



**DOPO LA MANOVRA**

**Regioni e Ministro d'accordo:**

# IL TURN OVER VA SBLOCCATO

# BENE. MA ADESSO VOGLIAMO I FATTI!

Gli Stati generali della Sanità a Roma. Successo della mobilitazione unitaria della dipendenza e delle convenzioni pronta a presentare la sua contro manovra

#### **LA MANOVRA È LEGGE**

Tutte le misure su sanità e pubblico impiego alle pagine 4 e 5

#### **BIOTESTAMENTO**

La Camera approva il nuovo Ddl. Le novità. alle pagine 8-9

#### **RAPPORTO SDO 2010**

La fotografia sull'attività ospedaliera a pagina 10-11

#### **GIURISPRUDENZA E PRASSI**

Le ultime sentenze di interesse medico alle pagine 13-15

# A RISCHIO LA SANITÀ

## STATI GENERALI DELLA SANITÀ ROMA 23 LUGLIO

↳ Ester Maragò

“La manovra uccide la sanità”. È un assolo quello delle ventitré sigle sindacali dei medici - Anaa, Cimo, Aaroi Emac, Fp Cgil medici, Fvm, Fassid, Cisl Medici, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Uil Fpl Federazione medici, Sds Snabi, Aupi, Sinafo, Fedir Sanità, Sidirss, Fimmg, Sumai, Snam, Intesa sindacale, Smi, Fimp e Cimop - che si sono ritrovate il 23 luglio al cinema Capranichetta a Roma, per gli Stati generali della sanità. Un fronte compatto di camici bianchi con un solo obiettivo: dare vita a lunga mobilitazione prima che i provvedimenti iniqui dettati dalla manovra entrino in vigore togliendo ossigeno al Ssn. Si apre quindi una stagione di mobilitazione fatta di idee e proposte per rimettere in carreggiata le dissennate politiche sanitarie messe in atto dal Governo. E nell'interesse del Paese. Per il momento l'arma dello sciopero rimane nel cassetto, ha spiegato il segretario nazionale dell'Anaa Assomed che tuttavia non esclude la possibilità di tirarla fuori se l'Esecutivo non cambierà rotta. Sicuramente i medici hanno già trovato due alleati preziosi per portare avanti questa battaglia: il ministro della salute Ferruccio Fazio e il presidente delle Regioni Vasco Errani. Il primo, intervenuto agli Stati

Si apre per i camici bianchi una lunga mobilitazione contro i provvedimenti messi in atto dalla manovra economica. Perché come ha ricordato Costantino Troise, segretario dell'Anaa Assomed, ai medici delle ventitré sigle sindacali riunite a Roma per gli Stati generali della sanità: “Nessuno può più rintanarsi nella propria trincea. Dobbiamo avere uno scatto di orgoglio e gestire nuove forme di lotta per riportare la sanità all'attenzione dei cittadini. Per rientrare a pieno titolo nei processi decisionali”

generali, ha calato ben quattro assi che hanno catturato il consenso della platea dei camici bianchi: rivedere il blocco del turn over; correggere e varare il Ddl sul governo clinico, prevedere contratti a termine per gli specializzandi e sbloccare gli investimenti (vedi Box). Mentre le Regioni, da sempre in prima linea nel condannare la manovra, apriranno con i sindacati tavoli tecnici per trovare soluzioni condivise alle diverse problematiche scaturite dalle manovre economiche e dalle normative sul pubblico impiego che hanno investito anche la sanità. È stato un intervento forte, quello di Costantino Troise, al Capranichetta. Tirando le somme della giornata che ha visto alternarsi gli interventi dei rappresentanti delle sigle, dei politici ed anche dei cittadini, ha ricordato che i dirigenti del Ssn sono l'unica categoria che grazie a un vero e proprio esproprio ha assolto al debito procapite pubblico: “Le misure attuate ci sono costate 30mila euro l'anno. Nessun'altra categoria può affermare di aver pagato in questa misura. Ogni finanziaria ha pescato nel pubblico impie-

go, ma ora questa situazione non è più accettabile, soprattutto verso coloro che hanno il dovere di difendere un diritto costituzionale come è quello della salute. Ci stanno sottraendo non solo il futuro, ma anche il passato”. Gli ospedali, ha ricordato Troise, sono diventati simulacri vuoti, e il blocco del turn over è solo l'ultimo cappio. La sanità viene defianziata. Non solo, nei risparmi futuri che la manovra ha previsto ci sono gli stipendi dei medici. “Ci stiamo avviando su un binario morto - ha aggiunto -, per uscire da questo impasse dobbiamo costruire momenti unitari. Non so se abbiamo la possibilità di vincere il secondo tempo della partita. Ma sono convinto che per cercare di riportarci all'interno del processo decisionale dobbiamo riportare la sanità e i professionisti che lavorano nel Ssn all'attenzione dei cittadini. Nessuno può più rintanarsi nella propria trincea. E nessuno si illuda che stringendo rapporti con la politica riusciremo a raggiungere i nostri obiettivi. Dobbiamo avere lo scatto di orgoglio di gestire nuove forme di lotta”. È da qui che si parte.

### INTERVISTA A COSTANTINO TROISE

**“Lo sciopero non è all'ordine del giorno, ma non possiamo escluderlo”**

“Una grande mobilitazione unitaria che deve far riflettere il Governo. A settembre sarà pronta la nostra controproposta a questa manovra”. È questo il commento a caldo del segretario nazionale dell'Anaa Assomed Costantino Troise al termine della manifestazione che ha visto insieme tutti i sindacati della dirigenza del Ssn e della medicina convenzionata

**Dottor Troise, tiriamo un bilancio di questi Stati generali della Sanità?**

Manteniamo la nostra posizione di disaccordo contro i tagli della manovra che continua a colpire il lavoro dipendente e quindi anche di chi opera all'interno del Ssn. Temiamo e denunciemo uno svuotamento del sistema pubblico, impoverito di risorse economiche e professionali, lasciato alla deriva. Il Governo arretra il perimetro del finanziamento pubblico affidandosi ai ticket per la spesa privata.

**Continua, quindi, lo stato di agitazione. Comprenderà anche uno sciopero?**

Sicuramente inizieremo una mobilitazione lunga con l'obiettivo di riportare la sanità al centro dell'attenzione nazionale. Non è al momento in programma alcuno sciopero, ma non è neanche escluso. Come detto, sarà una mobilitazione lunga e lunghi sono anche i tempi della politica, per cui le decisioni verranno prese nel corso del tempo. Quello che è certo è che diciamo basta a tassare il

# LA PUBBLICA

## Il documento finale degli Stati generali "Una manovra iniqua da cambiare"

La Manovra economica 2011 continua a colpire duramente i medici e i dirigenti del Ssn che vedono bloccati i loro contratti di lavoro per 5 anni e che subiscono tutti i tagli senza sconti.

Eppure, non sono certamente una corporazione privilegiata:

- come lavoratori dipendenti sopportano da anni il carico fiscale e contributivo sempre più oneroso, subendo pesanti penalizzazioni economiche;

- come professionisti vedono costantemente peggiorare

le loro condizioni di lavoro per la carenza di risorse umane e materiali, il sottofinanziamento del Servizio, il blocco del turnover, con un progressivo deterioramento delle condizioni di sicurezza per operatori e cittadini;

- come cittadini assistono attoniti allo svuotamento del Ssn di un governo capace di colpire sempre gli stessi soggetti.

Il Servizio sanitario nazionale è il meno finanziato d'Europa e le retribuzioni dei dipendenti sono anch'esse tra le più basse in termini assoluti. Pesa sul sistema paese

un'evasione fiscale e contributiva che supera lo stesso deficit in assenza di un forte contrasto, il proliferare di un'economia sommersa che non contribuisce al benessere collettivo arricchendo una fascia ristretta di soggetti, la persistenza di aree di privilegi e di esenzioni. I Medici e i dirigenti del Ssn sono certamente le categorie chiamate a pagare il prezzo più alto al risanamento dei conti pubblici. Anzi, con l'esproprio di 30mila euro attuato dalle manovre 2010-2011 pagano la propria quota pro capite di debito pubblico. Chi può dire altrettanto? Per contrastare la manovra economica non basta la protesta di un giorno, ma una mobilitazione permanente che consenta di affrontare le scadenze applicative di questa finanziaria articolando delle iniziative che costringano il governo a cambiare rotta nell'interesse del Paese.

Basta con i tagli ai servizi, basta tasse sul lavoro dipendente, basta con la sospensione delle prerogative sindacali, basta con la marginalizzazione del lavoro sanitario esposto ai colpi di una burocrazia sempre più pesante, basta con le caste e le politiche che le sostengono. Chiediamo un cambiamento forte che faccia della sanità una questione nazionale ricollocando le categorie professionali che in esse operano all'interno dei processi decisionali con il rispetto che merita il loro lavoro. A tale scopo le organizzazioni sindacali daranno vita ad una puntuale informazione nei luoghi di lavoro ponendosi come punto di riferimento di proteste e proposte per modificare i regolamenti attuativi della manovra attraverso forme di mobilitazione che nei prossimi mesi porteranno la sanità tutta nelle piazze italiane fino a fermarla.

Difenderemo il diritto alla salute difendendo noi stessi.

nostro lavoro e basta a tassare la sanità. E basta ad appesantire il lavoro dei medici con la burocrazia inutile. Vogliamo lavorare per la salute dei cittadini.

**Chiederete al ministro l'apertura di tavoli di confronto su alcuni temi prioritari?**

In autunno presenteremo alla politica la nostra agenda, cercando interlocutori. Abbiamo già nella nostra agenda un elenco di argomenti già condivisi. Cercheremo di portarli avanti e di aggiungerne altri. Essenziale sarà costruire luoghi di lavoro con i cittadini e per i cittadini. Costruire un senso comune, che è fondamentale per il Ssn.

**Che significato aveva la presenza, agli Stati generali della Sanità, del Tribunale per i diritti del malato?**

Ha un significato molto importante. Pensiamo che occorra recuperare un rapporto, quello tra medici e cittadini, che va peggiorando. E non per colpa dei cittadini o per colpa dei medici, ma per un sistema inefficiente, che si nasconde dietro la faccia dei medici. I medici hanno un importante ruolo sociale che deve essere recuperato e per farlo dobbiamo lavorare anche con i cittadini.

**Che umore ha percepito tra i sindacati? C'è unità di intenti?**

Direi proprio di sì. Stamani non mancava nessuno, c'erano dipendenti,

convenzionati, dirigenti sanitari e amministrativi, pediatri, biologi, fisici, chimici, rappresentanti dell'ospitalità privata e dei cittadini. Credo che questo sia segno evidente della volontà di andare avanti insieme. Il nostro impegno sarà per tenere salda questa unità e condurla a risultati tangibili. Con i sindacati ci sono già incontri previsti in agenda? Quello di oggi è stato un punto di partenza. In autunno si deciderà come proseguire questo percorso che, ripeto, è stato appena avviato (L.C.).

L'intervento del ministro della Salute

## Fazio: "Le mie quattro promesse ai medici"

■ Rivedere il blocco del turnover. Varare il governo clinico. Contratti a termine per gli specializzandi. Sblocco degli investimenti in sanità. Con questi quattro impegni il ministro della Salute Fazio ha catturato il consenso della platea presente alla sala del Capranichetta dove si sono tenuti gli Stati generali della sanità. Del resto il suo intervento era iniziato subito con la confessione della difficoltà di trovarsi in conflitto tra il suo essere medico e ministro. "Mi trovo qui con due anime quella di medico e quella temporanea di ministro, che in questo momento si trovano



a conflagrare. Però sono abituato a prendere le responsabilità e essere membro del governo significa condividere le decisioni", ha detto, passando poi a spiegare la manovra. "Sui ticket, che siamo stati costretti a reintrodurre nella seconda stesura della manovra, abbiamo discusso ieri con le regioni aprendo un tavolo che avrà il compito di rimodularli per far sì che non siano strumenti per fare cassa ma piuttosto per ridurre l'inappropriatezza, anche in relazione ai ricoveri ospedalieri". E poi le sue quattro promesse. Fazio ha ammesso che il blocco del turnover

è dannoso anche se la Regione è sotto piano di rientro. "Per questo nelle Regioni con i conti in ordine - ha detto - c'è una deroga del 10 per cento che però ritengo non sia sufficiente e credo che si debbano usare i tavoli di monitoraggio, come sede di decisione sull'entità del turnover".

**Ddl governo clinico.** "Ha diversi elementi positivi: togliere politica nomine primari, dando spazio a meritocrazia; cogestione dei medici nei Collegi di direzione - ha sottolineato - le regioni purtroppo hanno espresso parere contrario, di fatto, non contentandosi della norma di cedevolezza introdotta". Il ministro si è poi pronunciato sugli specializzandi: "Con il ministro Gelmini stiamo lavorando per prevedere scuole di specializzazione con contratti a termine da parte delle Regioni agli specializzandi, almeno negli ultimi due anni. Questo libererebbe risorse e consentirebbe di accrescere il numero di specializzandi. Stiamo lavorando col Miur anche a una maggiore integrazione tra Ssn e università nella formazione degli specializzandi".

Infine il tema investimenti. "Sono contrario al blocco degli investimenti in sanità (ex art. 20) e tenterò di convincere l'Economia, perché questo blocco è dannoso e impedisce lo sviluppo".

Incontro Sindacati Regioni

## Errani: "Sì al confronto. Subito un tavolo con i sindacati"

■ Aprire un tavolo tecnico di confronto sui principali temi che riguardano la sanità, dalle conseguenze della manovra ai problemi contrattuali che investono i professionisti del Ssn. È quanto hanno chiesto i sindacati alle Regioni nel corso dell'incontro promosso subito dopo la conclusione degli Stati generali, presso la sede della Conferenza dei presidenti.



Un faccia a faccia proficuo. La richiesta è stata, infatti, accolta dal presidente delle Regioni, Vasco Errani. "Abbiamo la necessità - ha spiegato Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed al presidente Errani - di creare un clima di serenità e di non peggiorare le nostre condizioni lavorative. Vogliamo inoltre che alcune punti della manovra non diventino oggetto di interpretazioni peggiorative da parte delle Regioni, a partire dall'indennità di esclusività fino alla composizione e alla consistenza dei fondi contrattuali e alle disposizioni previste dalla

legge Brunetta". Parole che sono state accolte dai Governatori: "A partire dalla condivisione del netto disaccordo con i contenuti della manovra economica varata dal Governo - ha detto Troise - è stato concordato un percorso per esplorare spazi interpretativi e modalità applicative che consentano di allentare la morsa sulle categorie professionali del Servizio sanitario nazionale a salvaguardia del diritto alla salute dei cittadini. Professionisti e Regioni hanno condiviso non solo la lettura delle difficoltà attuali, ma anche gli elementi valoriali e di diritti che possono rappresentare il presupposto per un loro superamento". Non solo, la Regione ribadendo che la gestione della sanità è di loro competenza, si sono dette disponibili anche a stilare linee guida per offrire un'interpretazione omogenea delle normative nazionali, ribadendo che il D.lgs 150, non preclude la contrattazione integrativa e preannunciando una possibile intesa con il Governo per la ridefinizione dei comparti di contrattazione. L'Anaa Assomed auspica ora che i fatti che seguiranno producano risultati utili per i medici e dirigenti sanitari, per la efficienza organizzativa delle Regioni e per la salute dei cittadini".

# ECCO LE MISURE SU SANITÀ E PUBBLICO IMPIEGO

■ È diventata legge in tempi record la manovra economica. Approdata al Senato l'11 luglio, e approvata a strettissimo giro dall'Aula di Palazzo Madama con voto di fiducia, è stata inviata subito alla Camera che, sempre con voto di fiducia, ha dato il via libera definitivo dopo quattro giorni. Per la sanità la principale novità riguarda l'immediata introduzione, già dal 16 luglio, con l'entrata in vigore della manovra, del ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, inserito nel 2007, ma mai applicato es-

sendone stata fino ad ora garantita la copertura degli oneri da parte dello Stato. Con la manovra vengono infatti coperti gli oneri solo per 105 milioni di euro, anziché 486,5 come previsto dal decreto originale e che sarebbero stati utili a coprire il fabbisogno fino a tutto dicembre 2011. Con i 105 milioni stanziati sarà invece coperta la mancata applicazione dei ticket solo per il periodo dal 1 giugno all'entrata in vigore del provvedimento. Vediamo quali sono le principali misure che investono la sanità e il pubblico impiego.

denza percentuale al 12,5% della spesa complessiva, anziché al 13,3% dell'attuale tetto (il cui sfioramento è oggi a carico delle aziende farmaceutiche), tenendo conto dei risparmi ottenibili dall'applicazione delle misure previste dalla manovra del luglio 2010 che stabilivano la determinazione di "tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole Regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente.

## ■ TETTO DI SPESA PER I DISPOSITIVI MEDICI E LE PROTESI (ART. 17, COMMA 1, LETTERA C)

In attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni, sarà inserito, a decorrere dal 1 gennaio 2013, anche

# LA MANOVRA

## ■ FINANZIAMENTO DEL SSN (ART. 17, COMMA 1)

Il livello di finanziamento del Ssn a cui concorre lo Stato viene incrementato dello 0,5% nel 2013 e dell'1,4% nel 2014, fissando così a priori il tetto massimo al quale potrà arrivare il finanziamento nei primi due anni di applicazione dei costi standard sanitari che, lo ricordiamo, scatteranno proprio a partire dal 2013.

## ■ SUDDIVISIONE DEI RISPARMI (ART. 17, COMMA 2)

Nello specifico, qualora non si dovesse raggiungere un'intesa tra Stato e Regioni la manovra specifica le quote percentuali e le aree di risparmio. Per il 2013, il 30% dei risparmi si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 40% dagli interventi sulla spesa farmaceutica, un altro 30% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici. Per il 2014, invece la parte del leone è affidata ai nuovi ticket che dovranno da soli garantire il 40% dei risparmi. Per il resto il 22% si dovrà ottenere dai prezzi di riferimento per i beni e servizi, il 20% dagli interventi sulla spesa della farmaceutica territoriale, il 15% dal nuovo tetto di spesa sui dispositivi medici e il restante 3% ad altre misure sul personale.

## ■ COSTI STANDARDIZZATI PER I BENI E SERVIZI (ART. 17, COMMA 1, LETTERA A)

Nelle more del perfezionamento dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura, saranno fissati prezzi di riferimento per tutti i beni e i servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenas tra quelli di maggiore impatto economico. In tal modo sarà rivoluzionato l'attuale sistema di gare d'acquisto per i dispositivi medici, i farmaci ospedalieri e gli altri beni e servizi individuati, prevedendo ap-



punto delle soglie di riferimento per il prezzo massimo d'acquisto da inserire nei bandi regionali e aziendali. La finalità è infatti quella di mettere a disposizione delle Regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa.

## ■ CONTENIMENTO SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE (ART. 17, COMMA 1, LETTERA B)

Entro il 30 giugno 2012 dovrà essere emanato un regolamento, su proposta del Ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze, che definisca le procedure per porre a carico delle aziende farmaceutiche l'eventuale sfioramento del tetto di spesa nella misura massima del 35% (oggi lo sfioramento della farmaceutica ospedaliera è totalmente a carico delle Regioni). Qualora entro questa data il regolamento non sia emanato, l'Aifa dovrà provvedere a riesaminare l'attuale tetto sulla spesa farmaceutica territoriale rideterminandone l'inci-

un tetto di spesa massima pari al 5,2% della spesa complessiva per l'acquisto dei dispositivi medici e per le protesi sanitarie a carico del Ssn. Il tetto opererà sia a livello nazionale che a livello di ogni singola regione.

L'eventuale sfioramento sarà a carico delle Regioni, salvo nei casi in cui lo sfioramento non pregiudichi l'equilibrio economico complessivo della Regione.

## ■ NUOVI TICKET DAL 2014, MA IL TICKET DI 10 EURO SULLA SPECIALISTICA SCATTA SUBITO (ART. 17, COMMA 1, LETTERA D E COMMA 6)

A partire dal 2014 è prevista l'introduzione di nuovi ticket sia sulla farmaceutica che sulle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Questi nuovi ticket saranno aggiuntivi a quelli già esistenti a livello nazionale con la franchigia di 36,15 euro sulle prestazioni specialistiche e di 25 euro per codici bianchi in Pronto Soccorso e a quelli sui farmaci, già ap-

plicati in molte Regioni italiane (vedi nostro dossier). Le Regioni potranno in ogni caso adottare provvedimenti di riduzione delle misure di compartecipazione alla spesa purché siano assicurate misure alternative che rispettino l'equilibrio economico finanziario. Ma già da lunedì prossimo, con l'entrata in vigore della manovra, tornerà operativo il ticket di 10 euro sulle ricette per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, inserito nel 2007, ma mai applicato essendone stata fino ad ora garantita la copertura degli oneri da parte dello Stato. Con la manovra vengono infatti coperti gli oneri solo per 105 milioni di euro, anziché 486,5 come previsto dal decreto originale che sarebbero stati utili a coprire il fabbisogno fino a tutto dicembre 2011. Con i 105 stanziati sarà invece coperta la mancata applicazione dei ticket solo per il periodo dal 1 giugno all'entrata in vigore del provvedimento.

#### ■ PIANI DI RIENTRO (ART. 17, COMMA 4)

Diventano sempre più stringenti, anche in termini

#### ■ ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTÀ (INMP) (ART. 17, COMMA 7, 8 E 9)

Prorogata fino al dicembre 2013 la sperimentazione gestionale dell'Ente con un finanziamento di 5 milioni annui. Entro giugno 2013 il Ministero della Salute verificherà i risultati raggiunti e in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi si provvederà alla liquidazione del Inmp.

#### ■ RIORGANIZZAZIONE AIFA (ART. 17, COMMA 10)

Entro tre mesi dalla conversione in legge della manovra dovrà essere emanato un decreto per la riorganizzazione dell'Aifa sulla base dei seguenti criteri: affidamento al Cda delle modifiche sull'assetto organizzativo dell'Agenzia; riorganizzazione della Commissione tecnico-scientifica e del Comitato prezzi e rimborsi, ciascuna delle quali dovrà avere 10 componenti (3 Min. Salute, 1 Min. Economia,

- vi di cui abbiamo parlato);
- la proroga del blocco dei trattamenti economici anche accessori sempre fino al 2014;
- la fissazione delle modalità di calcolo relative all'erogazione dell'indennità di vacanza contrattuale per gli anni 2015/2017;
- la semplificazione delle procedure di mobilità.

La manovra prevede anche la proroga per il 2013 e 2014 delle disposizioni contenute nella finanziaria 2010 (legge 191 del 2009) che prevedevano che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superassero nel triennio 2010/2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell' 1,4%. La diminuzione, ora confermata anche per il 2013/2014, si applica anche al personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o convenzionato. Sono anche escluse le spese di personale totalmente a carico di finanziamenti comu-

# RA È LEGGE

di valore giuridico, con nuove norme che sembrano dettate dal caso del Tar Abruzzo che ha annullato parte dei provvedimenti del commissario ad acta (il presidente Gianni Chiodi) perché in contrasto con norme regionali precedenti mai abrogate. Con la manovra si prevede infatti che il commissario ad acta in caso rinvenga ostacoli per il Piano di rientro derivanti da provvedimenti legislativi regionali precedenti, li trasmetta al Consiglio regionale che entro i successivi 60 giorni (altrimenti interverrà il Governo nazionale) dovrà apportare le necessarie modifiche o abrogare i provvedimenti per rimuovere gli ostacoli ravvisati.

E a proposito di Abruzzo, la manovra, nelle more dell'entrata in vigore di questa misura, dà esecuzione al Piano di rientro di Chiodi superando così lo stop del Tar.

Per le Regioni sotto Piano di rientro, infine, vengono ulteriormente definite le modalità di salvaguardia dalle procedure esecutive fino al 31 dicembre 2011 in caso di debiti con fornitori esterni, già previste dalla legge di stabilità 2011 (legge 220 del 2010). Parziale deroga al blocco del turnover per le Regioni sottoposte ai Piani di rientro che potranno essere autorizzate nei Tavoli tecnici ad assegnare incarichi per dirigenti di struttura complessa per garantire il mantenimento dei Lea.

#### ■ ACCERTAMENTI MEDICO LEGALI PER ASSENZA DA MALATTIE (ART. 17, COMMA 5)

La manovra conferma la destinazione di 70 milioni annui per il 2011 e 2012 per le visite di controllo ai lavoratori assenti per malattia da parte delle Asl. Dal 2013, tale somma entrerà a regime e sarà quindi decurtata dalla somma complessiva dei finanziamenti per il Ssn.

4 Conf. Stato-Regioni oltre al Dg Aifa e al presidente dell'Iss) la cui indennità dovrà essere in linea con quelle corrisposte in analoghe Authority europee; indicazione dei servizi e relativi compensi che l'Agenzia potrà fornire a terzi; introduzione di un diritto annuale per ciascuna azienda farmaceutica che copra i costi della banca dati e delle procedure, con una riduzione per le Pmi.

#### ■ NORME SUL PERSONALE DEL SSN (ART. 16 SUL PUBBLICO IMPIEGO)

Permane l'incertezza interpretativa sull'applicazione anche alle Regioni non sottoposte al piano di rientro della proroga fino a tutto il 2014 del blocco del turn over, previsto per le amministrazioni pubbliche. Secondo i sindacati di categoria, infatti, la norma così come scritta lascia forti dubbi interpretativi. Secondo il ministro della Salute, invece, la manovra non prevede alcun blocco del turn over per il Ssn, tranne che per le Regioni sottoposte a piano di rientro, per le quali è stata tra l'altro prevista una deroga per assegnare incarichi per dirigenti di struttura complessa per garantire il mantenimento dei Lea (vedi art. 17, comma 4, lettera f). A parte questo dubbio, la manovra prevede che le norme riguardanti il pubblico impiego con riferimento al personale dipendente del Ssn dipendente si applichino anche al personale convenzionato. Obiettivo delle misure sul personale pubblico, per tutto il settore della pubblica amministrazione, è quello di un'ulteriore riduzione della spesa di 30 milioni per il 2013, di 740 per il 2014, di 340 per il 2015 e di 370 a decorrere dal 2016.

Le misure previste che, il decreto specifica, saranno disposte con successivi regolamenti concernono:

- la proroga a tutto il 2014 del blocco del turn over (e qui per la sanità valgono i dubbi interpretativi-

nitari o privati, nonché le spese relative alle assunzioni a tempo determinato e ai contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel campo della ricerca.

La manovra conferma anche la norma, sempre contenuta nella finanziaria 2010, che prevede la messa a punto da parte delle Regioni di un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato e determinato, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale e al ridimensionamento dei fondi per la contrattazione integrativa.

#### ■ LIBERALIZZAZIONE DEI SERVIZI: LE PROFESSIONI SANITARIE NON SARANNO TOCCATE (ART. 29, COMMA 2)

Viene istituita presso il ministero di Giustizia un'Alta commissione per formulare proposte in materia di liberalizzazione dei servizi. Ne faranno parte esperti della Commissione UE, dell'Ocse e del Fondo monetario internazionale oltre che esperti nominati dal ministro della Giustizia, dell'Economia, dello Sviluppo economico e del Lavoro e Politiche Sociali. I lavori della commissione dovranno concludersi entro 180 giorni dall'entrata in vigore del decreto. Da sottolineare che in una nota del ministero dell'Economia in riferimento a questa Alta commissione si parla anche di liberalizzazione delle professioni.

Ma la novità sta anche in un emendamento che ha previsto che tutte le professioni per il cui accesso è necessario l'esame di Stato (e quindi tutte quelle sanitarie) saranno escluse dai provvedimenti di liberalizzazione dei servizi e delle attività economiche che invece saranno oggetto di specifiche proposte alle categorie interessate da parte del Governo.

Manovra

# LE REGIONI ALLA PROVA DEL TICKET

La manovra ha garantito solo 105 milioni per la copertura del ticket di 10 euro sulla specialistica. Basteranno solo fino all'entrata in vigore del provvedimento. E poi? Il "buco" nei bilanci regionali è calcolato in 381,5 milioni e le Regioni sono di fronte al dilemma, tutto politico: introdurre la nuova tassa o trovare risorse alternative?

↳ a cura di Luciano Fassari  
e Giovanni Rodriguez

Innanzitutto è bene precisare che per quanto riguarda i ticket non possiamo proprio etichettarli come vere e proprie "novità". Partiamo da quello sui codici bianchi al Pronto Soccorso. A parte la Basilicata viene applicato già in tutte le Regioni, con l'esclusione di alcune specifiche categorie che ne risultano esentate. Soprattutto viene fatto a pagare a chi entra in Ps con codice bianco a cui non fa seguito il ricovero. Quindi, in questo caso, di novità si può parlare solo se ci riferisce alla regione lucana, che dovrà decidere nelle prossime ore cosa fare, se continuare a coprire il ticket con risorse proprie o introdurlo "sic et simpliciter". Esattamente la medesima riflessione che dovranno fare tutte le Regioni sul ticket di 10 euro in quota fissa su tutte le ricette per la specialistica che andrebbe ad aggiungersi alla franchigia di 36,15 euro da sempre in vigore su queste prestazioni. Il ticket, infatti, per legge c'è già dal 2007, e fu introdotto dal Governo Prodi. In questi anni, però, è stato sempre coperto da risorse dello Stato. Ora, invece, Tremonti ha acceso il

semaforo rosso sulle coperture e così le Regioni dovranno decidere cosa fare: coprire, introdurre o magari trovare una soluzione "all'italiana" del tipo mini-ticket? Alcune Regioni hanno già manifestato i propri intenti, altre decideranno prima delle ferie estive, ma nonostante le incertezze è possibile ricavare quanto costerà ad ogni Regione questa mancata copertura. Nell'accordo sull'ultimo riparto del Fsn tra Stato e Regioni, gli enti locali avevano precisato che, come definito dal Patto per la Salute, lo Stato avrebbe dovuto met-

tere sul piatto 486,5 milioni di euro per la copertura dal 1° giugno alla fine dell'anno del ticket per la specialistica da 10 euro e avevano già comunicato le percentuali di riparto di questi fondi. Il Governo in un primo momento, con il decreto legge varato due settimane fa, aveva mantenuto gli impegni inserendo in manovra lo stanziamento integrale di 486,5 milioni. Poi, nel maxiemendamento approvato ieri dal Senato e oggi al voto della Camera, il fondo si è ridotto a 105 milioni, bastanti per la copertura fino all'entrata in vigore del

provvedimento. Vale a dire da qui a qualche giorno. All'appello, quindi, mancano 381,5 milioni di euro che sarà compito di ogni singola regione decidere come trovare a meno che non si voglia subito introdurre il ticket. E così, sulla base della ripartizione formulata dalla Regione, qualora la copertura fosse stata decisa per tutto l'anno, abbiamo calcolato per ogni Regione quanto costerà in termini di risorse questa mancata copertura nel caso si decidesse di non introdurre il ticket. La sensazione è che quelle più ricche e con i conti a

posto forse riusciranno a non introdurre il ticket, mentre per le Regioni in deficit o vincolate da Piano di rientro sarà veramente difficile non adottare questa "nuova" misura di compartecipazione.

## LE POSIZIONI DELLE REGIONI

Di certo il "nuovo" super ticket di 10 euro imposto dal Governo non piace a nessuno. Ma non tutte le Regioni hanno le risorse necessarie per evitarlo, coprendo la spesa con soluzioni alternative. E così, sono già pronte ad applicarlo 10 regioni italiane: Basilicata, Lombardia, Liguria, Abruzzo, Puglia, Lazio, Campania, Sicilia e Calabria. Anche se, tra loro, c'è chi si riserva di toglierlo in futuro, una volta verificata la possibilità di coprire i mancati introiti (ad esempio la Lombardia e Sicilia) e chi, come la Calabria, il Lazio, l'Abruzzo e la Campania, sta cercando di capire meglio il da farsi, dal momento che in queste Regioni, sottoposte ai Piani di Rientro, tutti i ticket erano già stati introdotti.

Un deciso "no" al nuovo ticket arriva invece dal Veneto, dall'Emilia Romagna, dalla Toscana, dall'Umbria, dalla Valle D'Aosta, dal Molise e dalla Sardegna, che tuttavia dovranno intervenire con soluzioni alternative per trovare le risorse necessarie a coprire la spesa. Nelle restanti Regioni, Piemonte, P.A. di Trento e P.A. di Bolzano, la decisione non è ancora stata presa e si sta cercando di capire se ci siano o meno le risorse per evitare questa nuova spesa a carico dei cittadini.

Ecco, Regione per Regione, i risultati della ricognizione effettuata per *Dirigenza Medica* tra gli assessorati regionali alla Sanità prima dell'inizio dell'estate.

## LE REGIONI CHE APPLICHERANNO IL TICKET

**BASILICATA.** La Regione applicherà il ticket di 10 euro sulla specialistica e sui codici bianchi.

**CALABRIA.** I ticket sono stati introdotti per questioni di bilancio già dal 2009. Al momento anche qui la situazione è "congelata" in attesa di essere ridefinita.

**CAMPANIA.** Qui i ticket sulle visite specialiste e sui codici bianchi al Pronto Soccorso sono già in vigore da tempo. Non dovrebbero dunque esserci ulteriori aggravii per i cittadini a seguito della Manovra economica. È comunque in corso un istruttoria per definire la questione.

**FRIULI VENEZIA GIULIA.** Il ticket sulla specialistica previsto dalla manovra finanziaria è già realtà in Fvg, perché "in questo momento, dal punto di vista giuridico era inevitabile applicare quanto previsto per legge". Ma il presidente della Regione, Renzo Tondo, è deciso a cancellarlo. E per farlo ha annunciato che la Giunta è pronta a ricorrere alla Corte Costituzionale. "Non accettiamo che il Governo nazionale decida sulla nostra sanità, settore del quale siamo responsabili direttamente e che gestiamo con risorse del bilancio regionale", ha affermato Tondo spiegando che, nel frattempo, la Giunta lavorerà sull'ipotesi di "una diversa graduazione dei ticket, da applicare in modo da promuovere il ricorso appropriato agli interventi d'urgenza, contenendo in questo modo la spesa dei servizi di pronto soccorso".

**LAZIO.** Nella Regione servirebbero circa 35 milioni di euro per evitare l'introduzione dei ticket da 10 euro per le prestazioni specialistiche. La governatrice, Renata Polverini, ha dichiarato che si stanno studiando anche delle soluzioni come quella di alzare la fascia degli esenti, per far pesare al più basso numero possibili di persone l'entrata in vigore della nuova normativa.

**LIGURIA.** Anche qui, per questioni di bilancio, le direttive sull'introduzione del ticket da 10 euro sulle prestazioni specialistiche verranno applicate. "Non abbiamo più soldi per la sanità, perché l'anno scorso siamo stati l'unica regione nella storia che è andata indietro per quanto ri-

Regioni	Copertura prevista Patto salute	Percentuale di riparto	Copertura manovra in mln	Residuo da coprire in mln
Piemonte	36.635.459	7,5	7,90	28,70
Valle d'Aosta	1.037.658	0,2	0,20	0,80
Lombardia	79.313.230	16,3	17,10	62,20
Pa Bolzano	3.956.215	0,8	0,85	3,10
Pa Trento	4.197.917	0,9	0,90	3,30
Veneto	39.542.560	8,1	8,50	31,00
Fvg	10.215.436	2,1	2,20	8,00
Liguria	13.745.694	2,8	3,00	10,80
Emilia Romagna	36.191.016	7,4	7,80	28,30
Toscana	30.868.497	6,3	6,70	24,20
Umbria	7.434.826	1,5	1,60	5,80
Marche	12.799.969	2,6	2,80	10,00
Lazio	45.696.827	9,4	0,90	35,80
Abruzzo	10.882.578	2,2	22,30	8,50
Molise	2.614.810	0,5	0,60	2,00
Campania	45.131.858	9,3	9,70	35,40
Puglia	32.126.041	6,6	6,90	25,20
Basilicata	4.884.338	1	1,00	3,80
Calabria	15.959.692	3,3	3,40	12,50
Sicilia	39.873.344	8,2	8,60	31,30
Sardegna	13.392.034	2,8	2,90	10,50
<b>Totale</b>	<b>486.500.000</b>	<b>100</b>	<b>105,00</b>	<b>381,50</b>

Elaborazione su Tabella Riparto Fsn 2011

guarda il riparto del fondo sanitario nazionale e quest'anno siamo stati nuovamente penalizzati", ha affermato l'assessore alla Sanità, Claudio Montaldo, secondo il quale "l'operazione dei ticket sulla diagnostica è un'operazione sbagliata che va nella direzione di un progressivo defianziamento del Ssn" e "il risultato è che avremo meno risorse perché i cittadini si rivolgeranno molto di più al privato".

**LOMBARDIA.** Entrerà in vigore dal 1° agosto una rimodulazione del ticket. Non più 10 euro fissi per ogni tipo di prestazione, ma una cifra variabile tra 0 e 30 euro proporzionata al valore della prestazione stessa. Per le ricette fino a 5 euro non ci sarà alcun aggravio di spesa, mentre per le ricette di valore superiore, l'aumento del costo sarà pari al 30% del valore più basso della fascia di appartenenza della prestazione stessa.

**PUGLIA.** Il governatore, Nichi Vendola, riguardo l'introduzione dei "pesantissimi" ticket sulle prestazioni specialistiche, ha parlato dell'inizio di un percorso "fatto di tagli, di tasse, di drastico impoverimento dell'Italia che lavora e dell'Italia più disagiata". Verrà quindi introdotto questo balzello "dal carattere profondamente iniquo" che rischia di "colpire in modo irreparabile l'Italia dei ceti medio bassi".

**SICILIA.** Il ticket sarà al momento applicato anche in Sicilia, in forza di una legge nazionale, ma l'assessore alla Sanità, Massimo Russo, ha spiegato che "il governo regiona-

le sta valutando tutti gli aspetti procedurali e finanziari per verificare la possibilità di eliminare, o comunque ridurre sensibilmente, il ticket e reperire in altro modo le risorse necessarie".

### LE REGIONI CHE HANNO DECISO DI NON INTRODURLI CERCANDO STRADE ALTERNATIVE

**ABRUZZO.** Il governatore e Commissario ad acta per la sanità, Gianni Chiodi, ha deciso di sospendere per 15 giorni l'applicazione della quota fissa di 10 euro a ricetta, introdotta per la specialistica ambulatoriale dalla Legge Finanziaria. La decisione è stata maturata dopo un'attenta valutazione dei riflessi negativi che tale aumento porterebbe alle famiglie abruzzesi. "Considero il ticket richiesto dal Governo eccessivo e penalizzante - ha commentato Chiodi - soprattutto per i gruppi sociali più deboli. Per questo ho deciso di congelarne, per il momento, l'applicazione in attesa di un confronto con il Governo con cui valutare la possibilità di soluzioni alternative facendo forza proprio sui risultati raggiunti dall'Abruzzo, in termini di risanamento del debito e di equilibrio del bilancio".

**MOLISE.** Niente ticket in Molise. Almeno per il momento. Per "evitare ai molisani ulteriori aggravii di spese", il governatore, Michele Iorio, ha annunciato di aver avviato le procedure per consentire l'eliminazione di questa quota aggiuntiva. "Tali procedure - ha però precisato Iorio - dovranno,

ovviamente, essere accettate dai Ministeri competenti".

**SARDEGNA.** L'assessore alla Sanità, Antonello Liori, ha dichiarato la sua volontà di non introdurre i ticket sulle prestazioni specialistiche. Si è aperto un confronto con l'assessorato al bilancio per individuare soluzioni alternative che permettano la copertura del mancato finanziamento da parte del Governo.

**TOSCANA.** Come annunciato dal governatore, Enrico Rossi, la Regione bloccherà l'introduzione del ticket da 10 euro per le prestazioni specialistiche. E, come annunciato dalla Regione, si studieranno forme di "compartecipazione graduata ad esempio in base all'età e alle patologie", per sostenere le conseguenze dei tagli.

**UMBRIA.** La Regione ha deciso di non applicare i ticket sanitari da 10 euro per le prestazioni specialistiche.

**VALLE D'AOSTA.** Considerato che la sanità valdostana è interamente a carico dell'Amministrazione regionale che finanzia con fondi propri tutti gli interventi sanitari in Valle d'Aosta, la Regione ha comunicato che "non intende applicare gli ulteriori 10 euro sui ticket per le visite specialistiche e sulla diagnostica, previsti dalla manovra. Il Governo regionale avrà l'opportunità, qualora si renda necessario, di studiare altre misure contenitive nell'ambito delle finanziarie regionali volte a contenere la spesa pubblica, cercando di impattare il meno possibile sul cittadino".

**VENETO.** Al momento, come

confermato dal governatore, Luca Zaia, non è prevista l'introduzione del ticket sanitario di 25 euro per chi si reca al Pronto soccorso con un "codice bianco" e neanche quello di 10 euro per le visite specialistiche e gli esami diagnostici.

**EMILIA ROMAGNA.** Qui il governatore, Vasco Errani, e l'assessore alle politiche per la Salute, Carlo Lusenti, hanno inviato una circolare esplicativa indirizzata ai Direttori generali delle Aziende sanitarie locali nella quale viene data indicazione di sospendere l'operatività dei ticket da lunedì, così come sarebbe previsto dalla Manovra, per avere il tempo, nelle prossime settimane, di fare tutte le valutazioni del caso e verificare le condizioni per applicare "scelte più appropriate eque ed efficaci".

Marche. Qui la situazione relativa all'introduzione dei ticket da 10 euro è "congelata". È in corso di definizione l'eventuale applicazione delle norme contenute nella Manovra economica sul balzello per le visite specialistiche.

### LE REGIONI CHE LO HANNO CONGELATO

**PIEMONTE.** La Regione sta facendo i conti per vedere con quali tempi ed eventuale gradualità o rimodulazione fare entrare in vigore le nuove direttive in tema di ticket sanitari. Il governatore, Roberto Cota, ha incaricato l'assessore al Bilancio, Giovanna Quaglia, di svolgere tutte le verifiche per valutare le ricadute che comporteranno i 28,70 milioni di euro di mancate entrate. "È una decisione non così semplice - ha spiegato Quaglia - perché quella somma va in qualche modo recuperata. Sui ticket sanitari magari si può pensare a modularne l'applicazione, ad esempio su alcune specializzazioni. Resta il fatto che come Regione siamo sottoposti al piano di rientro".

**TRENTO E BOLZANO** stanno decidendo.

La Camera approva il nuovo Ddl

# Biotestamento: ECCO COSA CAMBIA

↳ Stefano Simoni

Con un'ampia maggioranza, la Camera ha approvato dopo più di due anni di lavoro e confronto nelle Commissioni, in particolare l'Affari Sociali e la Giustizia, il Ddl sul biotestamento che ora dovrà passare nuovamente al vaglio del Senato in quanto è stato modificato rispetto a quello uscito da Palazzo Madama nel marzo del 2009.

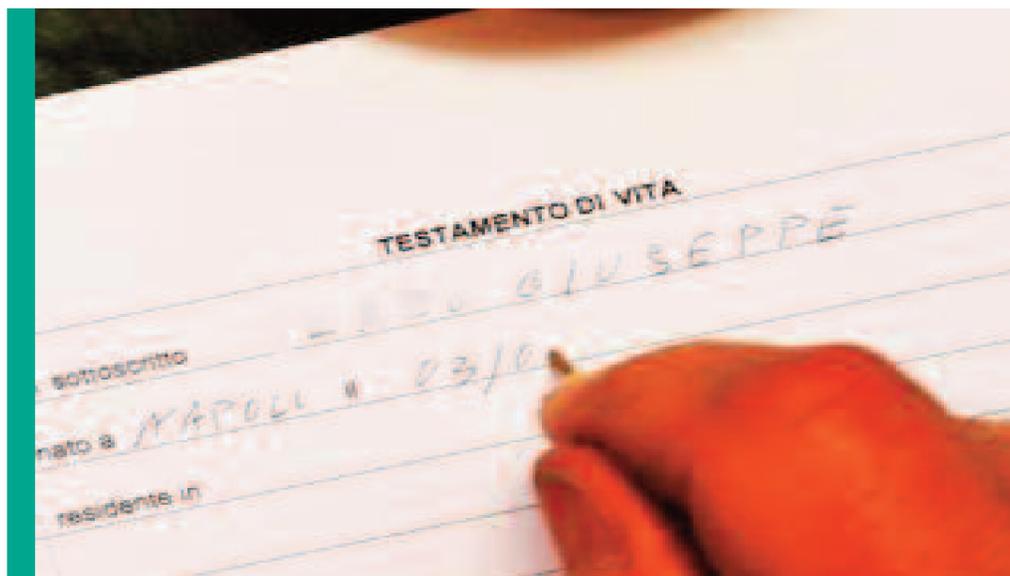
Il nuovo testo oltre ad aver perso un articolo, l'otto, che riguardava l'autorizzazione giudiziaria, prevede novità per quanto riguarda l'eutanasia che viene espressamente vietata, il consenso informato che deve far parte della cartella clinica, il divieto a rinunciare a idratazione e alimentazione e le dat che si attuano solo in caso di stato vegetativo.

Ma entriamo nel dettaglio articolo per articolo.

## ART. 1 (TUTELA DELLA VITA E DELLA SALUTE)

La legge "riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge" dunque si "garantisce la dignità di ogni persona" prioritariamente "all'interesse della società e alle applicazioni della tecnologia e della scienza". È vietata "ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza".

Divieto di qualunque forma di eutanasia con riferimento esplicito ad articoli del codice penale per il medico che aiuta o assiste forme eutanasiche o di suicidio; il consenso informato entra a far parte della cartella clinica; non si può dire no a idratazione e alimentazione; le dat si attuano solo in caso di stato vegetativo, il medico curante è libero di seguire o meno gli orientamenti espressi dal paziente. Questi i punti principali del testo votato dall'Aula di Montecitorio che approderà a settembre in Senato



Il medico deve "informare il paziente sui trattamenti sanitari più appropriati", e si riconosce "come prioritaria l'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente, che acquista peculiare valore proprio nella fase di fine vita".

Il medico deve astenersi da trattamenti sproporzionati, non efficaci tecnicamente inadeguati nei casi "di pazienti in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come imminente".

## ART. 2 (CONSENSO INFORMATO)

I trattamenti sanitari sono attivati "previo consenso infor-

mato esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole".

Il medico deve dare corrette informazioni precise "circa diagnosi, prognosi, scopo e natura del trattamento sanitario proposto, benefici e rischi prospettabili, eventuali effetti collaterali nonché circa le possibili alternative e le conseguenze del rifiuto del trattamento" affinché il paziente possa dare il suo consenso.

Il consenso informato, che può essere sempre revocato, "è inserito nella cartella clinica su richiesta del medico o del paziente".

Il paziente può "rifiutare in tutto o in parte le informazioni" e il rifiuto può intervenire in qualunque momento purché sia esplicitato "in un documento sottoscritto dal soggetto interessato che diventa parte integrante della cartella clinica". In caso di soggetto interdetto o minore o inabilitato il consenso informato è prestato da un tutore o da un curatore. Il consenso informato "non è richiesto quando ci si trovi in una situazione di emergenza, nella quale si configuri una situazione di rischio attuale ed immediato per la vita del paziente".

## ART. 3 (CONTENUTIE LIMITI DELLA DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO)

Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante "esprime orientamenti e informazioni utili per il medico, circa l'attivazione di trattamenti terapeutici purché in conformità a quanto prescritto dalla presente legge". Nella Dat può "essere esplicitata la rinuncia da parte del soggetto ad ogni o ad alcune forme particolari di trattamenti sanitari in quanto di carattere sproporzionato o sperimentale". La legge prevede che "alimentazione e idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente in fase terminale, devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento".

Le Dat assumono "rilievo nel momento in cui il soggetto si trovi nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze per accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale e, pertanto, non può assumere decisioni che lo riguardano". L'accertamento è "certificato da un collegio medico formato (...) da un anestesista-rianimatore, da un neurologo, dal medico curante e dal medico specialista nella patologia da cui è affetto il paziente". Medici, ad eccezione di quello curante "designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o, ove necessario, dalla azienda sanitaria locale di competenza".

**ART. 4 (FORMA E DURATA DELLA DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO)**

Le Dat "non sono obbligatorie, sono redatte in forma scritta con atto avente data certa e firma del soggetto interessato maggiorenne, in piena capacità di intendere e di volere dopo una compiuta e puntuale informazione medico-clinica, e sono raccolte esclusivamente dal medico di medicina generale che contestualmente le sottoscrive".

Le Dat durano cinque anni "salvo che il soggetto sia divenuto incapace" e possono essere rinnovate più volte così come possono essere revocate o modificata in ogni momento.

"La dichiarazione anticipata di trattamento deve essere inserita nella cartella clinica dal momento in cui assume rilievo dal punto di vista clinico. In condizioni di urgenza o quando il soggetto versa in pericolo di vita immediato, la dichiarazione anticipata di trattamento non si applica".

Art. 5 (Assistenza ai soggetti in stato vegetativo)

La legge prevede che "al fine di garantire e assicurare l'equità nell'accesso all'assistenza e la qualità delle cure, l'assistenza ai soggetti in stato vegetativo rappresenta livello essenziale di assistenza". L'assistenza sanitaria alle persone in stato vegetativo o con altre forme neurologiche correlate è "assicurata attraverso prestazioni ospedaliere, residenziali e domiciliari". Infine l'assistenza domiciliare "è garantita dalla azienda sanitaria locale competente della regione nel cui territorio si trova il soggetto in stato vegetativo".

**ART. 6 (FIDUCIARIO)**

Nella Dat "il dichiarante può nominare un fiduciario maggiorenne, capace di intendere e di volere, il quale accetta la nomina sottoscrivendo la dichiarazione". Il fiduciario può essere sostituito con le stesse modalità previste per la nomina, in qualsiasi momento senza alcun obbligo di motivare la decisione". Il fiduciario, può rinunciare alla nomina, ma una volta nominato "è l'unico soggetto legalmente autorizzato ad interagire con il medico e si impegna ad agire nell'esclusivo e migliore in-

teresse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni legittimamente esplicitate dal soggetto nella dichiarazione anticipata". Il fiduciario interagisce con il medico e vigile affinché al paziente "vengano somministrate le migliori terapie palliative disponibili, evitando che si creino situazioni sia di accanimento terapeutico, sia di abbandono terapeutico".

**ART. 7 (RUOLO DEL MEDICO)**

"Gli orientamenti espressi dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno".

Il medico non può prendere in considerazione orientamenti volti a cagionare la morte del paziente o in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica.

**ART. 8 (AUTORIZZAZIONE GIUDIZIARIA)**

Soppresso

**ART. 9 (DISPOSIZIONI FINALI)**

Viene istituito il Registro delle Dat nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico. Titolare del trattamento dei dati contenuti nell'archivio è il ministero della Salute che nel giro di centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge "stabilisce le regole tecniche e le modalità di accesso, di tenuta e di consultazione del Registro". Conseguentemente vengono stabiliti "i termini e le forme entro i quali i soggetti che lo vorranno potranno compilare le dichiarazioni anticipate di trattamento presso il medico di medicina generale e registrarle presso le aziende sanitarie locali, le modalità di conservazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento presso le aziende sanitarie locali e le modalità di trasmissione telematica al Registro". Il sito internet del Ministero della salute fornirà tutte le informazioni su come rendere le Dat che comunque sono esenti da "imposta di bollo e da qualunque altro tributo".

**I dati pervenuti alla Commissione d'inchiesta sul Ssn****Malasanità in Italia: 409 presunti casi in due anni, 276 decessi**

A tanto ammontano le segnalazioni di errore medico o di disservizi pervenuti alla Commissione di inchiesta sul Ssn. Maglia nera alla Calabria, con 89 presunti casi a cui sarebbero legati 70 decessi, e alla Sicilia, con 81 presunti casi e 56 decessi. Al top il Trentino Alto Adige, con 1 presunto caso e 1 decesso, e le Marche, che nonostante la segnalazione di 2 casi di malasanità non ha registrato alcun decesso legato ad errore o disservizi

In Italia si verifica un presunto caso di malasanità ogni due giorni. Sono infatti 409 i casi di allarme per errore medico o disservizio del sistema sanitario segnalati alla Commissione di inchiesta del Ssn presieduta da Leoluca Orlando tra il 2009 e il 7 aprile 2011. "Si tratta di presunti casi", precisa la Commissione spiegando che su ogni segnalazione devono essere effettuati i dovuti accertamenti e solo una volta verificate le reali responsabilità è possibile parlare o meno di errore in sanità. Alcuni dei casi, spiega inoltre la Commissione,

si riferiscono a segnalazioni raccolte prima del 2009.

Il quadro, ad ogni modo, appare preoccupante. Tra i casi arrivati sul tavolo della Commissione ci sono, infatti, 276 decessi. Per 185 si cercano le cause tra il personale medico e sanitario, mentre i restanti 91 potrebbero essere legati a disservizi o carenze strutturali. Il record negativo spetta alla Calabria (89 presunti casi di malasanità, 70 decessi) e alla Sicilia (81 presunti casi, 56 decessi).

Segue a distanza il Lazio (con 37 presunti casi di errore medico e 24 decessi). Superano la soglia dei 20 casi segnalati la Puglia (29 presunti casi e 19 decessi), Campania e Lombardia (26 presunti casi e 20 decessi), Emilia Romagna e Toscana (rispettivamente con 23 presunti casi di malasanità e rispettivamente 15 e 12 decessi).

In testa alla classifica delle Regioni con un numero esiguo di segnalazioni ci sono invece Trentino Alto Adige (1 presunto caso, 1 decesso), Molise (2 presunti casi, 1 decesso) e Marche (2 presunti casi ma 0 decessi).

Ecco la tabella riassuntiva, Regione per Regione, elaborata dalla Commissione di inchiesta sul Ssn.

CASI DI MALASANITA' IN ATTO ALL'ESAME DELLA COMMISSIONE "ERRORI SANITARI" AGGIORNATI AL 7 APRILE 2011							
Regioni	Globali		Presunti Errori		Altro		
	Totali	Decessi	Totali	Decessi	Totali	Decessi	
1 Piemonte	9	4	6	1	3	3	
2 Valle d'aosta	7	7	4	4	3	3	
3 Liguria	20	14	13	8	7	6	
4 Lombardia	26	10	17	7	9	3	
5 Trentino Alto-Adige	1	1	1	1	0	0	
6 Veneto	17	9	10	7	7	2	
7 Friuli Venezia-Giulia	3	2	2	1	1	1	
8 Emilia Romagna	23	15	16	10	7	5	
9 Toscana	23	12	17	9	6	3	
10 Umbria	4	3	4	3	0	0	
11 Marche	2	0	2	0	0	0	
12 Lazio	37	24	21	12	16	12	
13 Abruzzo	5	5	4	4	1	1	
14 Molise	2	1	1	0	1	1	
15 Campania	26	20	19	13	7	7	
16 Basilicata	3	2	2	1	1	1	
17 Puglia	29	19	17	11	12	8	
18 Calabria	89	70	75	60	14	10	
19 Sicilia	81	56	51	33	30	23	
20 Sardegna	2	2	0	0	2	2	
<b>TOTALE</b>	<b>409</b>	<b>276</b>	<b>282</b>	<b>185</b>	<b>127</b>	<b>91</b>	

Rapporto Sdo 2010

# RICOVERI OSPEDALIERI IN DIMINUZIONE del 4,9%

**D**iminuiscono ricoveri e giornate di degenza. Calano i Day Hospital per acuti e soprattutto diminuisce vertiginosamente il Dh per la riabilitazione. Decresce il tasso di ospedalizzazione per tutte le attività, in particolare tra quelle per acuti. A scattare la fotografia sull'attività di ricovero nelle strutture sanitarie italiane è il Rapporto preliminare per il 2010, elaborato dal ministero della Salute in base ai dati ricavati dalle schede di dimissione ospedaliera (Sdo).

Circa 572mila ricoveri e quasi un milione di giornate di degenza in meno. Day hospital per acuti in diminuzione del 9,9% con un calo deciso per quello in riabilitazione (-24,2%). Resta invece alto il numero dei parti cesarei (38,2%). E quanto emerso dal Rapporto preliminare sull'attività di ricovero ospedaliera per il 2010 elaborato dal ministero della Salute

I dati coprono l'89% delle strutture ospedaliere, pubbliche e private in quanto mancano all'appello quelli del quarto trimestre 2010 della Regione Marche, del terzo e

quarto trimestre 2010 della Campania e quelli dell'intero 2010 della Puglia e della Sardegna (per queste due regioni sono stati utilizzati unicamente i dati del 2009).

diminuiti del 3,1%, mentre è aumentata se pur di poco l'attività di riabilitazione in regime ordinario (+1,1%). Diminuisce anche il numero di ricoveri in lungodegenza (-4,6). Ma la riduzione più marcata si registra per il day Hospital per acuti e per riabilitazione (rispettivamente -9,9% e -24,2%). Scende anche il tasso di ospedalizzazione del 2010, e per tutte le tipologie di attività (acuti, riabilitazione e lungodegenza, regime ordinario e day hospi-

tal): è stato circa del 174,5 per mille abitanti, in diminuzione rispetto al 184,4 del 2009 e al 193 del 2008. La riduzione più evidente si è registrata nel tasso di ospedalizzazione per acuti che è passato, per il ricovero ordinario, da 124 per mille abitanti nel 2009 a circa 120 nel 2010, e per il ricovero diurno, da circa 53 a 47 per mille abitanti. Calano anche le giornate di degenza, stimate in circa 70,7 milioni, cioè -3,7% rispetto al 2009.

**Tabella 1. L'attività ospedaliera**

Tipo attività	2009	2010 (stimato)	Var. % rispetto al 2009
Acuti Ordinario	7.585.269	7.352.638	-3,1
D.H.	3.184.227	2.870.367	-9,9
Riabilitazione Ordinario	296.452	299.775	+1,1
D.H.	62.477	47.349	-24,2
Lungodegenza	110.384	105.305	-4,6
Neonati	419.055	409.970	-2,2
<b>Totale</b>	<b>11.657.864</b>	<b>11.085.404</b>	<b>-4,9</b>

## RICOVERI PER ACUTI: COSA SCENDE E COSA SALE

Nel 2010 si sono registrati 11.085.404 ricoveri, un numero in calo del 4,9% rispetto all'anno precedente, quando i ricoveri erano stati 11.657.864. Quelli per acuti, rispetto al 2009, sono

**Tabella 2. Composizione dell'attività per tipologia e regime di ricovero - Dimessi e giornate di degenza Anno 2010 (dati provvisori)**

Attività	numero casi			numero giornate			degenza media		
	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale	Istituti pubblici	Istituti privati	Totale
Acuti - Regime ordinario	5.670.252	1.682.291	7.352.638	40.225.910	9.158.979	49.385.808	7,1	5,4	6,7
Acuti - Day Hospital	2.173.310	697.057	2.870.367	6.465.776	1.445.266	7.911.042	3,0	2,1	2,8
Riabilitazione - Regime ordinario	78.056	221.719	299.775	1.986.641	6.213.175	8.199.816	25,5	28,0	27,4
Riabilitazione - Day Hospital	26.447	20.902	47.349	289.750	330.583	620.333	11,0	15,8	13,1
Lungodegenza	56.557	48.748	105.305	1.586.252	1.662.114	3.248.366	28,0	34,1	30,8
Nido	321.212	88.758	409.970	1.017.168	283.266	1.300.434	3,2	3,2	3,2
<b>Totale</b>	<b>8.325.834</b>	<b>2.759.475</b>	<b>11.085.404</b>	<b>51.571.497</b>	<b>19.093.383</b>	<b>70.665.799</b>			

La voce "Lungodegenza" comprende i dimessi da Regime ordinario e Day Hospital.

La voce "Neonati sani" comprende i dimessi da Regime ordinario con Drg 391.

Ist. pub.: Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, Irccs pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta

Ist. prv.: Policlinici privati, Irccs privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi Usl, Enti di ricerca, Case di cura private.

La regione Marche non ha inviato il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/10/2009 al 30/09/2010

La regione Campania non ha inviato il terzo ed il quarto trimestre 2010, pertanto, per rendere confrontabili i volumi di attività è stato considerato un arco temporale di 12 mesi, dal 01/07/2010 al 30/06/2011

Le regioni Puglia e Sardegna non ha inviato i dati per l'anno 2010, pertanto sono stati considerati i dati inviati nell'anno 2009



**COMPLESSITÀ, EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA**

Dal Rapporto emerge come anche le dimissioni con Drg chirurgico abbiano raggiunto circa il 41,5%, confermando il trend di crescita rispetto agli anni precedenti: 41,1% nel 2009, 40,7% nel 2008, 40,0% nel 2007, 39,9% nel 2006. I ricoveri chirurgici eseguiti in Day Surgery hanno costituito il 31,5% delle dimissioni con Drg chirurgico, mentre nel 2009 rappresentavano il 32,6%. Continuano a guidare la classifica dei primi dieci Drg erogati in regime per acuti il par-

to vaginale senza diagnosi complicanti, l'insufficienza cardiaca e shock e il parto cesareo senza Cc.

La degenza media è rimasta sostanzialmente stabile da diversi anni posizionandosi su 6,7 giorni. Effettuando una standardizzazione per case-mix si è potuto osservare un minimo di 6,13 giorni in Umbria, e un massimo di 7,78 giorni in Valle d'Aosta. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, è risultata lievemente in calo scendendo a 1,87 giorni (1,99 nel 2007, 1,97 nel 2008 e 1,88 nel 2009). I valori più elevati sono stati rilevati nel Lazio e Molise (rispettivamente 2,51 e 2,42 giorni) ed in Basilicata e Liguria (rispettivamente 2,38 e 2,30 giorni). I più bassi sono nelle Marche (1,23 giorni) e in Toscana (1,41).

**PARTI&CO**

Lelevata incidenza di parti cesarei, ha mostrato solo una lieve diminuzione, nonostante siano stati messi in atto dalle Regioni ripetuti e significativi interventi. La percentuale rispetto al totale dei parti è del 38,2% nel 2010, contro un 38,4% nel 2009 e

38,3% del 2008, con valori massimi registrati in Campania (61,6) e Sicilia (52,8). In particolare valori superiori al 40% di parti cesarei si sono registrati in tutte le regioni del Centro-Sud ad eccezione della Sardegna (dato 2009). L'indicatore sulla percentuale di interventi di colecistectomia laparoscopica rispetto al totale degli interventi di colecistectomia è in costante aumento: 88,72% nel 2010, 87,26% nel 2009, 86,79% nel 2008 e 85,96% nel 2007. Il tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia si è mantenuto intorno al valore osservato l'anno precedente: 70,45 nel 2010, 70,2 nel 2009, rispetto ai valori più elevati degli anni precedenti: 71,51 nel 2008 e 86,44 nel 2007 (per

100 mila abitanti). Un trend che dimostra un miglioramento nel merito dell'appropriatezza. Diminuiscono anche altri indicatori come la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con Drg medico sul totale dei dimessi in regime ordinario da reparti

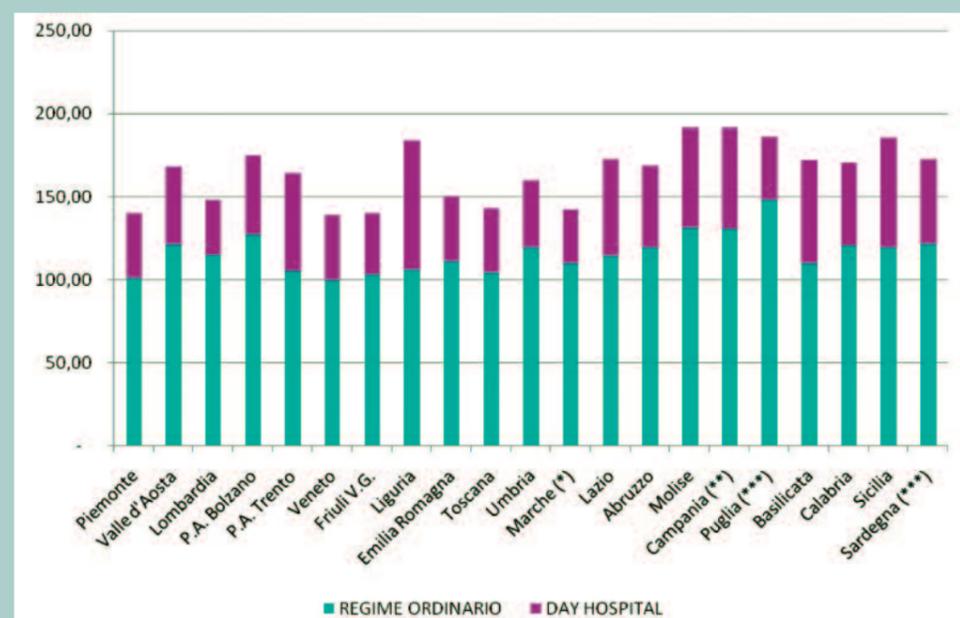
chirurgici (è passata dal 35,7% del 2008 al 34,7% del 2009 e al 33,5 del 2010), e quella di ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con Drg medico (dal 56,1% del 2008 al 54,7% del 2009 al 51,5 del 2010).

**Primi 10 Drg per numerosità di dimissioni Ricoveri per Acuti in Regime ordinario**

Anno 2010 (dati provvisori)

1. Parto vaginale senza diagnosi complicanti
2. Insufficienza cardiaca e shock
3. Parto cesareo senza CC
4. Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
5. Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
6. Edema polmonare e insufficienza respiratoria
7. Emorragia intracranica o infarto cerebrale
8. Psicosi
9. Esofagite, gastroenterite e miscelanea di malattie dell'apparato digerente, età → 17 anni senza CC
10. Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta

**Tassi di ospedalizzazione standardizzati per acuti distinti in regime ordinario e day hospital - Sdo 2010 (dati provvisori)**



**Tabella 3. Distribuzione dei dimessi per regione, tipo attività e regime di ricovero Anno 2010 (dati provvisori)**

Regione	ACUTI					RIABILITAZIONE					LUNGODEGENZA				
	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	Regime ordinario		Day Hospital		Totale	Regime ordinario		Day Hospital		Totale
	numero	%	numero	%	numero	numero	%	numero	%	numero	numero	%	numero	%	numero
Piemonte	484.749	72,9	180.149	27,1	664.898	36.997	91,6	3.376	8,4	40.373	11.571	100	-	-	11.571
Valle d'Aosta	14.543	71,7	5.747	28,3	20.290	53899,6	2,0,4	540	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	1.245.260	78,3	344.497	21,7	1.589.757	96.594	87,2	14.130	12,8	1.10.724	5.602	100	-	-	5.602
P.A. Bolzano	69.933	72,6	26.429	27,4	96.362	2.435	92,0	212	8,0	2.647	2.419	100	-	-	2.419
P.A. Trento	53.469	64,8	29.060	35,2	82.529	5.638	85,1	986	14,9	6.624	2.525	100	-	-	2.525
Veneto	526.839	72,6	198.806	27,4	725.645	22.559	74,4	7.754	25,6	30.313	10.344	99,8	16	0,2	10.360
Friuli V.G.	145.581	73,8	51.556	26,2	197.137	2.687	84,7	485	15,3	3.172	2.176	100	-	-	2.176
Liguria	1.93.236	57,9	140.616	42,1	333.852	9.519	84,0	1.818	16,0	11.337	461	100	-	-	461
Emilia Romagna	589.123	75,2	194.226	24,8	783.349	18.765	79,9	4.724	20,1	23.489	32.230	100	-	-	32.230
Toscana	461.519	74,7	156.584	25,3	618.103	11.436	83,7	2.232	16,3	13.668	2.389	100	-	-	2.389
Umbria	122.326	76,7	37.213	23,3	159.539	3.268	79,2	859	20,8	4.127	234	100	-	-	234
Marche (*)	185.183	77,8	52.933	22,2	238.116	3.384	92,3	284	7,7	3.668	4.586	100	-	-	4.586
Lazio	723.831	66,7	362.020	33,3	1.085.851	32.407	-	-	32.407	8.018	-	100	-	-	8.018
Abruzzo	158.180	70,8	65.260	29,2	223.440	6.265	96,8	209	3,2	6.474	2.563	100	-	-	2.563
Molise	49.832	69,9	21.416	30,1	71.248	1.973	92,7	155	7,3	2.128	398	100,0	-	-	398
Campania (**)	693.083	67,8	329.083	32,2	1.022.166	9.610	81,0	2.248	19,0	11.858	7.395	88,8	930	11,2	8.325
Puglia (***)	586.921	80,4	143.305	19,6	730.226	16.852	94,7	947	5,3	17.799	5.370	100	-	-	5.370
Basilicata	61.060	62,2	37.172	37,8	98.232	1.214	80,0	304	20,0	1.518	704	100	-	-	704
Calabria	211.114	71,3	85.003	28,7	296.117	5.112	78,1	1.433	21,9	6.545	2.449	100	-	-	2.449
Sicilia	579.137	63,9	326.934	36,1	906.071	10.665	70,1	4.550	29,9	15.215	1.942	100	-	-	1.942
Sardegna (***)	197.719	70,6	82.358	29,4	280.077	1.857	74,3	641	25,7	2.498	983	100	-	-	983
<b>Italia</b>	<b>7.352.638</b>	<b>71,9</b>	<b>2.870.367</b>	<b>28,1</b>	<b>10.223.005</b>	<b>299.775</b>	<b>86,4</b>	<b>47.349</b>	<b>13,6</b>	<b>347.124</b>	<b>104.359</b>	<b>99,1</b>	<b>946</b>	<b>0,9</b>	<b>105.305</b>



## OECD HEALTH DATA 2011

# La spesa cresce più velocemente DEL PIL

**N**on si arresta la corsa della spesa sanitaria. Con un trend costante dal 1970 ad oggi ha ormai surclassato la crescita economica nella maggior parte dei paesi Ocse. Secondo l'Oecd Health Data 2011, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, la salute infatti è costata in media il 9,5% del Pil nel 2009 (anno più recente per cui sono disponibili dati completi), a fronte dell'8,8 per cento dell'anno precedente.

Tuttavia, come sembrano suggerire i primi dati per il 2010, dopo quasi mezzo secolo di crescita, dal 2011 la spesa per la salute dovrebbe stabilizzarsi o addirittura diminuire leggermente. Questo grazie sia da una ripresa più sostenuta del Pil, sia alle politiche adottate dai vari Governi per frenare i deficit di bilancio. Politiche che, tuttavia, precisa l'Ocse "dovrebbero dare maggior valore alle risorse impiegate nella spesa sanitaria, ma anche continuare a perseguire gli obiettivi di lungo periodo per avere sistemi sanitari più equi, adeguati alle esigenze dei cittadini ed efficienti". Comunque secondo i dati dell'Ocse l'aumento relativo della spesa è più accentuato nei Paesi che più hanno risentito della crisi. In Irlanda, per esempio, si è passati dal 7,7 per cento del 2008 al 9,5 del 2009; nel Regno Unito dall'8,4 al 9,8. La spesa pro capite è aumentata in media del 3,8% nel 2008 e del 3,5% nel 2009. La spesa pubblica, in

Nei 34 Paesi aderenti all'Ocse, la spesa sanitaria nel 2009 ha raggiunto il 9,5 per cento del Pil a fronte dell'8,8 dell'anno precedente. L'Italia è nella media, mentre Irlanda e Regno Unito sono le nazioni in cui si sono registrati i maggiori incrementi. Tuttavia, nei prossimi anni, dopo quasi mezzo secolo di crescita ininterrotta, la spesa sanitaria dovrebbe stabilizzarsi

particolare, è quella che cresce più rapidamente: tra il 2008 e il 2009 è salita del 4,1 per cento. Anche la spesa privata ha continuato ad aumentare in molti Paesi, ma a un ritmo più lento (1,9% nel 2008 e 2,7% nel 2009).

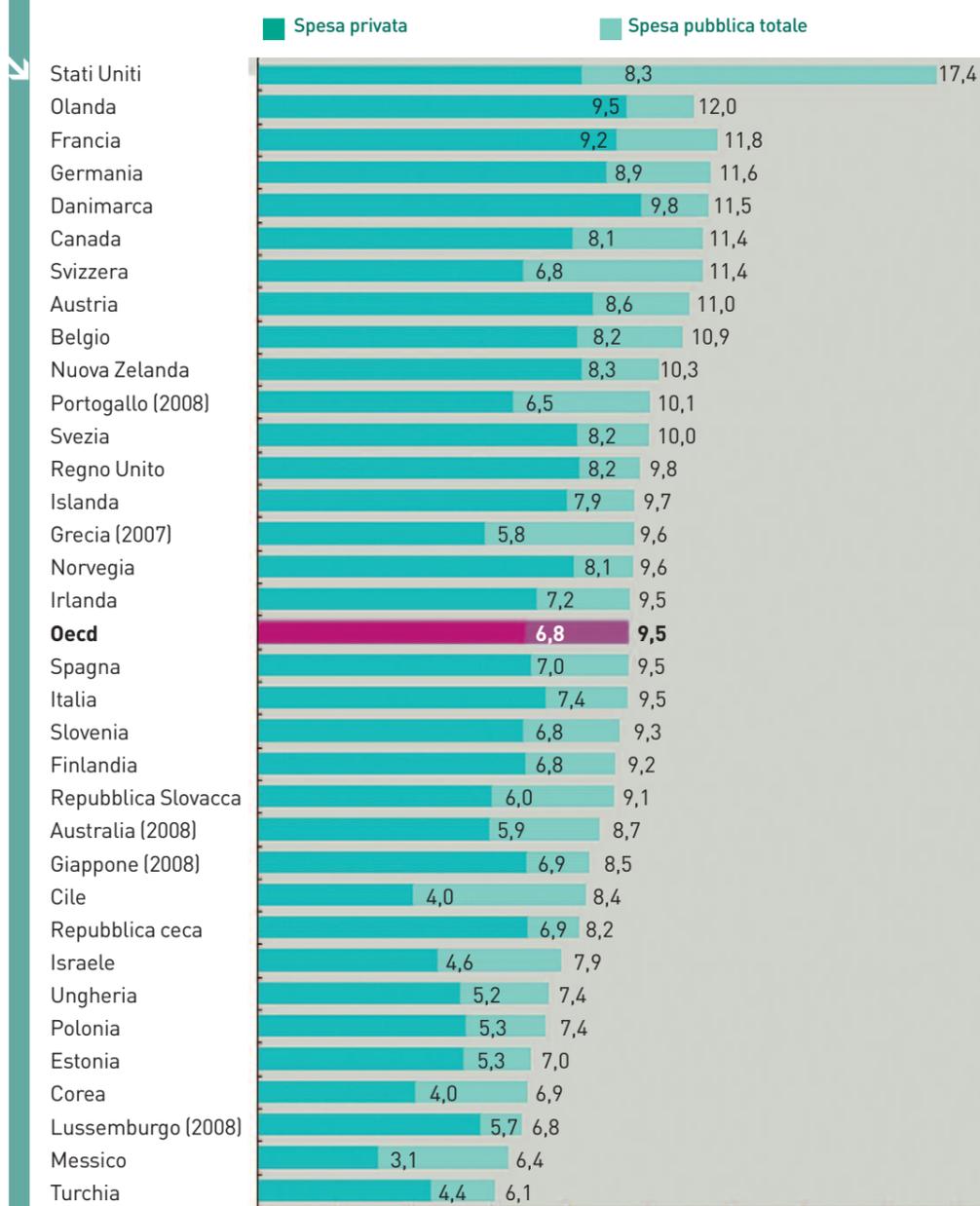
## LE DIFFERENZE TRA PAESI

I Paesi Ocse marcano a diverse velocità sia per quanto riguarda la spesa pro capite, sia per le quote di spesa rispetto al Pil. Gli Stati Uniti, per esempio, hanno continuato a spendere decisamente più di tutti gli altri Paesi, con una quota pro capite di 7.960 dollari, cioè due volte e mezza più della media Ocse di 3.223 dollari. In percentuale sul Pil, gli Usa hanno speso il 17,4% nel 2009, cinque punti percentuali in più rispetto ai due Paesi che seguono, cioè Paesi Bassi e Francia, che alla salute hanno destinato rispettivamente il 12% e l'11,8% del loro Pil. Norvegia e Svizzera, invece, seguono nella spesa pro capite, con oltre 5mila dollari nel 2009.

## LA SPESA IN ITALIA

Perfettamente in linea con la media Ocse, il nostro Paese nel 2009 ha visto una spesa sanitaria totale pari al 9,5% del Pil (era del 9 per cento del 2008). Mentre per il 2010 ci si dovrebbe attestare a un 9,6 per cento. La congiuntura economica, spiega l'Ocse, ha infatti portato a un importante incremento della quota rispetto al Pil, dal momento che questo ha iniziato a calare nella seconda metà del 2008 e ha proseguito nel 2009, mentre la spesa sanitaria ha continuato a crescere nel 2008 per poi stabilizzarsi nel 2009. Di conseguenza, la percentuale di Pil destinata alla sanità in Italia è aumentata dall'8,7% del 2007 al 9,0% nel 2008 e, appunto, al 9,5% nel 2009. L'Italia, invece, si colloca leggermente al di sotto della media Ocse in termini di spesa pro capite nel 2009, con 3.137 dollari Usa (rettificato per potere d'acquisto), contro una media di 3.223 dollari.

### Spesa sanitaria nei 34 Paesi Ocse (% Pil 2009)



# GIURISPRUDENZA E PRASSI

↳ a cura di Paola Carnevale

## INPS, MESSAGGIO 14448 CONGEDO OBBLIGATORIO IN CASO DI PARTO PREMATURO

### L'INPS DETTA LE PRIME ISTRUZIONI OPERATIVE ALLA SENTENZA N. 116 DELLA CORTE COSTITUZIONALE

Il ricovero ospedaliero del neonato rinvia il congedo di maternità. Lo ha stabilito la Corte Costituzionale con sentenza 116 del 7 aprile scorso dichiarando l'illegittimità costituzionale della norma in tema di congedo obbligatorio successivo al parto (articolo 16 del D.lgs. N. 151/2011 – Testo unico in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità), in relazione al rigido collegamento della decorrenza del congedo stesso dalla data del parto anche nel caso in cui l'evento si sia verificato prematuramente e il neonato sia rimasto in struttura sanitaria per lungo tempo. Secondo la recente sentenza della Corte, la norma è incostituzionale "nella parte in cui non consente, in caso di parto prematuro, che la madre possa fruire, a richiesta e compatibilmente con le sue condizioni di salute attestate da documentazione medica, del con-

gedo obbligatorio che le spetta, o di parte di esso, a far tempo dalla data d'ingresso del bambino nella casa familiare". Con messaggio dell'11 luglio scorso, l'Inps è intervenuto a dettare le prime istruzioni operative alla sentenza della Corte Costituzionale, considerata l'immediata applicabilità della sentenza ed in attesa di conoscere eventuali diverse indicazioni del Ministero vigilante.

In caso di parto prematuro con conseguente ricovero ospedaliero, precisa l'Inps, la lavoratrice ha la possibilità di fruire del congedo di maternità (per la quota spettante dopo il parto) a partire dalla data dell'ingresso del neonato nella casa familiare (e coincidente con la data di dimissioni del neonato), offrendo al contempo al datore di lavoro la propria prestazione lavorativa. Ovviamente non può essere richiesto il differimento del congedo in caso di

parto "a termine" (ossia di parto verificatosi in coincidenza della data presunta del parto, oppure in data successiva alla data medesima), nonché nelle ipotesi di parto prematuro, quando il ricovero del neonato sia dovuto ad altri motivi. Ai fini del differimento del congedo di maternità, la lavoratrice ha l'onere di acquisire la certificazione medica dalla struttura ospedaliera presso la quale il neonato è ricoverato, dalla quale possa rilevarsi il rapporto causa-effetto esistente tra la nascita prematura del neonato e l'immediato ricovero dello stesso. Tra l'altro, poiché il differimento del congedo è possibile compatibilmente con le condizioni di salute della lavoratrice, quest'ultima, prima di riprendere l'attività lavorativa nel periodo di prevista astensione, ha l'onere di acquisire le certificazioni mediche attestanti la compatibilità delle proprie condizioni di salute con la ripresa del lavoro; l'idoneità della lavoratrice ad effettuare l'attività lavorativa nel periodo di prevista astensione dal lavoro, deve essere attestata dal medico specialista del Ssn (o con esso

convenzionato) e dal medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro, ove previsto (art. 20 del D.Lgs. 151/2001). Anche il lavoratore padre ha la possibilità di differire l'inizio del congedo di paternità alla data di ingresso del neonato nella casa familiare. Devono ovviamente ricorrere le ipotesi previste all'articolo 28 del D.lgs. 151/2001: decesso o grave infermità della madre, abbandono del neonato da parte della madre o affidamento

esclusivo del neonato al padre. Il padre lavoratore, oltre ai documenti richiesti per attestare la situazione che ha determinato l'insorgere del congedo di paternità, dovrà presentare la certificazione sanitaria dalla quale possa rilevarsi il rapporto di causa effetto esistente tra la nascita prematura del neonato e l'immediato ricovero dello stesso nonché la data di dimissione del neonato dalla struttura presso la quale è stato ricoverato.

## CASSAZIONE CIVILE SE L'INTERVENTO È AVVENUTO SECONDO LE REGOLE, IL MEDICO NON HA RESPONSABILITÀ

### IL CHIRURGO NON RISPONDE DELLE COMPLICAZIONI OPERATORIE SE IL RISCHIO CHE SI VERIFICHINO È BASSO

Il chirurgo non risponde delle complicazioni operatorie se il rischio che si verificano è basso, anche se resta a carico del debitore – medico o struttura sanitaria – l'onere di dimostra-

re che la prestazione è stata eseguita in modo diligente e che il mancato o inesatto adempimento è dovuto a causa a sé non imputabile, in quanto determinato da un evento non prevedibile né

prevenibile con la diligenza qualificata dalle conoscenze tecnico-scientifiche del momento. Lo ha affermato la Corte di Cassazione con la sentenza n. 12274/2011 respingendo l'appello proposto

da una paziente rimasta vittima di un'infezione imprevista nel corso di un parto cesareo. Quest'ultima sosteneva che, dovendosi applicare l'articolo 1218 del codice civile ("responsabilità del debitore"), in ragione della fonte contrattuale del rapporto giuridico intercorso tra l'attrice e l'ospedale, e, ricadendo su quest'ul-

timo l'onere di dimostrare che aveva correttamente eseguito la propria prestazione e che l'infezione contratta fosse conseguenza di una causa non imputabile alla struttura ospedaliera, l'ente convenuto in giudizio non avrebbe assolto a tale onere e la Corte d'Appello, errando in iudicando, avrebbe giustificato "tale man-

canza in ragione della tecnica disposta d'ufficio dal Tribunale". La suddetta consulenza, come sostenuto dalla parte attrice, aveva invece chiaramente indicato che l'infezione era da intendersi quale infezione di "natura esogena" ed avrebbe altresì indicato "che l'infezione contratta da parte della ricorrente era la conseguenza diretta dell'operazione di apertura della cavità uterina a seguito di contaminazione meta chirurgica". La Corte di Cassazione ritiene tali motivi in parte infondati ed in parte inammissibili. Infatti, osserva la Corte, nel valutare le risultanze della consulenza tecnica d'ufficio la Corte di merito aveva

preso in esame anche quanto detto dal consulente a proposito dell'evenienza infettiva riconducendo l'infezione ad un evento impreveduto e comunque non evitabile né imputabile alla condotta dei sanitari. Del resto, per un verso, ha escluso che fosse ascrivibile a colpa dei sanitari la causa "mediata" dell'infezione, vale a dire la scelta dell'intervento chirurgico d'urgenza, ritenuto indifferibile, e della tecnica operatoria, ritenuta giustificata e non sperimentale; per altro verso, ha ascritto la contaminazione della cavità addominale da parte di germi, della quale indubbiamente l'intervento chirurgico era stato occasione (o causa mediata), ad

una complicanza che può verificarsi per interventi quale quello subito dall'attrice, ma in una percentuale talmente bassa che è da escludere che il relativo accadimento potesse essere previsto ed evitato dai sanitari adottando la diligenza richiesta nel caso concreto. Il giudice può trarre dalla consulenza tecnica di ufficio gli elementi di giudizio che egli ritenga di dover porre a fondamento della propria decisione, anche quando siano gli unici acquisiti al processo, ma comunque ritenuti determinanti, perché la consulenza tecnica può costituire fonte oggettiva di prova quando si risolve anche in uno strumento di accertamento di

situazione ricavabile solo con il concorso di determinate cognizioni tecniche. Nella fattispecie la parte convenuta aveva svolto deduzioni coerenti con l'onere della prova di cui era gravata, essendo sufficiente l'allegazione che la prestazione era stata eseguita in modo diligente e con la perizia richiesta e che l'inadempimento o l'inesatto adempimento non sarebbe stato evitabile né prevedibile.

### CASSAZIONE CIVILE ERRORE O RITARDO DIAGNOSTICO. ATTENUAZIONE DELLA PROVA DELLA PERDITA DI CHANCE

### NO AL RISARCIMENTO, SE L'INADEMPIMENTO È "ETIOLOGIACAMENTE" INDIFFERENTE AL DANNO SUBITO

**FATTI.** Una paziente espose di essere stata sottoposta ad un intervento chirurgico di lobectomia sinistra a seguito di alcuni accertamenti da cui era emersa una calciosi della intraepatica di sinistra, presso la medesima struttura, era stato poi eseguito un esame istopatologico, il cui referto non indicava l'eventualità di una patologia tumorale. Successivi accertamenti avevano individuato la presenza di metastasi ed avevano portato a riconoscere negli stessi reperti istologici un cistadenocarcinoma epatico. La donna lamentava che dal grave errore diagnostico compiuto era derivata la mancata identificazione della neoplasia e di conseguenza la mancata adozione di provvedimenti specifici terapeutici, con miglioramento della qualità e della durata della vita e rallentamento della malattia. In Appello la Corte aveva rigettato la domanda risarcitoria in quanto dalla consulenza tecnica era emerso che non sussisteva alcun nesso causale tra l'errore istopatologico e l'evento dannoso, nel senso che, ove pure fosse stata tempestivamente effettuata una diagnosi di neoplasia o un sospetto diagnostico in questo senso, l'intervento chi-

urgico non sarebbe stato diverso né avrebbe dovuto avere una maggiore capacità demolitoria; dalla stessa consulenza tecnica era inoltre emerso che allo stesso modo, non ne sarebbe seguita l'indicazione di alcun trattamento radio o chemioterapico, entrambi non indicati nel particolare tipo di neoplasia. La Corte di Cassazione Civile con sentenza 12961 del giugno scorso, ha confermato la sentenza d'appello favorevole ai sanitari, pur precisando il tema della prova in materia di perdita di chance. Osserva la Corte che la sentenza impugnata non pone in dubbio che vi sia stato un errore istopatologico presso l'Istituto e, sotto questo profilo, non pone in dubbio l'inadempimento lamentato, ma ritiene che sia rimasto accertato che esso non ha prodotto il danno lamentato degli appellanti. Pertanto la domanda non è stata rigettata per l'esatto adempimento dell'obbligazione sanitaria dovuta, ma perché, pur essendo essa esistente, la stessa era etiologica-

mente "indifferente" in relazione al danno subito.

**L'INADEMPIMENTO.** L'inadempimento del professionista, consistente nell'errore o omissione di diagnosi, in relazione alla propria obbligazione, e la conseguente responsabilità dell'ente presso il quale egli presta la propria opera, deve essere valutato alla stregua del dovere di diligenza particolarmente qualificato inerente lo svolgimento della sua attività professionale; sicché è configurabile un nesso causale tra il suo comportamento, anche omissivo, ed il pregiudizio subito da un paziente qualora, attraverso un criterio necessariamente probabilistico, si ritenga che l'opera del professionista, se correttamente e prontamente svolta, avrebbe avuto serie ed apprezzabili possibilità di evitare il danno verificatosi. Nella fattispecie la sentenza impugnata ha ritenuto che era accertato l'inadempimento dell'Istituto, costituito dall'errore istopatologico, e quindi della mancata diagnosi della neoplasia alle vie biliari, ma

ha escluso che questo errore avesse determinato un danno alla paziente, nel senso che lo sviluppo neoplastico che

la stessa subì ed il successivo exitus non furono influenzati, neppure nella durata della residua vita o nella qualità degradata della stessa, dalla mancata diagnosi precoce della malattia tumorale. Per giungere a tali conclusioni, osserva la Cassazione, la Corte di merito ha correttamen-

## news // news // news // ne

### MINISTERO DELLA SALUTE AL RESTYLING

Un ministero della Salute più snello e agile con l'obiettivo di tagliare le spese e migliorare in efficienza ed efficacia. Con il Dpr 11 marzo 2011 "Regolamento di riorganizzazione del Ministero della salute" pubblicato sulla GU del 14 luglio, è partito dal 29 luglio il restyling del dicastero di Lungotevere Ripa. Le novità? Un Dipartimento e una Direzione generale in meno. Cura dimagrante per la pianta organica e un nuovo Ufficio centrale con competenze trasversali

che vanno dalle risorse, all'organizzazione, al bilancio. I Dipartimenti sono tre – quello della sanità pubblica e dell'innovazione (che ingloba quello della Prevenzione e comunicazione); il Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale e il Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute – e 12 le Direzioni generali. I posti con funzione dirigenziale sono stati ridotti del 20% e il personale è stato ridotto di

condicio sine qua non), mentre ad un secondo momento va riferita la regola dell'art. 1223 c.c., per il quale il risarcimento deve comprendere le perdite "che siano conseguenza immediata e diretta" del fatto lesivo (c.d. causalità giuridica). Il rigore del principio dell'equivalenza delle cause, posto dall'art. 41 c.p., trova il suo temperamento nel principio di causalità efficiente, desumibile dall'art. 41 c.p., comma 2, in base al quale l'evento dannoso deve essere attribuito esclusivamente all'autore della condotta sopravvenuta, solo se questa condotta risulti tale da rendere irrilevanti le altre cause preesistenti, ponendosi al di fuori delle normali linee di sviluppo della serie causale già in atto. Nel contempo non è sufficiente tale relazione causale per determinare una causalità giuridicamente rilevante, dovendosi, all'interno delle serie

causali così determinate, dare rilievo a quelle soltanto che, nel momento in cui si produce l'evento causante non appaiano del tutto inverosimili, ma che si presentano come effetto non del tutto imprevedibile, secondo il principio della c.d. causalità adeguata o quella simile della c.d. regolarità causale. La causalità è tuttavia accertabile attraverso un giudizio ipotetico. In altri termini non può riconoscersi la responsabilità per omissione quando il comportamento omesso, ove anche fosse stato tenuto, non avrebbe comunque impedito l'evento prospettato: la responsabilità non sorge non perché non vi sia stato un comportamento antigiuridico (l'omissione di un comportamento dovuto è di per sé un comportamento antigiuridico e nella responsabilità contrattuale l'inadempimento è comportamento antigiuridico), ma perché quell'omissione non è causa del danno lamentato. Fatte queste premesse, compito del giudice è quello di accertare se l'evento sia ricollegabile all'omissione (causalità omissiva) nel senso che esso non si sarebbe verificato se (causalità ipotetica) l'agente avesse posto in essere la condotta doverosa impostagli, con esclusione di fattori alterna-

tivi. Questi i principi che regolano il procedimento logico-giuridico ai fini della ricostruzione del nesso causale. Nella fattispecie la sentenza impugnata si è conformata a detti principi, accertando in punto di fatto che l'inadempimento ascritto non avrebbe né evitato l'exitus finale né avrebbe prolungato apprezzabilmente la vita della paziente, né quest'ultima avrebbe avuto miglioramenti.

La perdita di chance. In tema di danno alla persona, conseguente a responsabilità medica, integra l'esistenza di un danno risarcibile alla persona l'omissione della diagnosi di un processo morboso terminale, quando abbia determinato la tardiva esecuzione di un intervento chirurgico, che normalmente sia da praticare per evitare che l'esito definitivo del processo morboso si verifichi anzitempo, prima del suo normale decorso. Integra ulteriore danno se risulti inoltre che, per effetto del ritardo, sia andata perduta dal paziente la "chance" di conservare, durante quel decorso, una migliore qualità della vita nonché la "chance" di vivere alcune settimane od alcuni mesi in più, rispetto a quelli poi effettivamente vissuti. Tutto ciò ha come unico significato quello che, quando sia stata fornita la di-

mostrazione, anche in via presuntiva e di calcolo probabilistico, dell'esistenza di una chance di consecuzione di un vantaggio in relazione ad una determinata situazione giuridica, la perdita di tale chance è risarcibile come danno alla situazione giuridica indipendentemente dalla dimostrazione che la concreta utilizzazione della chance avrebbe probabilmente determinato la consecuzione del vantaggio, essendo sufficiente anche la sola possibilità di tale consecuzione. La idoneità della chance a determinare la detta consecuzione è, viceversa, rilevante, soltanto ai fini della concreta individuazione e quantificazione del danno. Nella fattispecie la Corte ha escluso l'avvenuta perdita di chance, sulla base delle conclusioni dei vari consulenti tecnici, che la tempestiva diagnosi tumorale abbia comportato con l'apprestamento di una terapia diversa da quella eseguita del follow-up e segnatamente quella chemioterapica, la possibilità per la paziente di avere un qualche miglioramento apprezzabile di durata o qualità della vita.

**I TESTI DELLE SENTENZE SONO DISPONIBILI SUL SITO WWW.ANAAO.IT**

te applicato i principi in tema di nesso causale da condotta omissiva.

La "causalità". Ai fini della cosiddetta "causalità materiale" la giurisprudenza e la dottrina prevalenti, in applicazione dei principi penalistici, di cui agli artt. 40 e 41 c.p., ritengono che un evento è da considerare causato da un altro se, ferme restando le altre condizioni, il primo non si sarebbe verificato in assenza del secondo (c.d. teoria della

466 unità di personale rispetto a quanto previsto nella vecchia pianta organica di fatto mai andata a regime. In tutto il personale del ministero della Salute, tra Roma e gli uffici periferici sparsi per la penisola, si bloccherà a 2.054 unità. Viene poi creato ex novo un Ufficio centrale con competenze trasversali che vanno dalle risorse, all'organizzazione, al bilancio. Mentre i risparmi a regime dovrebbero raggiungere oltre 25 milioni di euro l'anno.

"Il nuovo assetto della Salute - ha detto il Ministro Fazio - consentirà di conseguire attraverso una razionalizzazione delle strutture notevoli risparmi di

spesa e di migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema. Quando il Regolamento entrerà a pieno regime avremo un assetto più agile e snello con tre Dipartimenti al posto dei quattro attuali, la riduzione del 20% dei posti di funzione dirigenziale generale e la creazione di un Ufficio centrale con competenze trasversali che vanno dalle risorse, all'organizzazione, al bilancio". Nel dettaglio questi i tre Dipartimenti e il nuovo Ufficio risorse, organizzazione e bilancio

**Il Dipartimento sanità pubblica e innovazione, che sarà articolato nelle seguenti direzioni generali:**

\* Direzione generale della

prevenzione.

- \* Direzione generale della ricerca sanitaria e biomedica e della vigilanza sugli enti.
- \* Direzione generale dei rapporti europei e internazionali.
- \* Direzione generale della comunicazione e delle relazioni istituzionali.

**Il Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Ssn, che sarà articolato nelle seguenti direzioni generali:**

- \* Direzione generale della programmazione sanitaria.
- \* Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario.
- \* Direzione generale delle

professioni sanitarie e delle risorse umane del Ssn.

- \* Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure.
- Il Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute, che sarà articolato nelle seguenti direzioni generali:**

- \* Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari.
- \* Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione.
- \* Direzione generale degli organi collegiali per la tutela della salute (ovvero

il Consiglio superiore di sanità e il Comitato nazionale per la sicurezza alimentare).

**L'Ufficio generale delle risorse, dell'organizzazione e del bilancio, infine, avrà il compito di organizzare, razionalizzare e innovare i modelli organizzativo gestionali, i processi e le strutture degli uffici centrali e periferici del Ministero. Si occuperà in generale del personale e dell'attuazione degli indirizzi della Conferenza permanente dei Capi dipartimento in materia di gestione delle risorse umane, dei servizi comuni e degli affari generali. All'Ufficio anche il compito del bilancio del Ministero.**



Fédération Européenne des Médecins Salariés  
European Federation of Salaried Doctors

# CONVEGNO FEMS-ANAAO

# LE CONDIZIONI DI LAVORO DEL MEDICO IN EUROPA

**CATANIA**

**29 SETTEMBRE 2011**

PALAZZO DELLA CULTURA,  
VIA VITTORIO EMANUELE 121



## FEMS

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

## ANAAO ASSOMED

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

## DIRIGENZA MEDICA

Il mensile  
dell'Anaa Assomed

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

Direttore  
Costantino Troise

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

Coordinamento  
redazionale  
Ester Maragò

Progetto grafico  
e impaginazione:  
Daniele Lucia  
Barbara Rizzuti

Periodico Associato

**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE  
EDITORIALE PERIODICI A RESPONSABILITÀ

Editore



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

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di luglio 2011