrebbero fatta "per un pelo" a superare la maggioranza richiesta.

Gli ostacoli per la presidenza, oltre alla naturale opposi-

Il sistema resterà sostanzialmente privato, ma con la nuova legge anche i 32 milioni di americani troppo ricchi per il Medicaid e troppo poveri per permettersi una polizza assicurativa, saranno comunque garantiti grazie a un bonus sanitario federale pagato dallo Stato

↳ Stefano Simoni



zione repubblicana (che ha votato compatta per il "no") erano rappresentati anche dai cosiddetti "blue dogs", ovvero quei liberal antiabortisti

contrari all'utilizzo dei fondi federali per l'aborto. E con questi Obama ha dovuto fare i conti riuscendo alla fine ad incassare il sì della pattuglia

di 12 deputati antiabortisti, guidati da Bart Stupak, in cambio di un impegno, da parte della Casa Bianca, a riaffermare il bando all'uso di fon-

di federali per le iniziative a sostegno dell'aborto. E comunque, nonostante tutto, alla fine più di 30 deputati democratici hanno ugualmente votato "no".

Si tratta dunque di una vittoria storica per l'amministrazione Obama che è riuscita lì dove altri presidenti da Teddy Roosevelt a Bill Clinton passando per Harry Truman e Lyndon Johnson avevano mancato l'obiettivo.

Consapevole di ciò Obama ha commentato il successo non senza enfasi "questa notte abbiamo risposto alla chiamata della storia". Stanco, ma visibilmente orgoglioso del risultato il presidente dopo aver telefonato alla speaker della Camera, Nancy Pelosi, è comparso davanti alle telecamere per annunciare "Questo è il volto del cambiamento. Stanotte abbiamo risposto alla chiamata della storia come molti altri americani avevano fatto prima di noi. Quando siamo di fronte alle difficoltà, non ci tiriamo indietro dalle sfide, noi le superiamo. Abbiamo dimostrato che il paese sa ancora fare grandi cose e affrontare grandi sfide. Non rifiutiamo le nostre responsabilità, le abbracciamo. Non abbiamo paura del nostro futuro, noi lo forgiamo".

"Il voto di oggi - ha proseguito Obama - risponde alle preghiere di tutti gli americani che speravano profondamente che fosse fatto qualcosa per un sistema che lavorava per le compagnie assicurative e non per la gente comune".

"Questa legge - ha concluso con realismo il presidente Usa - non risponde a tutti i difetti del nostro sistema sanitario, ma muove decisamente nella

Ciao, Annamaria

Devo trovare il coraggio, anche a nome di tutte le persone che hanno voluto bene ad Annamaria Amato, di darle l'ultimo saluto. La sua scomparsa rappresenta un momento di profondo dolore e commozione. Lei, con la sua intelligenza, pura, nervosa, caparbia, ha affrontato il mare dell'esistenza con coraggio e determinazione anche dopo la

scoperta della sua malattia.

Sensibilità, coerenza, generosità hanno inciso la sua personalità con molte sfumature e la sua facilità con cui si poneva nei contatti con le altre persone la rendevano straordinariamente simpatica. I rapporti umani avevano per lei più valore di ogni altra cosa; aveva il dono di concedere a tutti con po' del suo tempo senza farlo pesare. Era notevole lo spessore della sua eccezionale carica

umana e il suo modo di affrontare le difficoltà della vita con grande buon senso. Abbiamo trascorso insieme periodi pieni di entusiasmo, fiducia, in cui si gioiva nel fare dei passi avanti e pensare l'aver vinto la battaglia. Madre esemplare e maestra di vita, ha cercato di proteggere Alessandra riempiendola di tenerezza e consigli.

Per chi come me ha avuto il privilegio di conoscerla è questo il messaggio che

lascia a tutti noi: oggi c'è dato di vivere pienamente quello che abbiamo con saggezza ed onestà intellettuale.

Il ricordo di Anna Maria ci accompagnerà sempre e resterà per noi, perenne riferimento di vita, spronandoci a continuare i suoi ideali, ben certi che ora lei percorre serena i sentieri dove verità ed amore tanto cercato non svaniscono effimeri al tempo che passa.

Dott.ssa Agata Pisani

giusta direzione. Non è una riforma radicale, ma è una riforma importante”.

Adesso cosa succede? La legge renderà accessibile una copertura assicurativa al 94% (il 95% con l'emendamento) dei cittadini non anziani, espandendo il servizio Medicaid e offrendo dei benefici fiscali senza i quali molte persone troverebbero difficile permettersi un'assicurazione.

La riforma rende di fatto obbligatorio acquistare una copertura sanitaria individuale, altrimenti la pena è una multa di 750 dollari oppure – qualora la cifra fosse maggiore – del 2% dei redditi entro il 2016 (695 dollari e il 2,5%, con l'emendamento approvato). Cambiamenti anche per i datori di lavoro. Il testo del Senato non lo include, ma richiede alle aziende con 50 o più impiegati di contribuire alla spesa se questa è a carico dei contribuenti. L'emendamento prevede per le stesse imprese una tassa annuale di 2mila dollari, ma applicabile solo a partire dal 30esimo impiegato. Obama ha approvato un executive order sull'aborto che di fatto mantiene lo status quo – niente fondi federali se non in casi estremi – nonostante la legge preveda la possibilità di ricorrere alle assicurazioni per le interruzioni di gravidanza, pagandole tuttavia come un servizio a parte rispetto alla normale copertura. Per quanto riguarda poi la copertura finanziaria questa è assicurata dai tagli al programma Medicare e a nuove tasse, comprese quella sulle coperture assicurative che superano i 23mila dollari per una famiglia di quattro persone, nonché le coppie con un reddito superiore ai 250mila dollari l'anno. L'emendamento ritira l'impatto fiscale ma prevede anche una tassa sugli investimenti del 3,5% sempre per le coppie con un reddito superiore ai 250mila dollari l'anno. Il servizio per i cittadini indigenti verrebbe ampliato fino a coprire chiunque guadagni meno del 133% della soglia di povertà a livello federale (circa 29mila dollari l'anno per una famiglia di quattro persone). L'emendamento viene incontro alle esigenze dei governi statali aumentando il contributo federale alla copertura dei costi.

L'oncologia italiana passata in rassegna

È una guerra, quella contro il cancro. E l'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom), per la quarta volta dal 2002 con il suo Libro Bianco, passa in rassegna le armi e le truppe di cui l'oncologia italiana dispone per affrontarla. Un armamentario che è notevolmente migliorato rispetto alle precedenti rilevazioni: più strutture oncologiche, con maggiore disponibilità di strumentazioni terapeutiche e diagnostiche. Un numero più alto di personale dedicato e un'assistenza che si fa sempre più appropriata. Soprattutto, negli anni, si sta lentamente colmando il gap Nord-Sud, anche se quasi la metà delle oncologie italiane si trova ancora nell'Italia settentrionale. Questi, in sintesi i dati del rapporto che censisce le risorse del sistema assistenziale oncologico italiano.

IDATI

Scendendo nel dettaglio si scopre che sono 230 le strutture oncologiche italiane. A far la parte del leone, il Nord con 104 unità. La Lombardia, in particolare, ne conta 45, più del 20 per cento del totale. Il Sud, tuttavia, nell'ultimo decennio ha recuperato buona parte del suo ritardo storico: inaugurando, dopo il 2000, oltre la metà delle 61 strutture. Aumenta il numero di personale strutturato all'interno delle unità di oncologia: i medici sono passati dai 4,1 del 2001 ai 6 attuali, gli infermieri professionali da 8,6 a 13. Gli psicologi da 0,4 a 1,3. Nell'ultimo decennio, inoltre, è migliorata notevolmente la dotazione di strumentazione diagnostica. Dal 2003, le Pet per le diagnosi sono triplicate: erano disponibili allora per il 10% delle strutture, oggi per il 30% dei centri. Raddoppiate le scintigrafie e le risonanze magnetiche passando dal 36 al 61% le prime, e dal 51 al 90% le seconde. Progressi più lenti sono stati rilevati invece nella disponibilità di apparecchi per radioterapia presenti in quasi il 60 per cento delle

TUMORI: CRESCONO LE STRUTTURE, ma non per tutti

Publicata la quarta edizione del Libro bianco Aiom. Molti i miglioramenti, ma cure palliative, hospice e riabilitazione sono ancora lontani dall'essere offerti alla totalità dei cittadini

↳ Antonino Michienzi

unità (rispetto al 46 per cento del 2001). Una ragione di tale ritardo potrebbe essere ricercata nella sentenza emessa nel 2008 dalla Corte costituzionale che accoglieva la questione di legittimità costituzionale sollevata dalla regione Veneto in merito a un articolo della finanziaria del 2007 (legge 27 dicembre 2006) che vincolava 500 milioni di euro “alla riqualificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari”.

ASSISTENZA E CURA

Il Libro bianco ha consentito inoltre di cogliere il cambiamento in atto nel modello di assistenza oncologica: da un lato minori spazi e tempi dedicati al ricovero (i posti letto per struttura sono passati dai 17 del 2001 ai 13 attuali mentre i tempi di ricovero dai 7-8 giorni del 2004 ai 5 del 2009), dall'altro maggiore accesso al Day Hospital (gli accessi sono passati dai 5200 del 2004 ai 5700 del 2009). Aumentano inoltre le strutture che forniscono cure a domicilio: attive oggi in 3 centri su 4 rispetto al 50 per cento del censimento 2005. Ciascuna struttura ha in cura in media 166 pazienti in trattamento domiciliare con forti variazioni tra nord (dove

sono quasi 200), centro (118) e sud (148). Nella maggioranza dei casi il servizio di assistenza a casa dei malati di tumore è svolto dalle Asl (67%), seguite da cooperative o ditte private (23%). Soltanto nel 9,5 per cento dei casi dalla stessa struttura di oncologia medica. Proprio su questo aspetto ha focalizzato la propria attenzione il ministro della Salute Ferruccio Fazio nella prefazione al Libro bianco: “I tumori - ha illustrato Fazio - stanno diventando la vera emergenza sanitaria del Paese, assieme alle malattie cardiovascolari e alle patologie legate all'invecchiamento. Diventa pertanto indispensabile prepararsi ad affrontare tale emergenza cercando anche di intervenire sulle problematiche connesse alla cronicizzazione grazie a un maggior coinvolgimento del territorio”. Il rapporto non ha tuttavia mancato di registrare diversi ritardi nell'offerta di servizi. La disponibilità di strutture di cure palliative, per cominciare, presenti nel 60% delle unità di Oncologia medica italiane, gli hospice di cui dispone meno della metà delle strutture (45%), i servizi di riabilitazione oncologica (presenti nel 42% dei casi). Le strutture per la terapia del dolore sono invece disponibili nella quasi totalità (80%)

delle unità oncologiche. Come era nelle attese, sono in forte crescita i costi per farmaci, passati da poco più di un milione di euro per unità di oncologia nel 2004 agli attuali 2.207.000.

LA RICERCA

Il rapporto fotografa un positivo mutamento di rotta nell'oncologia italiana con un progressivo avvicinamento della pratica clinica alla ricerca. La quasi totalità delle strutture oncologiche italiane (193) infatti partecipa ad almeno uno dei quasi 400 trial di fase III attivi nel nostro Paese. È il presidente dell'Aiom Carmelo Iacono a spiegare le ragioni di un simile avvicinamento: “Il paziente oncologico - ha illustrato Iacono - ha necessità di prestazioni di alto livello assistenziale con la tempestiva traslazione dei risultati della ricerca più attuale nella pratica clinica”. Su questo fronte, ha proseguito “la stretta collaborazione con Aifa ha consentito di attivare il registro dei nuovi farmaci oncologici, strumento, invidiato e copiato da altre nazioni, che ha permesso l'immediata utilizzazione dei nuovi farmaci biologici e la sperimentazione di modelli di rimborsabilità parametrati alla reale efficacia dimostrata nella pratica clinica dalle molecole utilizzate”.

21°

CONGRESSO
NAZIONALE
DELLA
DIRIGENZA
MEDICA
DEL SSN

L'Italia della buona sanità

9-12 GIUGNO 2010
SILVI MARINA (TERAMO)



DIRIGENZA MEDICA

Il mensile
dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
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
Carlo Lusenti
Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato



Editore



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

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

stale - 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 aprile 2010