I.F.B. STRODER

Il Sole 24 ORE

Sanità

Anno XV - n. 3
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
24-30 gennaio 2012
www.24oresanita.com

I.F.B. STRODER

Censimento in vista delle elezioni FnomCeo: aumenta il peso dei sindacati tra i presidenti locali

L'esercito dei medici perde pezzi

Già anticipate nel 2011 le battute d'arresto della crescita che erano previste dal 2015

Tempo d'elezioni, per la Federazione nazionale dei medici e degli odontoiatri. Che in vista del voto di fine marzo per il rinnovo dei vertici 2012-2014 passa alla conta degli iscritti agli Ordini. Con una sorpresa: la leggendaria pletora medica segna il passo e mostra per la prima volta una significativa frenata. Il trend degli iscritti, sempre positivo, rallenta e anticipa la flessione annunciata a partire dal 2015. Ad avviare la "gobba pensionistica" contribuisce più di un fattore: la corsa alla pensione - iniziata da qualche anno a questa parte soprattutto tra gli ospedalieri - e la tendenza a lasciare l'Ordine già al momento dell'uscita dal lavoro. Un fenomeno nuovo, quest'ultimo, che gli stessi vertici Fnom attribuiscono a una crescente "disaffezione" nei confronti dell'istituzione ordinistica.

Dall'analisi degli iscritti esce vincente il sindacato: i presidenti sindacalizzati erano il 49% nel 2009, sono il 66% nel 2012.

A fronte di queste novità, sembra quasi certa la riconferma della leadership, almeno nel tandem Bianco-Benato. E anche il programma, se le urne dovessero confermarli, sarà nel segno della continuità. In agenda la legge di riforma degli Ordini, l'Ecm, l'innovazione e un rinnovato Codice deontologico.

A PAG. 2-3

Professionisti in cerca d'identità

La grande crisi del dentista

Perdono il 20% dei pazienti e il 30% del tempo di lavoro. Sono i dentisti fotografati dall'ultima indagine Andi, qui presentata in anteprima. Quasi la metà percepisce un peggioramento professionale ed economico rispetto al 2010. La ricetta anti-crisi? Investimenti hi-tech e un cambio di passo sui fondi integrativi.

A PAG. 4-5

Ecco i redditi dichiarati al Fisco

Cud 2010 (le dichiarazioni dei redditi 2009 analizzate dal Dipartimento Finanze dell'Economia): i redditi più "ricchi" sono quelli dei notai, come è emerso anche dall'analisi degli studi di settore, ma a seguire ci sono ancora le farmacie, seguite dai chirurghi e dagli studi dei medici di medicina generale. I dentisti sono al settimo posto.

A PAG. 6

MILLEPROROGHE

Intramoenia: solo sei mesi

Passa un emendamento Pd: l'Alpi scade il 30 giugno

A sorpresa - ma il parere "consultivo" della Affari sociali lo aveva già annunciato - la proroga dell'intramoenia allargata (Alpi) si riduce dal 31 dicembre 2012 al 30 giugno. E gli fa compagnia alla stessa data anche il termine per la costruzione delle strutture da dedicare alla libera professione che nel testo originario del Dl era stato fissato alla fine del 2014 e che ora invece di tre anni avrà solo sei mesi.

A PAG. 10

Libera professione: vi dico la verità

Tre tipi di intramoenia a disposizione delle aziende, uno dei pochi flussi, secondo Costantino Troise e Carlo Palermo dell'Anaao, di denaro "fresco" intercettato dalle loro casse.

TROISE E PALERMO A PAG. 20

Raffica di scioperi a difesa dell'Enpam

Il 10 e il 13 febbraio tocca ai medici di famiglia, l'11 e il 12 alla guardia medica: sciopero Fimmg per difendere l'autonomia dell'Enpam. Sumai e Fimp sulla stessa lunghezza d'onda.

A PAG. 20

L'affondo Antitrust pro generici

Supermulta da 10,6 milioni dell'Antitrust alla Pfizer per illeciti concorrenziali gravi, che hanno ritardato di sette mesi l'ingresso sul mercato di prodotti generici, garantendo un vantaggio monopolista da 17 milioni. Il Ssn ne avrebbe persi 14.

A PAG. 18

La farmacia degli scontenti

Tutti confusi, tutti delusi. Week end senza riposo e senza allegria per i professionisti del bancone, a nanna per sette giorni consecutivi col rebus allucinante dei resti (di popolazione, s'intende). Cinquemila, seimila, settemila farmacie in più. Mille, duemila, tremila ovvero quasi quattromila esercizi di vicinato col forfait sul collo. Da una sponda e dall'altra hanno dato i numeri, sull'allucinante pallottoliere di quella pianta organica che a ben vedere se la disegneranno le Regioni come converrà loro.

«La crescita non si costruisce in laboratorio - recita la relazione al Dl di Fase 2 - la garantiscono, la assicurano, la realizzano i cittadini e le imprese». Bello! Peccato però che i cittadini venditori (a qualsiasi titolo) di pillole se la siano presa tanto a male. E peccato che nel broncio collettivo se la siano presa anche i medici e per di più le imprese.

Animo, dunque. Un po' d'ottimismo ci vuole. Soprattutto in farmacia.

In fondo il Dl concede le armi giuste per concorrere con la pletora annunciata: tanti sconti in più e soprattutto battenti aperti a notte fonda, col fisioterapista o l'infermiere nel retrobottega (per chi può permetterselo). E cresca chi può. (S.Tod.)

A PAG. 8-9

IN VETRINA

Italia al decimo posto in Europa nella classifica della spesa del Ssn

L'Italia è al decimo posto tra venticinque Paesi dell'Unione europea avendo investito nel 2009 - anno preso in considerazione dai tecnici della Ragioneria generale dello Stato in un confronto della spesa Ue tra cui quella sanitaria - il 7,5% della propria ricchezza per curare gli italiani. *(Servizio a pag. 11)*

Patto per la salute: show down in settimana
Le Regioni convocano una conferenza straordinaria per l'analisi politica della prima bozza del Patto 2013-2015 da chiudere entro aprile. *(Servizio a pag. 8)*

Sangue: intesa su qualità di centri e lavorazione
Via libera della Stato-Regioni ai decreti che fissano la normativa ponte sui centri trasfusionali e sulla lavorazione del sangue autoctono. *(Servizio a pag. 9)*

Aborti: 8mila con la pillola «Ru 486» nel 2011
Nel 2011 sono state vendute 7.397 scatole di Ru 486: oltre il 50% in tre Regioni. Un quarto delle «Ivg» entro le sette settimane avviene con il farmaco. *(Servizio a pag. 19)*

Gas in corsia: più gestione ai camici bianchi
In pista le nuove norme Uni En Iso 7396-1 per la gestione dei gas medicali nelle strutture sanitarie: più responsabilità per i medici. *(Servizio a pag. 15)*

GUIDA ALLA LETTURA

Primo Piano	a pag. 2 - 6
Dal Governo	8 - 9
In Parlamento	10
In Europa	11
Dibattiti	12 - 13
Inserto	I - VIII
Aziende/Territorio	14 - 19
Mercati&News	19
Lavoro/Professione	20 - 23
Fisco/Previdenza	21
La Giurisprudenza	23

A PAG. 12-13

Analisi

Politiche sanitarie in Italia: il futuro del Ssn in una prospettiva storica

A PAG. 16-17

E. Romagna

Il «profilo di nucleo» strumento di benchmark per valutare le cure primarie

A PAG. 23

Corte dei conti

Risarcisce l'Erario l'addetto Urp che non invia all'Ao una denuncia di malpractice

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Scatta il conto alla rovescia per le urne di marzo: i numeri e le priorità della Federazione

Medici, il domani della Fnom

Bianco e Renzo in "pole" per dottori e dentisti - E la "pletora" rallenta

È una Federazione ambivalente, specchio dei tempi, la Fnomceo che si prepara all'appuntamento con le urne per il rinnovo dei suoi vertici, fissato per il penultimo weekend di marzo.

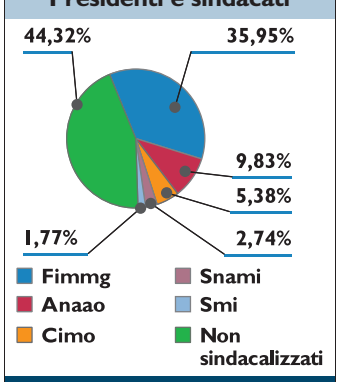
Da un lato, è praticamente certa la conferma della leadership: il ticket **Amedeo Bianco** e **Maurizio Benato** per la presidenza e la vice-presidenza della Federazione e **Giuseppe Renzo**, leader incontrastato da 15 anni, per gli odontoiatri. Gli umori sono stati sondati in occasione del Comitato centrale convocato a Torino lo scorso fine settimana, e difficilmente le candidature riserveranno sorprese. Dall'altra parte, però, le elezioni del 23-24-25 marzo prossimo sono anche l'occasione che fa emergere le tante difficoltà e le nuove emergenze di una categoria che sconta più di un disagio. Basta pensare, in generale, ai riflessi della crisi economica sulla professione; ma anche a quei provvedimenti che toccano molto da vicino una realtà in cui sono forti sia l'anima libero-professionale sia quella della dipendenza. Entrambe colpite o messe profondamente in discussione dalle manovre economiche dell'estate scorsa e, da ultimo, dai recenti provvedimenti del nuovo governo.

Le novità sugli enti previdenziali e sul trattamento pensionistico, in particolare, spingono molti dottori a scelte diverse rispetto a quelle preventivate fino a pochi mesi fa. Mentre la realtà di una categoria costretta a giocare in difesa - anche per la lentezza con cui recepisce innovazioni e novità che stanno investendo la professione con estrema rapidità - induce una fetta non indifferente di colleghi ad appendere il camice al chiodo. O a lasciare l'Ordine non appena si può.

Se si analizzano i dati sugli iscritti all'Albo dei medici, salta all'occhio come l'andamento positivo stia attraversando un rallentamento. Una battuta d'arresto non casuale. A fronte di un trend delle iscrizioni alla Federazione sostanzialmente stabile (circa 7mila in più ogni anno), è in crescita il fenomeno delle cancellazioni, in concomitanza con la data in cui il dottore va in pensione. In più, come ha denunciato nei mesi scorsi il sindacato Anaao-Assomed (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 36/2011), i medici ospedalieri stanno già anticipando quella "gobba pensionistica" annunciata per il 2015 anche dalla Federazione.

«È probabile - argomenta il vice-presidente Fnom **Maurizio Benato** - che il primo aspetto del fenomeno sia da attribuire a una crescente disaffezione nei confronti dell'Ordine, istituzione-simbolo di una professione i cui connotati si sono modificati a ritmi tali da renderne difficilmente comprensibile il nuovo profilo a un'intera classe di medici, di formazione anni '70. La spinta alla managerialità e all'informatizzazione, le modifiche nel rapporto con il paziente dettate dalla telemedicina e dall'impiego massiccio delle nuove tecnologie, il carico di doveri burocratico-amministrativi: sono tutti elementi difficilmente "digeribili" per una fetta di colleghi. Non a caso è nato il movimento "slow medicine". Mentre l'Ordine fa fatica a inviare i messaggi più appropriati e a indirizzare i propri iscritti».

Presidenti e sindacati



Ma lo stop all'ampliarsi della pletora non si riduce certo a questa spiegazione. Molti ospedalieri, come detto, decidono di ritirarsi già a 65 anni. «Un fenomeno - rileva ancora Benato - cominciato almeno da 3 o quattro anni. Del resto, si stima che tra gli stessi iscritti Fnom i medici dipendenti siano calati di 3-4mila unità, dai 110mila registrati nell'ultima tornata elettorale».

E non è tutto. Allarmati dalle novità contenute nel decreto "Salva-Italia", i medici delle classi 1949-'50 -'51 potrebbero essere indotti a modificare i piani pensionistici. Una volta verificati i requisiti, e alla luce delle modifiche che già alla fine di quest'anno investiranno l'Enpam, molti professionisti stanno meditando di andare subito in quiescenza. Per questo si può ipotizzare che la gobba pensionistica cambi forma, trasformandosi piuttosto in un'"onda lunga": anticipata, da un lato, dalle decisioni di pensionamento immediato di quanti hanno i requisiti e posticipata, dall'altro lato e sempre per effetto della manovra di Natale, dall'allungamento dell'età pensionabile.

Temi su cui la Federazione sta cominciando a ragionare e a lavorare. Attenta, però, a non gettare la benzina sul fuoco di quanti già gridano a un rischio-emorragia per la categoria medica. E magari chiedono, guidati da altri interessi, l'addio al numero chiuso per le iscrizioni a Medicina. Senza motivo: i registrati nell'Albo dei medici, per ora, continuano a mostrare il segno "più" e il rapporto dottore/paziente, al netto dei circa 40mila professionisti non più attivi e dei circa 52mila odontoiatri, resta ancora alto.

Le preoccupazioni della Federazione che verrà nel triennio 2012-2014, nel segno della continuità con l'esecutivo attuale e al netto del "maquillage" imposto dal cambio al vertice anche in Omceo molto influenti (si vedano le tabelle sull'identikit e sui "pesi" di ogni Ordine), sono piuttosto quelle di traghettare la Federazione verso la modernità. A cominciare dalla legge di riforma degli Ordini, che è passata alla Camera e aspetta il vaglio del Senato.

Due tornate elettorali a confronto

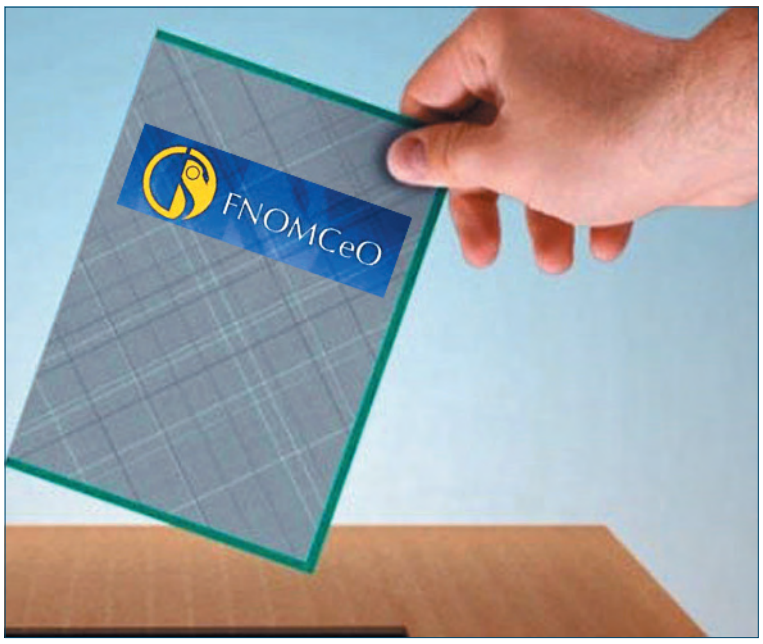
Regioni	Iscritti agli Ordini dei medici			Iscritti agli albi degli odontoiatri			Totale		
	2012	2009	Diff.	2012	2009	Diff.	2012	2009	Diff.
Piemonte	23.871	23.218	653	4.404	4.330	74	25.656	24.839	817
Valle d'Aosta	612	579	33	78	78	0	659	623	36
Lombardia	54.004	52.783	1.221	9.590	9.417	173	58.145	56.924	1.221
Pa Bolzano	2.509	2.396	113	383	354	29	2.766	2.613	153
Pa Trento	2.378	2.276	102	445	435	10	2.597	2.466	131
Veneto	24.072	23.988	84	4.592	4.508	84	26.161	25.905	256
Friuli V.G.	7.233	6.974	259	1.362	1.309	53	7.784	7.512	272
Liguria	12.202	12.007	195	2.106	2.107	-1	13.152	12.938	214
Emilia-Romagna	28.196	27.244	952	4.346	4.245	101	30.270	29.163	1.107
Toscana	24.685	24.071	614	3.901	3.831	70	26.685	25.920	765
Umbria	6.177	6.040	137	936	912	24	6.611	6.431	180
Marche	8.561	8.345	216	1.398	1.376	22	9.285	9.025	260
Lazio	44.505	41.592	2.913	6.377	5.939	438	47.708	44.405	3.303
Abruzzo	9.398	9.133	265	1.624	1.584	40	10.192	9.873	319
Molise	2.127	2.048	79	305	292	13	2.276	2.305	-29
Campania	37.224	36.318	906	4.745	4.384	361	39.254	39.480	-226
Puglia	23.126	22.506	620	3.433	3.311	122	24.761	23.971	790
Basilicata	3.048	2.989	59	414	392	22	3.254	3.162	92
Calabria	14.829	14.383	446	1.865	1.899	-34	15.702	15.187	515
Sicilia	34.828	34.198	630	3.918	3.752	166	37.213	36.358	855
Sardegna	12.179	11.997	182	1.519	1.438	81	12.975	12.697	278
Totale	**375.764**	**365.085**	**10.679**	**57.741**	**55.893**	**1.848**	**403.106**	**391.797**	**11.309**

Nota: Le doppie iscrizioni sono contabilizzate sia tra i medici che tra gli odontoiatri così come si utilizza per il calcolo elettorale, mentre sul totale generale degli iscritti agli Ordini sono contati una sola volta

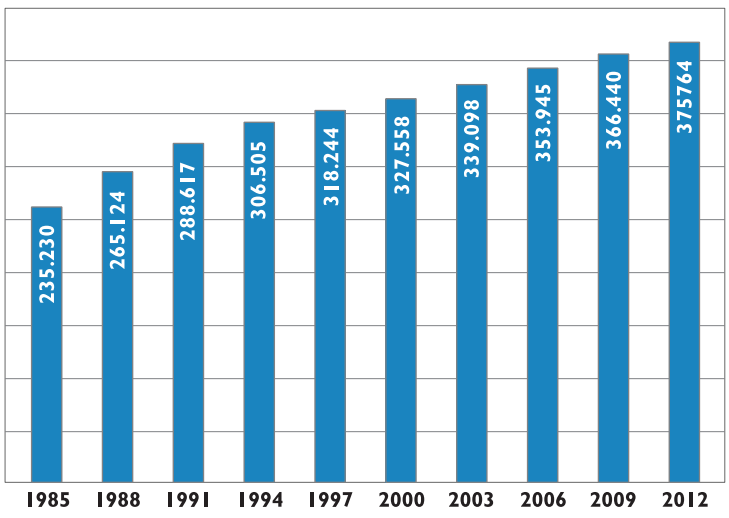
I nuovi vertici degli Ordini provinciali

Ordine	Presidente	Vice presidente	Presidente Cao
Agrigento	Giuseppe Augello	Geraldo Alongi	Salvatore Casà
Alessandria	Mauro Cappelletti	Gian Mario Santamaria	Giovanni Iacono
Ancona	Fulvio Borromei	M. Beatrice Bilò	Federico Fabbri
Aosta	**Roberto Rosset**	Piero Sirianni	Renè Vierin
Arezzo	**Lorenzo Droandi**	Amedeo Bianchi	Giovacchino Raspini
Ascoli Piceno	Antonio Avolio	Italo Paolini	Albino Emidio Pagnoni
Asti	Mario Alfani	Claudio Lucia	Ferruccio Balistreri
Avellino	Antonio d'Avanzo	Giuseppe Rosato	Raffaele Iandolo
Bari	**Filippo Anelli**	Franco Lavalle	Cristian Intini
Bat *(Barletta, Andria, Trani)*	Benedetto Del Vecchio	Giuseppe Coratella	**Fabio De Pascalis**
Belluno	Umberto Rossa	Gioacchino Carubia	Alessandro Zovi
Benevento	Vincenzo Luciani	Alberico d'Auria	Giovanni Moleti
Bergamo	Emilio Pozzi	Livio Abonante	**Stefano Almini**
Biella	Giuseppe Calogero	Adriana Paduos	Gabriele Jon
Bologna	Giancarlo Pizza	Luigi Bagnoli	Carlo d'Achille
Bolzano	**J. Andreas Von Lutterotti**	Michele Comberlato	**Georg Vesco**
Brescia	**Ottavio Di Stefano**	Luisa Antonini	Luigi Veronesi
Brindisi	Emanuele Vinci	Arturo Oliva	Antonio Valentini
Cagliari	Raimondo Ibba	Giuseppe Chessa	Gerhard K. Seeberger
Caltanissetta	Arcangelo Lacagnina	Aldo Siverino	Giuseppe Costa
Campobasso	Gennaro Barone	Marcello Di Falco	Attilio Cicchetti
Caserta	Federico Iannicelli	Vincenzo Cappello	**Pietro Nuzzo**
Catania	**Massimo Buscema**	Domenico Grimaldi	Gianpaolo Marcone
Catanzaro	Vincenzo A. Ciconte	Vincenzo Larussa	Salvatore De Filippo
Chieti	Ezio Casale	Francesco Valente	Rocco Del Conte
Como	Gianluigi Spata	Licia Snider	Massimo Mariani
Cosenza	Eugenio Corcioni	Mario Santelli	Giuseppe Guarnieri
Cremona	**Gianfranco Lima**	Fabrizio Mauri	Ernesto Guarneri
Crotone	Enrico Ciliberto	Giuseppe Varrina	Corrado Bellezza
Cuneo	Salvio Sigismondi	Pietro Leli	**Gian Paolo Damilano**
Enna	Renato Mancuso	Emanuele Cassarà	Antonino Carmelo Cassarà
Fermo	Anna Maria Calcagni	Annamaria Totò	Costantino Sntrappa
Ferrara	Bruno Di Lascio	Massimo Masotti	Cesare Brugiapaglia
Firenze	Antonio Panti	Mario Barresi	Alexander Peirano
Foggia	Salvatore Onorati	Angelo S. Graziano	Pasquale Pracella
Forlì - Cesena	Giancarlo Aulizio	Michele Gaudio	Maurizio Di Lauro
Frosinone	Fabrizio Cristofari	Stefano Brighi	**Marco Canegallo**
Genova	Enrico Bartolini	Alberto Ferrando	Massimo Gaggero
Gorizia	Roberta Chersevani	Albino Visentin	**Paolo Coprivez**
Grosseto	Sergio Bovenga	Nicola Briganti	Andrea Ulmi
Imperia	Francesco Alberti	Angelo Granieri	Rodolfo Berro
Isernia	Sergio Tartaglione	Angelo Trabassi	**Giorgio Berchicci**
L'Aquila	Maurizio Ortu	Sergio Placidi	Luigi Di Fabio
La Spezia	Salvatore Barbagallo	Antonio Mannironi	Sandro Sanvenero
Latina	Giovanni M. Righetti	Mario Cavallini	Luigi Stamegna
Lecce	Luigi Pepe	Riccardo S. Monsellato	Fernando Renis
Lecco	Francesco De Alberti	Carlo Rota	Alberto Codazzi
Llvorno	Eliano Mariotti	Vincenzo Paroli od.	Vincenzo Paroli
Lodi	Massimo Vajani	Giuseppe Minestra	Marco Landi
Lucca	Umberto Quiriconi	Giovanni Cosma Volpe	**Massimo Fagnani**
Macerata	Americo Sbriccoli	Romano Mari	Piercarlo Fuscà
Mantova	Marco Collini	Stefano Bernardelli	Massimo Nardini
Massa Carrara	Carlo Manfredi	Mario Battistini	**Stefano Mirenghi**

Nota: I nomi in neretto indicano i neo presidenti



Medici: trend delle iscrizioni negli anni



Da qui si punterà a sciogliere una serie di nodi, tra i quali il sistema elettivo che ancora limita l'effettivo diritto alla scelta dei leader ordinistici.

Poi ci sono temi sostanziali e forti come quello della formazione Ecm, di cui la Fnomceo si dichiara "scippata", a livello regionale, da una realtà amministrativa che sovrasta quella ordinistica e professionale.

Infine, non certo in ordine di priorità, c'è l'esigenza di governare i grandi temi emergenti, gli stessi imputati di creare disagio tra gli iscritti: dall'informatica applicata alla medicina all'organizzazione del governo clinico, in cui il medico teme di smarrire la propria identità. Aspetti che con ogni probabilità andranno affrontati e poi recepiti dal Codice deontologico, in continua e necessaria evoluzione.

Ultima annotazione riguarda i neo presidenti degli Ordini che daranno vita alla kermesse elettorale: quelli sindacalizzati erano il 49% nel 2009, sono il 66% nel 2012, anche se giurano i più, il lavoro ordinistico resterà sempre super partes.

Paolo Del Bufalo
Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Camici bianchi e odontoiatri: il "peso" degli Ordini al voto

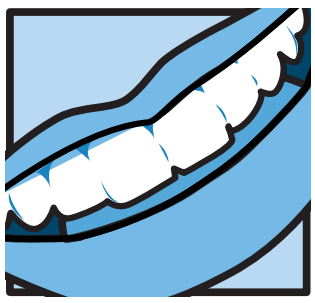
Ordini	Medici		Odontoiatri	
	Iscritti	Voti	Iscritti	Voti
Agrigento	2.655	14	365	2
Alessandria	2.056	11	382	2
Ancona	3.117	16	487	3
Aosta	612	4	78	1
Arezzo	1.736	9	290	2
A. Piceno	1.262	7	212	2
Asti	856	5	176	1
Avellino	2.513	13	282	2
Bari	8.388	42	1.202	7
Bati	1.645	9	262	2
Belluno	959	5	166	1
Benevento	1.745	9	190	1
Bergamo	4.327	22	853	5
Biella	854	5	152	1
Bologna	9.047	46	1.340	7
Pa Bolzano	2.509	13	383	2
Brescia	5.992	30	1.140	6
Brindisi	1.844	10	328	2
Cagliari	6.458	33	805	4
Caltanissetta	1.579	8	184	1
Campobasso	1.472	8	223	2
Caserta	5.226	27	628	4
Catania	8.710	44	936	5
Catanzaro	3.199	16	347	2
Chieti	2.816	15	449	3
Como	2.647	14	530	3
Cosenza	4.713	24	718	4
Cremona	1.612	9	246	2
Crotone	1.060	6	68	1
Cuneo	2.450	13	440	3
Enna	1.066	6	102	1
Fermo	786	4	136	1
Ferrara	2.735	14	400	2
Firenze	7.648	39	1.210	7
Foggia	3.837	20	518	3
Forlì-Cesena	2.016	11	360	2
Frosinone	2.469	13	430	3
Genova	8.287	42	1.321	7
Gorizia	764	4	156	1
Grosseto	1.249	7	197	1
Imperia	1.028	6	220	2
Isernia	655	4	82	1
La Spezia	1.253	7	234	2
L'aquila	2.399	12	444	3
Latina	2.600	13	401	2
Lecce	4.620	24	635	4
Lecco	1.447	8	248	2
Livorno	1.850	10	303	2
Lodi	742	4	146	1
Lucca	2.330	12	436	3
Macerata	1.595	8	235	2
Mantova	1.605	8	264	2
Massa Carrara	1.196	6	232	2
Matera	1.105	6	167	1
Messina	5.777	29	588	3
Milano	22.277	112	3.783	19
Modena	4.029	21	585	3
Monza B.	3.372	17	635	4
Napoli	21.063	106	2.757	14
Novara	2.114	11	295	2
Nuoro	1.323	7	153	1
Oristano	772	4	99	1
Padova	6.728	34	1.142	6
Palermo	8.787	44	1.001	5
Parma	3.256	17	462	3
Pavia	4.599	23	700	4
Perugia	4.715	24	702	4
Ps-Urbino	1.801	9	328	2
Pescara	2.560	13	441	3
Piacenza	1.382	7	251	2
Pisa	3.758	19	479	3
Pistoia	1.395	7	245	2
Pordenone	1.373	7	396	2
Potenza	1.943	10	247	2
Prato	994	5	199	1
Ragusa	1.768	9	179	1
Ravenna	1.962	10	284	2
Reggio C.	4.744	24	572	3
R. Emilia	2.032	11	320	2
Rieti	847	5	136	1
Rimini	1.737	9	344	2
Roma	37.168	189	5.207	26
Rovigo	1.001	5	168	1
Salerno	6.677	34	888	5
Sassari	3.626	19	462	3
Savona	1.634	9	331	2
Siena	2.529	13	310	2
Siracusa	2.304	12	239	2
Sondrio	841	5	145	1
Taranto	2.792	14	488	3
Teramo	1.623	9	290	2
Terni	1.462	8	234	2
Torino	13.934	70	2.673	14
Trapani	2.182	11	324	2
Pa Trento	2.378	12	445	3
Treviso	3.142	16	680	4
Trieste	2.023	11	295	2
Udine	3.073	16	515	3
Varese	4.543	23	900	5
Venezia	3.758	19	752	4
Verbania	803	4	141	1
Vercelli	804	4	145	1
Verona	5.234	27	1.007	5
V.Valentia	1.113	6	160	1
Vicenza	3.250	17	677	4
Viterbo	1.421	8	203	1
Totale	**375.764**	**1.879**	**57.741**	**289**

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su dati Ced-Fnomceo

e l'inquadramento per area contrattuale

Ordine	Presidente	Vice presidente	Presidente Cao
Matera	■ Raffaele Tataranno	M. Cristina Mencoboni	Domenico Andrulli
Messina	■ Giacomo Caudo	C. Salpietro Damiano	Giuseppe Renzo
Milano	■ **Roberto Carlo Rossi**	Giuseppe Bonfiglio	G. Valerio Brucoli
Modena	■ Nicolino d'Autilia	Beniamino Lo Monaco	Domenico Andrulli
Monza e Brianza	■ **Carlo M. Teruzzi**	Daniele M. Arosio	**Giancarlo Barbon**
Napoli	■ Bruno Zuccarelli	Vincenzo Schiavo	**Antonio Di Bellucci**
Novara	■ Silvio Maffei	Federico d'Andrea	**Michele Montecucco**
Nuoro	■ Luigi Arru	Antonino Giunta	Pasquale Merlini
Oristano	■ Antonio Luigi Sulis	Gianfranco Delogu	Giuseppe F. Cicero
Padova	■ Maurizio Benato	Cosimo Guerra	**Ferruccio Berto**
Palermo	■ Salvatore Amato	Giovanni Merlino	Mario Marrone
Parma	■ Pierantonio Muzzetto	Paolo Ronchini	Angelo Di Mola
Pavia	■ Giovanni Belloni	Claudio Lisi	Domenico Camassa
Perugia	■ Graziano Conti	Valerio Sgrelli	Andrea Donati
Pesaro Urbino	■ **Leo Mencarelli**	Luciano Fattori	Giovanni Del Gaiso
Pescara	■ Enrico Lanciotti	Antonio Natarelli	Giovanni Del Fra
Piacenza	■ **Augusto Pagani**	Anna Maria Greco	**Stefano Pavesi**
Pisa	■ Giuseppe Figlini	Giampaolo Bresci	Franco Pancani
Pistoia	■ Egisto Bagnoni	Paola David	Paolo Ginanni
Pordenone	■ Piero Cappelletti	Guido Lucchini	Alfio Matarazzo
Potenza	■ Enrico Mazzeo Cicchetti	Rocco Paternò	Maurizio Capuano
Prato	■ Luigi Biancalani	Francesco Sarubbi	Giuseppe Magro
Ragusa	■ **Giorgio Martorana**	Aldo Billone	Giuseppe Tumino
Ravenna	■ Stefano Falcinelli	Andrea Lorenzetti	Giorgio Papale
Reggio Calabria	■ Pasquale Veneziano	Giuseppe Zampogna	Filippo Frattima
Reggio Emilia	■ Salvatore De Franco	Maria Brini	**Marco Sarati**
Rieti	■ Dario Chiriacò	Luigi Bellagamba	**Mario Baldi**
Rimini	■ Maurizio Grossi	Franco Mandolesi	Pier Paolo Barchiesi
Roma	■ **Roberto Lala**	Giuseppe Lavra	**Brunello Pollifrone**
Rovigo	■ Francesco Noce	Antonio Bononi	Bruno Noce
Salerno	■ Bruno Ravera	Giovanni d'Angelo	**Gaetano Ciancio**
Sassari	■ Agostino Sussarellu	Rita Nonnis	Pier Luigi Delogu
Savona	■ Ugo Trucco	Edmondo Bosco	**Gabriele Zunino**
Siena	■ **Roberto Monaco**	Giovanni Carriero	Massimo Bernini
Siracusa	■ Biagio Scandurra	Anselmo Madeddu	Dario Di Paola
Sondrio	■ Alessandro Innocenti	Vincenzo Catinella	Alfredo Tafuro
Taranto	■ Cosimo Nume	Salvatore Montorsi	Carmine Bruno
Teramo	■ Cosimo Napoletano	Glauco Appicciafuoco	Albina Latini
Terni	■ Aristide Paci	Michele A. Martella	Franco Borsaro
Torino	■ Amedeo Bianco	Guido Giustetto	**Gianluigi d'Agostino**
Trapani	■ Giuseppe Morfino	Maurizio Terzo	Alberto Adragna
Trento	■ Giuseppe Zumiani	Monica Costantini	Fausto Fiorile
Treviso	■ Giuseppe Favretto	Brunello Gorini	Luigino Guarini
Trieste	■ Claudio Pandullo	Dino Trento	Diego Paschina
Udine	■ **Maurizio Rocco**	Luigi Conte	Giovanni Braga
Varese	■ Roberto Stella	Giovanna Beretta	**Jean Louis Cairoli**
Venezia	■ Maurizio Scassola	Giovanni Leoni	**Giuliano Nicolin**
Verbano Cusio Ossola	■ Daniele Passerini	Giorgio Vanni	Claudio Buffi
Vercelli	■ Pier Giorgio Fossale	Giovanni Scarrone	Alberto Libero
Verona	■ **Roberto Mora**	Roberto Fostini	**Francesco Oreglia**
Vibo Valentia	■ **Antonino Maglia**	Francesco Zappia	Giovanni Rubino
Vicenza	■ Michele Valente	Romeo Igea	Paolo Pastorello
Viterbo	■ Antonio Maria Lanzetti	Luciano Sordini	Mauro Rocchetti

Legenda: ■ = ospedaliero; ■ = convenzionato; ■ = specialista convenzionato; ■ = dipendente Asl; ■ = universitario



L'ennesima denuncia della categoria in un'indagine Andi che fotografa il crollo dell'attività

Quei tempi morti dei dentisti

Pazienti in flessione del 20% - Resta inoccupato il 30% dell'orario di lavoro

Riescono a stento ad aprire uno studio. E quando, magari a cinque anni dalla laurea, hanno finalmente un proprio riunito su cui lavorare, si trovano con le sale d'attesa vuote e con tempi morti di lavoro. Riducono l'attività a un solo ambulatorio, che se è collocato nelle regioni centrali del Paese, dove a prevalere è un'economia di terziario e di servizi, ha maggiori chance di "tenere" rispetto alle aree più industrializzate del Nord-Est, nella morsa della cassa integrazione.

Continuano a perdere terreno, i dentisti d'Italia. Rispetto a cosa? A una crisi economica che scoraggia il paziente, avvezzo del resto a tariffe tradizionalmente poco abbordabili; a una posizione di rendita ormai parzialmente erosa, salvo poche eccezioni; a un mercato sconvolto dallo tsunami dell'offerta "low cost" e delle prestazioni vendute a prezzi vantaggiosi via internet. A una serie di costi fissi - in investimenti per macchinari, tecnologie, personale e studio - difficilmente comprimibili.

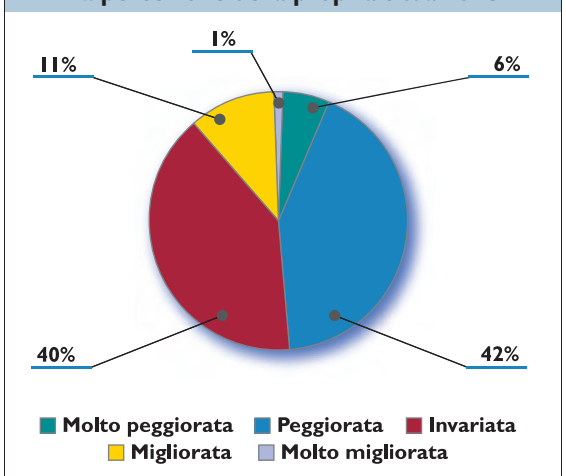
L'ennesimo allarme della categoria è contenuto nell'indagine "Come esercita la professione il dentista italiano e come si attrezza ad affrontare la crisi" - realizzata dall'Andi, l'Associazione nazionale dei dentisti italiani - che Il Sole-24 Ore Sanità anticipa in queste pagine. Secondo sindacato in ambito sanitario per numero di iscritti (a fine 2011 erano 23.197) e primo per numero di liberi professionisti rappresentati, Andi è impegnato negli ultimi anni proprio a cogliere i segnali della crisi e a cercare di orientare i propri associati. «Letteralmente smarriti – spiega il presidente **Gianfranco Prada** – davanti a una realtà nuova, che per essere affrontata necessita di essere rappresentata con estrema chiarezza».

Le cifre, dunque: rispetto ai decenni d'oro che dagli anni Sessanta ai primi Novanta consentivano l'apertura immediata di uno studio, già al momento dell'iscrizione all'Albo, le cose vanno ora ben diversamente. Tanto che il 40% dei neolaureati riesce ad avere un proprio ambulatorio non prima dei cinque anni successivi. «Del resto - argomentano ancora dal vertice Andi - i 900 giovani che escono ogni anno dal corso di laurea difficilmente dispongono o riescono a ottenere in prestito i 150mila euro che sono la somma minima per poter partire con l'attività». Dichiara di essere titolare il 35,63% nella fascia d'età tra 46 e 55 anni, mentre fino a 35 anni quasi il 69% non riesce ad aprire i battenti.

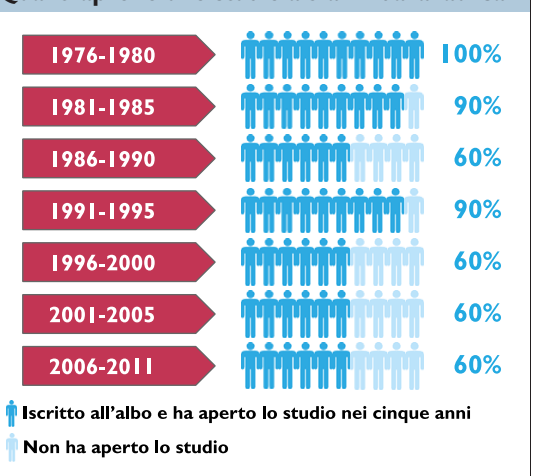
Il calo, denunciato dal sindacato, di circa il 20% dei pazienti, comporta una contrazione dell'attività ma anche dei luoghi in cui viene esercitata: oggi il 57% dei dentisti opera in un solo studio. E guadagna molto meno: il 48% del campione ritiene che la propria situazione professionale ed economica sia peggiorata (42%) o molto peggiorata (6%) rispetto al 2010. «Il fatto - prosegue Prada - è che malgrado l'adesione del sindacato alla costituzione di Confidi e per quanto la convenzione in atto ormai da anni con Compass consenta ai pazienti il pagamento diluito e a interessi zero, i dentisti pur di poter effettuare la prestazione si trasformano in finanziatori».

Trattenere o attrarre i pazienti diventa la parola d'ordine. Davanti a un utente sempre più povero, che si decide a correre in ambulatorio soltanto per un'acuzie (la classica carie dolente) e che rinvia a data da destinarsi i trattamenti riabilitativi, efficaci ma anche di gran costo, diventa cruciale mostrare il "volto umano" della categoria (a questo proposito si pensi al progetto di odontoiatria sociale lanciato nel 2008 e a cui a tutt'oggi aderiscono 6mila studi dentistici) e sfoggiare apparecchiature "hi-tech". Anche in tempi di crisi e con gli alti costi che bisogna pagare. «Le tecnologie - rimarca Prada - sono considerate uno strumento utile non solo alla professione ma pure a conquistare la fiducia del paziente. Anche se è noto che gli investimenti strutturali, insieme ai costi fissi, assorbono i due terzi degli incassi». E qui si arriva al nodo del reddito (si veda pagina 6). «Non c'è da stupirsi - precisa il presidente Andi - che il reddito medio dichiarato dal dentista si aggiri sui 48mila euro. È una cifra che corrisponde a un fatturato di studio di 140-150mila euro, in linea con la realtà estremamente variegata di una categoria che vede in attività sia giovani colleghi agli esordi sia professionisti ormai affermati. Con questo non intendiamo certo negare il fenomeno dell'evasione fiscale,

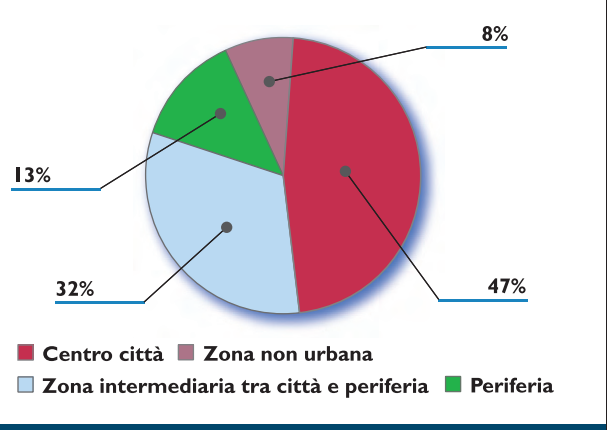
La percezione della propria situazione



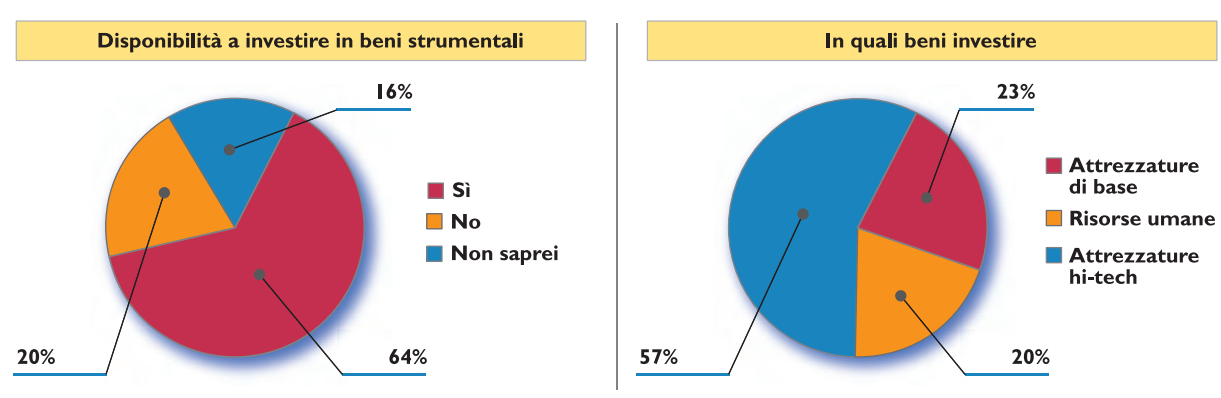
Quanti aprono uno studio a 5 anni dalla laurea



Il contesto in cui si trova lo studio principale



La reazione alla crisi



IL MONITORAGGIO CONGIUNTURALE 2011

Ricetta anti-crisi: sprint all'efficienza e tariffe ridotte

Calo parziale dei ricavi tra 2009 e 2010, previsioni pessimistiche per il 2011 (-46,3%, di fatto confermato), sotto-occupazione, riduzione netta della "pazientela" e richiesta sempre più sporadica di prestazioni complesse. Questi i dati contenuti nell'"Indagine congiunturale sulla professione odontoiatrica in Italia 2011", realizzata sempre da Andi nei mesi scorsi. Una fotografia rispetto alla quale l'analisi illustrata nell'articolo di apertura di queste pagine è una vera e propria cartina di tornasole. A conferma che il trend peggiorativo annunciato dalla categoria va di pari passo con l'aggravarsi della situazione economica nazionale.

Le linee di tendenza, secondo l'indagine congiunturale, mostrano una crescita del numero di dentisti con un solo studio. Si tende quindi a una contrazione dei costi, reazione ovvia anche alla diminuzione dei pazienti. Il tempo di lavoro è inferiore del 30,2% alla disponibilità del professionista, soprattutto per le fasce di anzianità estreme: fino a 5 anni (39,3%) e oltre i 27 anni (36,3%). A sorpresa, la "inoccupazione" colpisce più i dentisti uomini (30,8%) che le colleghe (27,5%). Perché manca la domanda: ortodonzia e protesica tracollano rispettivamente fino al 55% e all'81 per cento.

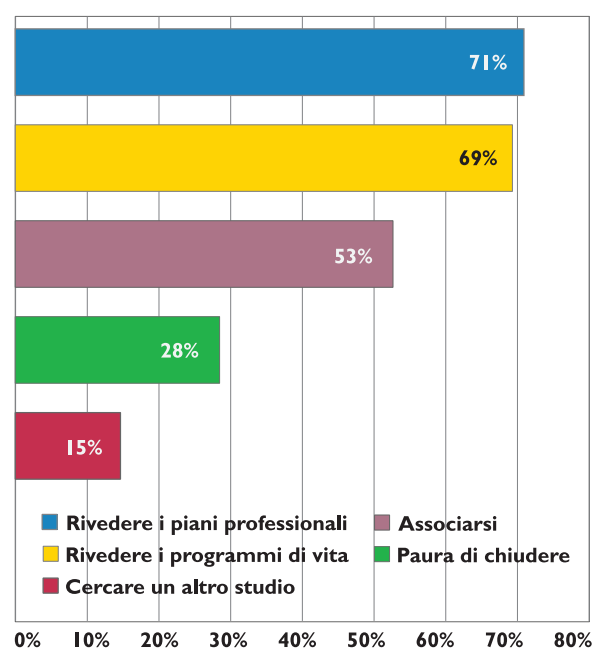
Ricavi in equilibrio, tra 2009 e 2010, per il 42% degli interpellati; ma il 21,9% denuncia una perdita fino al 15% e, il 23,6%, anche superiore a questa soglia. Nell'indagine congiunturale i ricavi attesi per il 2011 sono in larga parte uguali o inferiori al 2010. Il maggiore ottimismo rilevato tra i giovani iscritti - il 17% si aspetta un aumento - si spiegherebbe con le prospettive di crescita naturalmente più alte in chi è a inizio carriera.

Queste le sfide principali per i prossimi anni: riorganizzare il lavoro di studio in modo più produttivo ed efficiente (61,3%), investire in se stessi (54,7%), risparmiare sulle spese di studio (43,6%), trovare forme di collaborazione e/o associazione con altri studi o colleghi (35,6%), investire nello studio per aumentare l'impegno professionale (31,9%), rivedere gli onorari (17,4%) e, in ultima battuta, ricercare nuove modalità di rapporto con la componente odontoiatrica del Ssn (16 per cento).

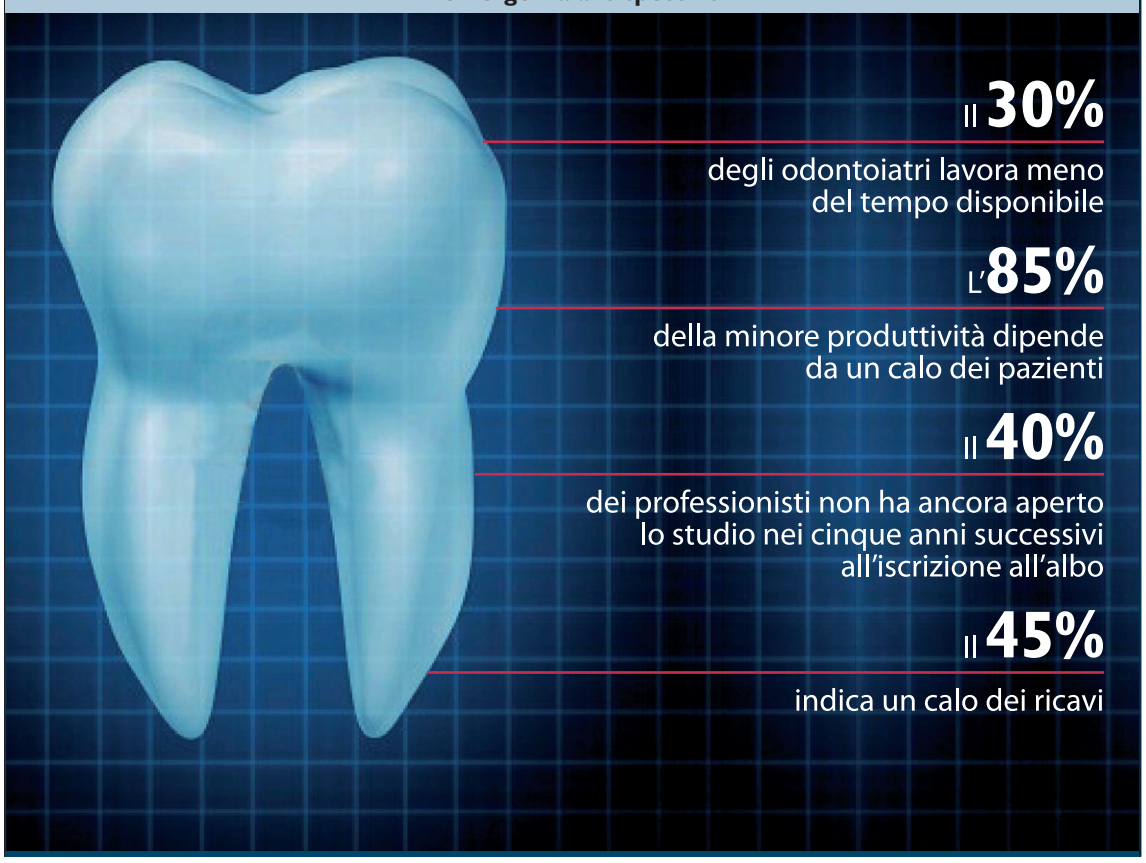
È confermata la diffidenza dei dentisti italiani rispetto ai fondi integrativi, visti negativamente perlopiù al Nord del Paese, dai dentisti uomini e da chi ha più esperienza. Pollice verso anche nei confronti dei gruppi che operano nel settore dell'odontoiatria con formule societarie, professionali e di marketing diverse dal modello libero-professionale (studio monoprofessionale): considera "negativa" la loro influenza l'82,6% del campione. A ragione, dal loro punto di vista: il loro ingresso nel mercato avrebbe influito su calo di pazienti e tariffe e avrebbe imposto una riorganizzazione dello studio per abbattere i costi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Come far fronte alle criticità professionali?



L'emergenza allo specchio



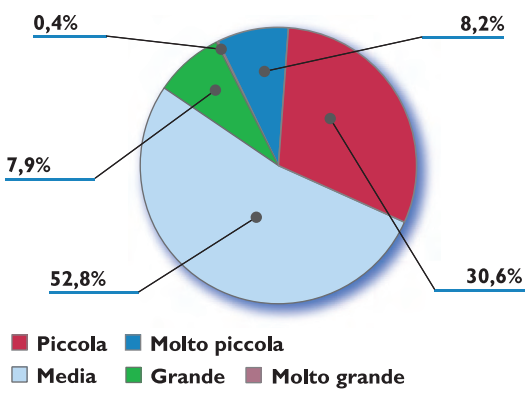
che esiste e che va combattuto e rispetto al quale abbiamo avanzato e continuiamo a sottoporre al nuovo governo una serie di ricette» (si veda articolo a fianco, *ndr*).

Resta il problema di una categoria professionale che sconta, come molte altre, un ritardo culturale nell'adeguarsi a un mercato e a una Sanità che cambia. A partire dalla percezione dello studio: la maggior parte degli intervistati nell'indagine percepisce come "media" una struttura-base di proprietà di un singolo professionista, dotata di due riuniti, un assistente e una segreteria e che si avvale di collaborazioni specialistiche esterne. Per arrivare, restando in tema di ritardo culturale, alla scommessa dei fondi integrativi, a regime dal 2010. La gran parte degli odontoiatri continua a guardare a questo strumento come a una minaccia, più che a un'opportunità. «L'atteggiamento di chiusura totale - chiarisce su questo punto Gianfranco Prada - è stato dettato fino a ieri dalla diffidenza verso un soggetto percepito come terzo abilitato a interferire nella relazione medico paziente, sia dal punto di vista economico che dell'erogazione delle cure. Oggi però serve un colpo di reni e proprio il tema dei fondi integrativi sarà al centro del nostro congresso politico, a maggio. Andi non può più restare alla finestra e lasciare che i suoi associati perdano questa opportunità. Nel frattempo, i fondi stanno reclutando sempre più studi convenzionati e il singolo, da solo, rischia di restare schiacciato dalle condizioni imposte dai fondi stessi. Per questo occorre un vero e proprio cambio di passo». La categoria è avvertita.

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Come valuti la dimensione del tuo studio



L'indagine è riferita all'universo dei dentisti italiani iscritti all'Enpam nel 2010, pari a 56.857. Essa ha previsto un campionamento stratificato secondo le caratteristiche demografiche: genere, classe di età, ripartizione geografica. La stratificazione ha garantito un livello di attendibilità predefinito e pari a un errore standard minore del 3%. Il campione è stato estratto in modo casuale dall'archivio dei dentisti iscritti ad Andi. Le eventuali distorsioni derivate da una diversa composizione tra universo di riferimento e archivio Andi sono state recuperate, così come la lieve difformità tra la numerosità del campione pianificato (1.002) e quello effettivo (958).

LE PROPOSTE AL GOVERNO

"Made in Italy" e fisco: ecco dove intervenire

Marchio da tutelare e maggiore detraibilità dei costi

L'essenza propria della scelta di essere liberi professionisti e quindi di reagire alle difficoltà piuttosto che non subirle, ha esaltato la vocazione di Andi di cercare soluzioni per sostenere un modello di esercizio professionale, prevalentemente legato allo studio monoprofessionale, oggi in sofferenza. Queste le premesse che hanno portato l'Associazione a convocare nei giorni scorsi il "Tavolo del Dentale" a cui hanno partecipato le realtà più significative del mondo professionale, artigianale, della produzione e della distribuzione odontoiatrica.

Il senso dell'incontro è stato quello di valorizzare in toto le potenzialità dello stesso in termini occupazionali e di massa critica, anche in termini economici, al fine di proporre ai ministeri competenti e in particolar modo a quello dello Sviluppo economico ipotesi per sostenere e rilanciare il settore, anche e soprattutto rispetto a un paziente che sempre più tende a disertare lo studio odontoiatrico, trascurando un bene prezioso e conquistato con sacrificio nel tempo quale la salute orale.

Pensioni, riforma sotto la lente

Significativo incremento della deducibilità fiscale delle spese odontoiatriche, reintroduzione della "Legge Tremonti-ter" applicabile alle realtà professionali, possibilità di maggior detraibilità nello stesso esercizio di beni anche di costo superiore ai 516 euro e una riduzione del periodo di ammortamento dei beni strumentali specifici odontoiatrici: ecco alcuni dei principali temi da proporre ai ministeri per cercare di rilanciare un settore di grande valenza socio-sanitaria ma anche economica per il nostro Paese. Una particolare riflessione va fatta per il settore odontotecnico che più degli altri risente di questa grave crisi, per via del virtuoso successo in termini di salute orale attribuibile alla prevenzione, ma anche per i costi legati alla complessità di questo tipo di riabilitazioni.

Più in generale, è auspicabile un'azione sia del settore ma anche di Governo per la promozione del "made in Italy" odontoiatrico - il migliore in assoluto - rispetto all'aggressiva azione di produttori sia di manufatti protesici che di beni strumentali provenienti da Cina, India e Paesi extraeuropei, sia rispetto al negativo fenomeno del "turismo odontoiatrico" (per fortuna in diminuzione).

Questi aspetti il comparto vuole palesare ai ministeri competenti, sottolineando come l'odontoiatria privata, e in particolar modo Andi, si è comunque sempre data disponibile - vedasi l'Accordo sull'odontoiatria sociale - a collaborare per trovare soluzioni che sopperiscano la sofferenza dell'offerta pubblica rispetto ai bisogni della cittadinanza.

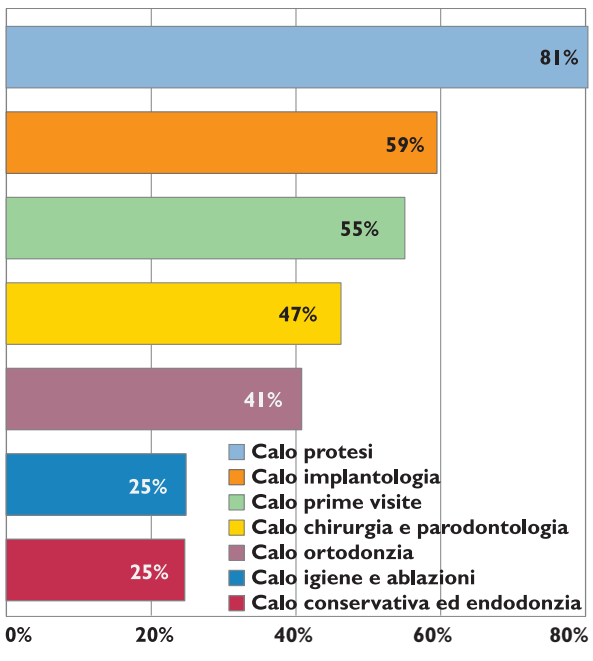
Due ultimi nuovi fattori sono importanti per il futuro professionale. Il primo riguarda la riforma previdenziale che, per soddisfare la necessità dell'equilibrio a cinquanta anni dell'Enpam, porterà a un ulteriore forte aggravio nelle uscite degli studi monoprofessionali, mettendo in discussione l'attualità di un modello sempre meno sostenibile per costi e carichi burocratici. Tutto ciò è poi da considerare anche rispetto alla nuova norma che prevede la costituzione di Società tra professionisti con l'ingresso anche di soci di capitale. Quest'ultima soluzione potrebbe favorire l'imporsi di un esercizio professionale, magari fiscalmente più vantaggioso, ma che porterebbe il dentista a essere "dipendente" della stessa, distraendo i propri contribuiti previdenziali verso altri enti.

Un altro aspetto che desta interesse è la decisione della Regione Lombardia di segnalare a tutti i pazienti che usufruiscono di cure o accertamenti da parte del Ssn, il costo sostenuto dal servizio pubblico. Una svolta culturale sempre auspicata da Andi anche per dimostrare che l'odontoiatria è una disciplina costosa allo stesso modo di tutte le altre branche della medicina. È questo un passo che potrebbe poi portare a introdurre benefici fiscali a tutti quei cittadini che dimostrassero in modo tangibile di contribuire a un abbattimento della spesa sanitaria del nostro Paese, soprattutto facendo leva sul momento preventivo.

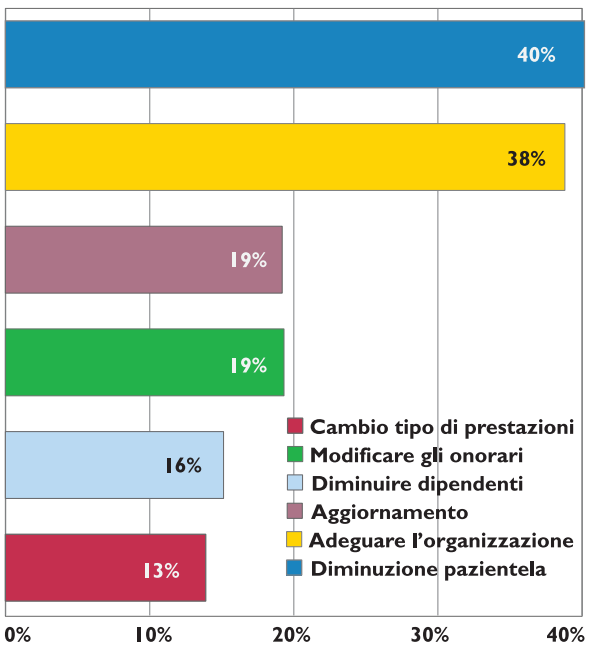
Gianfranco Prada
Presidente nazionale
Roberto Callioni
Coordinatore Servizio studi
Associazione nazionale dentisti italiani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

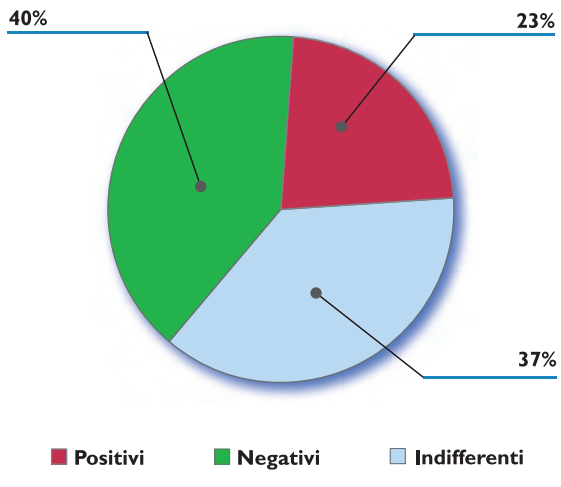
Diminuzione delle cure/prestazioni a seguito della crisi



Reazione all'entrata sul mercato dei grandi gruppi



Fondi sanitari integrativi



Il campione, pari a 5.589 dentisti, aventi le caratteristiche rilevate in fase di analisi statistiche e rientranti nella coorte del target considerato ai fini dell'analisi, è stato esaminato per genere, fasce d'età, tipo di laurea e anzianità professionale, ripartizione geografica.

DIPARTIMENTO DELLE FINANZE/ Cud 2010: classifica dei redditi delle categorie sanitarie

Quanto denuncia il dottore

Le medie: farmacie 93mila euro, dentisti 52mila, Mmg 77mila, chirurghi 90mila

La maggior parte dei medici di medicina generale dichiara al Fisco una media di 94.893 euro di guadagni in un anno, cifra quasi analoga a quella dei chirurghi (94.261). E le farmacie sono al primo posto (seconde nella classifica generale dopo i notai) con la maggior parte delle denunce che si assesta oltre 188mila euro, ma un numero consistente che comunque ne dichiara intorno a 95mila. I più "poveri" sono i dentisti che nella maggior parte dei casi (il 38%) hanno dichiarato un guadagno medio di 39.592 euro in un anno. Ma c'è anche chi in queste categorie dichiara di non aver guadagnato nulla: lo 0,13% dei medici di medicina generale, lo 0,32% dei chirurghi, lo 0,87% dei dentisti e lo 0,17% delle farmacie.

Le cifre sono quelle delle dichiarazioni dei redditi (Cud 2010 relativo ai redditi 2009) rese note dalle statistiche fiscali del Dipartimento delle Finanze del ministero dell'Economia.

Le quattro categorie nel mirino dell'analisi rappresentano oltre 77mila medici di medicina generale (si considerano tali anche i medici di guardia medica e una parte di quelli dei servizi), poco più di 12mila chirurghi, circa 37.500 studi dentistici e 12.365 farmacie.

Medici di medicina generale. Il reddito complessivo dichiarato è di quasi 6 miliardi (il budget scritto nel riparto 2010 è di 6,5 miliardi). Dalle 77.309 dichiarazioni prese in esame risulta un reddito medio di 77.190 euro l'anno. Ma suddividendo i medici per classi di reddito si nota che oltre il 52% ha un reddito medio al di sopra dei 95mila euro, ma il 9,6% non raggiunge o sfiora appena i 20mila euro e tra questi quasi il 6% è al di sotto della soglia di povertà considerata poco sotto i 13mila euro). Infine, il 10,5% dei medici di medicina generale è "più ricco": le loro dichiarazioni superano infatti i 152mila euro l'anno.

Chirurghi. È in questa professione che si trovano i medici più ricchi in base alle dichiarazioni dei redditi: oltre il 20% ha dichiarato di aver guadagnato oltre 221 milioni in un anno e il 24% è al di sopra dei 94mila euro. La media della categoria si attesta a 90.589 euro, ma una fetta consistente di chirurghi (quasi un quarto, circa il 23%) ha dichiarato un reddito inferiore alla metà: quasi 42mila euro. Anche tra i chirurghi c'è chi in base alle dichiarazioni è al di sotto della soglia di povertà: sono 863 professionisti il cui reddito dichiarato è al di sotto dei 12mila euro. Anzi, è zero per 21 di questi.

Studi odontoiatrici. La media dei redditi dichiarati è la più bassa tra le categorie esaminate: 52.299 euro. È la maggior parte della categoria (il 51,3%) ha dichiarato redditi compresi tra 20 e 39mila euro. Solo poco più del 20% ha dichiarato un reddito superiore a 92mila euro e tra questi il 6% ha superato di poco i 170mila euro in un anno. Al contrario la categoria è quella in cui si concentra il numero più elevato di dichiarazioni inferiori a zero euro: più del doppio di tutte le altre tre categorie messe assieme.

Farmacie. In questo caso la media dei redditi dichiarati è relativamente in linea (un po' al ribasso) con quella desunta dagli studi di settore (si veda articolo in basso): 93.396 euro in un anno. Oltre la metà delle farmacie inoltre (il 51%) si colloca nella fascia di reddito al di sopra dei 95mila euro e più della metà dichiara una media di 188.518 euro. Quella delle farmacie è la categoria, assieme ai medici di medicina generale, dove c'è la percentuale inferiore di chi ha dichiarato un reddito minore di zero (0,17%, 21 esercizi) anche se pure in questo settore c'è il 7% circa delle dichiarazioni che complessivamente sono al di sotto della soglia di povertà.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Servizi degli studi medici di medicina generale

Classi di reddito	Reddito complessivo		
	N. medici	Importo totale (€)	Media (€)
Minore di zero	97	-294.009	-3.031,02
da 0 a 10.000	3.702	11.728.227	3.168,08
da 10.000 a 15.000	1.210	14.971.214	12.372,90
da 15.000 a 26.000	2.423	50.572.257	20.871,75
da 26.000 a 55.000	14.663	619.394.192	42.241,98
da 55.000 a 75.000	14.780	967.926.890	65.488,96
da 75.000 a 120.000	32.334	3.068.274.172	94.893,12
oltre 120.000	8.100	1.234.952.507	152.463,27
Totale	**77.309**	**5.967.525.450**	**77.190,57**

Fonte: ministero dell'Economia - Dip. delle Finanze, statistiche fiscali

Prestazioni sanitarie svolte da chirurghi

Classi di reddito	Reddito complessivo		
	N. medici	Importo totale (€)	Media (€)
Minore di zero	39	-137.491	-3.525,41
da 0 a 10.000	936	2.977.431	3.181,02
da 10.000 a 15.000	245	3.070.933	12.534,42
da 15.000 a 26.000	618	12.877.741	20.837,77
da 26.000 a 55.000	2.814	117.869.012	41.886,64
da 55.000 a 75.000	2.172	141.135.680	64.979,59
da 75.000 a 120.000	2.997	282.502.639	94.261,81
oltre 120.000	2.524	558.030.290	221.089,66
Totale	**12.345**	**1.118.326.235**	**90.589,41**

Fonte: ministero dell'Economia - Dip. delle Finanze, statistiche fiscali

Attività degli studi odontoiatrici

Classi di reddito	Reddito complessivo		
	N. medici	Importo totale (€)	Media (€)
Minore di zero	326	-2.548.089	-7.816,22
da 0 a 10.000	2.845	10.893.344	3.828,94
da 10.000 a 15.000	1.545	19.562.758	12.661,98
da 15.000 a 26.000	5.040	104.536.431	20.741,36
da 26.000 a 55.000	14.183	561.538.515	39.592,37
da 55.000 a 75.000	5.912	378.834.161	64.078,85
da 75.000 a 120.000	5.310	491.601.601	92.580,34
oltre 120.000	2.310	395.297.168	171.124,32
Totale	**37.471**	**1.959.715.889**	**52.299,54**

Fonte: ministero dell'Economia - Dip. delle Finanze, statistiche fiscali

Farmacie

Classi di reddito	Reddito complessivo		
	N. farmacie	Importo totale (€)	Media (€)
Minore di zero	21	-373.888	-17.804,19
da 0 a 10.000	641	2.381.074	3.714,62
da 10.000 a 15.000	201	2.517.358	12.524,17
da 15.000 a 26.000	622	12.968.251	20.849,28
da 26.000 a 55.000	2.605	107.629.083	41.316,35
da 55.000 a 75.000	1.927	125.842.374	65.304,81
da 75.000 a 120.000	3.138	298.743.863	95.202,00
oltre 120.000	3.210	605.142.926	188.518,05
Totale	**12.365**	**1.154.851.041**	**93.396,77**

Fonte: ministero dell'Economia - Dip. delle Finanze, statistiche fiscali

DIPARTIMENTO DELLE FINANZE/ 2

Studi di settore: le erboristerie sono le più povere

In ambito sanitario chi guadagna di più, sia dal punto di vista dei ricavi complessivi medi che del reddito medio che questi generano, sono i farmacisti con incassi oltre cinque volte la media dei contribuenti sottoposti agli studi di settore e redditi medi che sfiorano il quadruplo della media.

A seguirli, sempre in ambito sanitario, sono gli studi medici con ricavi medi molto inferiori alla media, ma guadagni che invece superano di due volte e mezzo circa quelli medi rilevati per il 2009 da professionisti e imprese soggetti agli studi di settore dal Dipartimento delle Finanze del ministero dell'Economia in collaborazione con agenzia delle Entrate e So.Se. Spa, che li hanno resi disponibili sul proprio sito.

Analizzando i settori di interesse sanitario le circa 15mila farmacie sono al di sopra degli altri come incassi e guadagni (seconde nella classifica generale ai notai), probabilmente anche perché si tratta di un'attività del tutto sotto controllo.

Il rapporto tra incassi medi e guadagni medi tuttavia è ben più alto nel caso di attività autonome rispetto a quello di impresa. Il reddito degli stessi farmacisti infatti equivale a circa il 9% del guadagno complessivo, mentre quello degli studi medici è il 77,5% degli incassi medi totali.

Così a esempio i ricavi dei laboratori di analisi sono nettamente superiori se non si tratta di redditi da lavoro autonomo (480.400 euro contro 113.300), ma il reddito medio quasi si equivale: 48.300 euro contro 46.500 per le attività di lavoro autonomo, rispettivamente con un'incidenza sugli incassi del 10 e del 41 per cento.

Sempre al di sopra della media per reddito medio ci sono i servizi degli studi odontoiatrici, che dal ricavo medio di 144.400 euro guadagnano mediamente 47.600 euro, il 33 per cento.

Al di sotto della media dei redditi (28.400 euro) si trovano alcune attività paramediche professionali, quelle degli psicologi e dei servizi veterinari. Ma l'incidenza del reddito medio sui ricavi medi cambia: è del 45% per i paramedici, del 77,9% per gli psicologi, del 46,6% per i servizi veterinari.

Sul versante della produzione, invece, ai primi posti nella classifica ci sono i fabbricanti di apparecchi medicali e protesi che hanno un ricavo medio relativamente basso (88mila euro) ma un guadagno al terzo posto in classifica: 62.200 euro che rappresenta il 77,5% dei ricavi totali.

Al di sopra della media ci sono poi i grossisti di medicinali, articoli medicali e ortopedici, secondi in classifica dopo i farmacisti per i ricavi (861.600 euro medi) da cui però ottengono un reddito medio di 60.100 euro, poco meno del 7% quindi.

Al di sotto della media dei redditi ci sono invece il commercio al dettaglio di articoli medicali e ortopedici, la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie, quella degli occhiali. Le erboristerie chiudono la classifica dei contribuenti "sanitari" sottoposti a studi di settore con 14.700 euro di reddito, guadagnati su ricavi medi di circa 114.800 euro (12,8%).

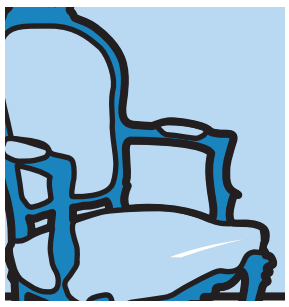
P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La classifica per il settore sanitario (migliaia di euro)

Studio di settore	Contribuenti		
	N.	Ricavi o compensi medi dichiarati	Reddito medio d'impresa o di lavoro autonomo
Farmacie	15.755	1.217,6	109,7
Studi medici	107.093	88,0	68,3
Fabbricazione di apparecchi medicali, protesi	917	565,9	62,2
Commercio ingrosso di medicinali e articoli medicali e ortop.	3.641	861,6	60,1
Laboratori di analisi cliniche e ambulatori	5.927	480,4	48,3
Servizi degli studi odontoiatrici	40.534	144,5	47,6
Laboratori di analisi cliniche (attività di lavoro autonomo)	601	113,3	46,5
Totale	**3.497.610**	**226,0**	**28,4**
Commercio al dettaglio di articoli medicali e ortopedici	2.836	277,2	27,7
Attività professionali paramediche indipendenti	25.061	57,3	25,7
Fabbricazione e riparazione di protesi dentarie	13.183	68,7	24,0
Fabbricazione e confezionamento di occhiali comuni e da vista	1.214	296,9	22,6
Attività professionale svolta da psicologi	15.068	28,5	20,8
Servizi veterinari	8.533	41,2	19,2
Erboristerie	3.977	114,8	14,7

Fonte: elaborazione Il Sole-24 Ore Sanità su Banca dati studi di settore - Ministero dell'Economia, Dipartimento delle Finanze



Presìdi, corner e vicinato col fiato sospeso sul taglia e cuci del decreto

Tutti i quorum delle farmacie sul fornello delle liberalizzazioni

Lavoro notturno, sconti à go go, generici a raffica. È il quorum che ha saltellato senza tregua in tutte le possibili varianti per poi fissarsi (nel testo approdato a Palazzo Chigi) a quota 3.000. È stata una vigilia di Cdm da agonia per le farmacie, per le parafarmacie e per i referenti politici, tirati per la giacchetta dall'una e dall'altra sponda. E non si sono divertite neanche le farmaceutiche e i medici, tirati in ballo a sorpresa dalla norma sulle ricette con vincolo d'equivalente.

A giovedì sera (termine per la stampa di questo numero del settimanale) il testo sulle liberalizzazioni al bancone (se così si vuole definirle) era ancora in fase di riscrittura e tutte le fonti davano per certo il "copia e incolla" fino all'avvio dei lavori.

In mancanza di meglio e con l'incubo di un Consiglio dei ministri sit-in, con chiusura domenicale, tutti si sono dati da fare a commentare e smontare l'ultima bozza del Dl data ancora per buona. Quella cioè col quorum a 3mila abitanti che darebbe origine a 7mila (Federfarma); 6.500 (Fofi) o 5.300 (parafarmacie) presìdi in più sul territorio nazionale, senza regalare niente a corner e parafarmacie, lasciate nuovamente (definitivamente?) a bocca asciutta dal Dl liberalizzatore. Tutte le attenzioni sono andate ai presìdi convenzionati, che di qualche attenzione forse avrebbero fatto assai volentieri a meno. Tra le novità tutte da gestire la possibilità del fuori orario e fuori turno per svolgere anche i servizi medici aggiuntivi, che trasforma i titolari in cottimisti di se stessi e la possibilità di scontare tutto il vendibile, compresa la "sacra" fascia A, appannaggio del Ssn. Una "spintarella" affettuosa, visto che di sconti sulla Fascia C - dacché ne è stata prevista la possibilità col decreto salva-Italia - al bancone ancora non c'è traccia del tutto. Poi le norme sulla cessione dell'attività: sei mesi per il subentro dei familiari, due anni per la vendita.

Un pensiero è avanzato anche per i farmacisti di parafarmacia: potranno concorrere per la gestione associata delle sedi in arrivo e faranno punteggio anche se nel frattempo avranno lavorato nei loro esercizi "a scartamento ridotto", quotati almeno al 70% rispetto ai cugini delle farmacie convenzionate. Una mano caritatevole ha cancellato la norma che avrebbe aperto le porte della parafarmacia alla C su ricetta in caso di mancata assegnazione delle sedi a concorso: una misura naturalmente foriera di ricorsi alla Consulta che il Governo ha ragione-

Possibili effetti dello shift da fascia C verso il fuori canale previsto dal Dl salva-Italia *(L 214/2011, art. 32, comma 1)*

Esclusi da legge 22/12/2011, n. 214 articolo 32, comma 1	155.786.687,13	30,07%
Esclusi da Aifa legge 22/12/2011, n. 214 articolo 32, comma 1-*bis*	192.123.291,38	37,09%
Farmaci in parafarmacia legge 22/12/2011, n. 214, articolo 32	170.122.830,00	32,84%
Fatturato totale anno canale farmacia	**26,6 miliardi di euro**	**100,00%**
Fatturato anno farmaci di fascia C	**3,3 miliardi di euro**	**12,40%**
Fatturato anno farmaci di fascia C con r.r.	**1,8 miliardi di euro**	**6,76%**
Fatturato farmaci vendibili in parafarmacia con articolo 32	**0,59 miliardi di euro**	**2,21%**
Fatturato farmaci acquisito dalla parafarmacia con articolo 32	**0,07 miliardi di euro**	**0,26%**

Distribuzione delle farmacie con l'applicazione del quorum 3mila abitanti/farmacia

Scaglioni comuni per abitanti	Comuni	Abitanti (0.000)	Farmacie	Nuove sedi *	Parafarmacie	Abitanti/ farmacie old	Abitanti/ farmacie new
Comuni fino a 3.000 ab.	4.532	586	3.794	95	129	1.546	1.508
Comuni 3.000-5.000 ab.	1.160	450	1.461	159	232	3.086	2.783
Comuni 5.000-7.500 ab.	752	464	1.226	380	316	3.786	2.890
Comuni 7.500-9.000 ab.	291	239	608	280	159	3.937	2.696
Comuni 9.000-30.000 ab.	1.051	1.595	3.753	2.412	1148	4.259	2.586
Comuni 30.000-70.000 ab.	226	990	2.458	1.045	738	4.030	2.827
Comuni oltre 70.000 ab.	82	1.707	4.836	947	1101	3.531	2.952
Totali	**8.094**	**6.031**	**18.136**	**5.318**	**3.823**		

* Sono escluse dal conteggio le 841 sedi oggi non assegnate in comuni < 1.000 abitanti

Fonte: Associazione nazionale parafarmacie (Anpi)

IN SETTIMANA LA STRAORDINARIA SUL PRIMO TESTO

Patto per la salute: conferenza il 26 gennaio

Conferenza straordinaria dei governatori giovedì 26 gennaio dedicata al Patto per la salute 2013-2015. Le Regioni confermano così la corsa verso il nuovo Patto e già i primi giorni di questa settimana è all'esame degli assessori una bozza grezza di ciò che politicamente sarà analizzato nella riunione di giovedì. Al momento di andare in stampa con questo numero del settimanale, venerdì 20 gennaio, un testo ancora non c'è, ma sono già chiari gli argomenti su cui le Regioni sono al lavoro.

L'unica voce che non entrerà nel Patto di quelle annunciate come probabili alla vigilia dell'avvio dei lavori è quella relativa ai nuovi criteri di riparto del fondo sanitario: giovedì 26 se ne comincerà a parlare, a febbraio ci sarà una conferenza ad hoc e il presidente dei governatori, Vasco Errani, ha sollecitato per questo la commissione Salute a terminare il mandato tecnico che la stessa Conferenza gli ha assegnato in collaborazione con Agenas e ministero.

Per quanto riguarda gli aspetti da analizzare e coordinare, il coordinamento della commissione Affari finanziari ha segnalato alcune criticità. La prima è che il taglio delle risorse pari a 8 miliardi per il 2013-2014 è stato confermato dal Governo con il rischio che tutte le Regioni vadano in piano di rientro se questa diminuzione delle risorse non viene sterilizzata in sede di valutazione dei bilanci regionali. La seconda è legata all'aumento dell'Iva previsto dalle due ultime manovre finanziarie che costituisce un aggravio di costi che non ha trovato finora copertura se non a carico delle Regioni. Poi ci sono le misure alternative ai ticket previste per parte del 2011 e per tutto il 2012 che non hanno garantito la copertura prevista.

Secondo la commissione, poi, la tempistica fissata dal ministero della Salute non è assolutamente automatica e scontata perché si sono volute affrontare in un unico documento due scadenze differenti: il rinnovo del Patto per la salute che è in vigore fino al 31 dicembre e la data del 30 aprile 2012 fissata dalla manovra estiva per l'intesa sui criteri necessari ad applicare le nuove regole (e i tagli) previste anche con misure alternative alla riduzione degli 8 miliardi previsti nella manovra dell'estate scorsa.

La preoccupazione dei governatori è che il «forte contributo» richiesto dal ministro della Salute alle Regioni sulla scrittura del nuovo Patto e la definizione del riparto delle risorse del fondo sanitario 2012 siano un impegno - "serio e difficile" lo hanno definito - che si rischia di non essere in grado di concludere pienamente.

Secondo le riflessioni dei governatori sugli input per il nuovo Patto, il taglio delle risorse previste per i prossimi anni è un'occasione per ripensare all'organizzazione generale dei servizi sanitari regionali prefigurando una sorta di piano di rientro nazionale nel quale tutti i soggetti interessati sono chiamati a fare la propria parte. E nel nuovo Patto per la salute dovranno essere individuati specifici interventi per le Regioni in piano di rientro.

E se all'avvio del lavoro sul Patto si è scelto di limitare a un nucleo ristretto di Regioni l'analisi delle cose da fare, i Governatori, dopo l'ultima bozza dell'indice fornita dalla Salute (si veda Il Sole-24 Ore Sanità n. 2/2012) hanno deciso di rafforzare il rapporto tra gli assessori che partecipano al tavolo con il ministro e il resto della commissione Salute, individuando strumenti ad hoc per garantire adeguata informazione e un rapporto costante anche con la commissione Affari finanziari.

E il «G21» (cioè la rappresentanza di tutte le Regioni) ha scelto una serie di argomenti da approfondire ai tavoli tecnici in questi giorni: farmaceutica e dispositivi medici (misure per l'appropriatezza e i produttori); ticket ed esenzioni (ridefinizione dei criteri partendo dal reddito e dal carico familiare collegandoli non più solo alla presenza o meno di esenzione per patologia); riforma delle cure primarie prevedendo alle Regioni la possibilità di avere a livello territoriale degli spazi di manovra che oggi non hanno; previsione dell'introduzione di una tassa di scopo per gli investimenti; ridefinizione/rivisitazione dei Lea in relazione alla diminuzione del fabbisogno.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Non possono imporci di pagare lo spread sui generici»

«Sono esterrefatto, anche se poi è sempre la stessa musica: per risolvere i problemi di bilancio si costruiscono modelli e sistemi ingiusti che permettono il trasferimento di risorse alle Regioni. Ma stavolta il meccanismo è inaccettabile».

Emilio Stefanelli, membro del comitato di presidenza di Farmindustria e voce storica delle Pmi italiane del farmaco, reagisce così alle voci circolate nei giorni scorsi sulla controproposta regionale sui tetti farmaceutici al tavolo per il Patto sulla salute. «Inaccettabile» è, secondo Stefanelli, la proposta di rimodulazione dei tetti di spesa avanzata dai tecnici dei territori: 12,1% (contro l'attuale 13,3%) per la territoriale, comprensiva però di tutto il ticket pagato dai cittadini (compresi i differenziali di prezzo versati per gli originator che non hanno ridotto i prezzi); 3,2% per l'ospedaliera (contro l'attuale 2,4%). In entrambi i casi scatterebbe un extratetto con obbligo di ripiano parziale a carico di tutte le aziende del settore (non solo quelle produttrici di farmaci ospedalieri) per una "manovra" che da sola varrebbe quasi un miliardo di minore spesa.

«Certo. Le Regioni hanno le idee chiare: basta diminuire il tetto per costringerci a pagare. E qui si pensa di diminuire anche il tetto complessivo: se si fa così lo sfondamento è assicurato», sbotta Stefanelli. «Non ci dimentichiamo il decreto Abruzzo che ci ha tolto uno 0,7% di tetto che poi è diventato un taglio permanente. Oggi si propone di passare da un complessivo 15,7 a un complessivo 15,3. E in più c'è l'incredibile pretesa che le aziende restituiscano alle Regioni lo spread sui generici... Allora con questo criterio dovremmo restituire anche i soldi della classe C».

Pollice verso insomma sui calcoli locali che «fanno passare per spesa pubblica anche quello che i cittadini decidono di pagare di tasca propria scegliendo di ritirare in farmacia il prodotto prescritto dal medico». «Quei soldi - ripete Stefanelli - non sono spesa pubblica, ma vengono conteggiati artificiosamente nel tetto della farmaceutica. Andando avanti così si rischia di far saltare il sistema industriale italiano che vanta 20mila addetti e 30mila aziende dell'indotto: è questo che le Regioni vogliono in un momento dove tutti parlano di necessità di crescita del Paese?»

Il differenziale non è pubblico

Possibile che basti questo a far saltare il sistema? Stefanelli ha gioco facile: l'aggravante è a portata di mano: «La norma sui generici inserita nella bozza di Dl sulle liberalizzazioni non arreca niente di buono: danneggia le imprese e non porta un euro in più di risparmio nelle casse dello Stato». Ma allora non c'è soluzione? «Mi sembra che la soluzione proposta dall'Aifa sia abbastanza equilibrata: distribuisce gli sforzi e lascia nella spesa ciò che è spesa. Speriamo solo di essere ascoltati anche noi a quel tavolo dove non siamo ammessi».

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

volmente sostituito prevedendo la nomina di un commissario ad acta nelle Regioni inadempienti sull'aggiornamento della pianta organica. Malesseri e malumori si sono sprecati fin dalla vigilia. Federfarma - già asserragliata in Assemblea straordinaria con l'annuncio di misure «estreme» - ha rivisto al ribasso la stima sulle nuove aperture, che tenuto conto dei resti scenderebbero a quota 3mila. La Fofi ha bollato le norme come «contraddittorie», denunciando l'impossibilità delle nuove aperture quando già mille sedi (poco redditizie) restano vacanti da anni.

Fenagifar (giovani farmacisti) ha accusato l'Esecutivo di gestione «inadeguata, insufficiente e, addirittura, per alcune delle norme inserite, assolutamente incompetente».

Ma le reazioni forse più scomposte sono state quelle dei medici alla norma che li obbliga a specificare sulla ricetta rosa l'eventuale esistenza del farmaco equivalente se costa meno. Assogenerici ha gongolato. Fimmg e Snami sono insorte. Scaccabarozzi (Farmindustria) ha lanciato un appello: «Fate le liberalizzazioni ma fatele con buon senso per evitare di dover tornare indietro... Quella norma non crea risparmio, fa solo confusione».

Ma l'impressione è che le Regioni su quella "confusione" lì ci contino eccome.

Sara Todaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VIA LIBERA DELLA STATO-REGIONI

Emoderivati a regola d'arte: un patentino a lotti e centri

Emoderivati sempre più farmaci e mai più senza Aic. È forse questo il risvolto più immediato del via libera concesso giovedì scorso dalla Conferenza Stato-Regioni ai due decreti che completano l'attuazione della normativa ponte prevista dal decreto "Milleproroghe" (legge 10/2011) che ha procrastinato al dicembre 2014 l'attuazione dell'accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 sui requisiti minimi e sulle verifiche periodiche dei servizi trasfusionali.

Il primo dei due provvedimenti fissa requisiti semplici e tassativi per l'individuazione dei centri di lavorazione e frazionamento che possono aspirare alla stipula delle convenzioni con le Regioni per la lavorazione del plasma autoctono.

I centri dovranno in particolare dimostrare di possedere adeguate dimensioni industriali, un ciclo lavorativo ad avanzata tecnologia, stabilimenti rispettosi delle norme nazionali ed europee, il possesso dell'autorizzazione alla commercializzazione in Italia dei farmaci emoderivati, nonché il processo di frazionamento in stabilimenti ubicati in Paesi Ue dove il sangue non è ceduto a fini di lucro e lavorato in regime di libero mercato. Ci sarà un mese di tempo per presentare la domanda alla Salute, poi scatteranno le verifiche dell'Aifa, della Salute e del Centro nazionale sangue: tutto il processo dovrà esaurirsi nell'arco di tre mesi e l'esito sarà vincolante per l'inserimento nell'elenco dei centri accreditati che sarà approvato con decreto della Salute. Dedicato interamente alla sicurezza e bontà degli emoderivati prodotti con plasma nazionale il secondo decreto che introduce la concessione di una Autorizzazione all'immissione in commercio a valenza nazionale da parte dell'Aifa, analogamente a quanto accade per tutti gli altri prodotti farmaceutici e il controllo di Stato sui lotti da parte dell'Iss. Le eventuali eccedenze rispetto al fabbisogno regionale o nazionale potranno essere esportate o cedute ma non a fini di lucro, solo col recupero dei costi di produzione e a patto di poter esibire in dogana l'attestazione del Centro nazionale sangue - che ha l'ultima parola sulla concessione dell'Aic - sul possesso da parte degli emoderivati dei requisiti previsti. ***(Testi su: www.24oresanita.com)***

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RISORSE DA SBLOCCARE

1106 miliardi del fondo 2011 arrivano all'esame del Cipe

Il primo via libera al riparto della quota indistinta di 104,5 miliardi del fondo sanitario 2011 era arrivato già a inizio anno. Ma le modifiche della legge 111/2011 (manovra estiva) che ha assegnato alle Regioni solo 105 milioni per la copertura dei ticket sulla specialistica fino all'entrata in vigore del decreto legge poi convertito (anziché i 380 milioni iniziali) ha costretto a una rielaborazione del riparto che il ministero della Salute ha inviato al Cipe il 14 novembre dello scorso anno. Ed è finalmentre comparso all'ordine del giorno del Comitato interministeriale nella riunione del 20 gennaio scorso, a quasi un anno di distanza dall'accordo con cui i governatori hanno ritoccato la proposta del ministero della Salute.

In realtà i riparti sottoposti al Cipe sono due.

Oltre al fondo infatti è stato dato il via libera anche al riparto a esso collegato delle somme a destinazione vincolata che valgono 2,4 miliardi (che portano il fondo a 106,9 miliardi in tutto), di cui 1,4 per la realizzazione degli obiettivi previsti dal Piano sanitario nazionale, al momento della prima approvazione del riparto ancora da stabilire visto che il Psn 2009-2011 non era stato ancora approvato, anche se nella proposta di riparto è comunque specificato che una quota dovrà essere riservata alle cure palliative. Di questi alle Regioni sarà ripartito per ora il 70%: il restante 30% arriverà solo dopo le verifiche sull'effettiva attuazione dei progetti finanziati.

Il riparto continua poi ad accantonare i 70 milioni - come nel 2010 - necessari alla copertura degli oneri legati agli accertamenti medico-legali per i dipendenti assenti dal servizio per malattia, come previsto dalla sentenza 207/2010 della Corte costituzionale.

Delle quote ripartite non fanno parte i 50 milioni per il finanziamento dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma (legge 102/2009), mentre sono compresi i 167,8 milioni per la medicina penitenziaria che però segue un riparto specifico diverso da quello del fondo sanitario complessivo. ***(Testi su: www.24oresanita.com)***

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMERA/ Un emendamento in commissione riduce il termine da fine anno al 30 giugno

Intramoenia, proroga a metà

Solo sei mesi anche per le strutture aziendali - Testo in Aula in settimana

Doccia fredda per i medici dagli emendamenti votati nelle commissioni riunite I (Affari costituzionali) e V (Bilancio) della Camera al Dl Milleproroghe: la proroga dell'intramoenia allargata (Alpi), fissata nel testo originario del decreto al 31 dicembre 2012, si riduce al 30 giugno 2012. E le fa compagnia l'altra proroga che riguarda questo argomento, quella per la realizzazione delle strutture aziendali per l'intramoenia a cui il Dl dava tempo fino alla fine del 2014 che ora un altro emendamento approvato riduce sempre al 30 giugno 2012.

Sono queste le due uniche novità "sanitarie" uscite dall'esame del decreto legge in commissione alla Camera e che in settimana approderà in Aula.

Novità già annunciate nel parere della Commissione Affari sociali che in sede consultiva aveva suggerito l'accorciamento dei termini motivato, come emerge dal dibattito, dalla volontà dei deputati di interrompere l'"abitudine" alle proroghe per dare una soluzione definitiva alla questione dell'Alpi e delle strutture comunque dedicate nelle aziende alla libera professione *(si veda anche articolo a fianco)*.

Ed erano stati gli stessi firmatari dei due emendamenti a sollevare la questione alla Affari sociali: **Anna Margherita Miotto**, **Donata Lenzi**, **Gero Grassi** e **Luciana Pedoto**, tutti del Pd (Pedoto non ha firmato l'emendamento sulla riduzione della proroga per le strutture).

«Pensare di trovare in soli 5 mesi una soluzione strutturale a un problema quale quello della libera professione intramoenia allargata che si trascina da 10 anni, soprattutto in un momento in cui altre e più gravi sono le preoccupazioni di Governo e Parlamento, è segno di ottimismo», ha subito commentato il segretario dell'Anaao **Costantino Troise**. «Non vorremmo però - ha aggiunto - che si creassero le premesse per una ennesima proroga in assenza di soluzioni capaci di garantire insieme il diritto dei medici all'esercizio della attività libero-professionale e quello dei cittadini a scegliere un medico di fiducia. L'Anaao è favorevole a ricondurre la libera professione nella attività ordinaria delle aziende sanitarie, ha spiegato Troise, ma si oppone «a qualunque soluzione che finisca con il penalizzare i soliti noti, medici e dirigenti sanitari, negando o limitando un diritto sancito da leggi e contratti».

Anaao: servono interventi strutturali

Le altre proroghe. Senza modifiche in commissione, infine, la proroga dell'incarico di commissario straordinario della Croce rossa italiana fino alla data di ricostituzione degli organi statutari a conclusione del riassetto organizzativo e, comunque, non oltre il 31 dicembre 2012, quella del payback sino a fine anno (la possibilità per le aziende farmaceutiche di sospendere la riduzione del 5% dei prezzi a fronte del loro versamento alle Regioni dell'importo equivalente al risparmio derivante dalla riduzione del prezzo) e la sospensione fino al 31 luglio 2013 dell'applicazione della norma che prevede un certificato di conformità alle norme di buona fabbricazione, rilasciato all'officina di produzione dalle autorità competenti di uno Stato dell'Ue per le sostanze attive utilizzate come materia prima per la produzione di medicinali, importate in Italia da Paesi terzi.

Nulla di fatto infine per l'emendamento dei relatori che prevedeva per le Regioni non in piano di rientro la possibilità di vendere immobili per far fronte a eventuali disavanzi maturati al 31 dicembre 2011.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL MINISTRO IN COMMISSIONE AFFARI SOCIALI

Balduzzi: «Sull'Alpi verifiche immediate»

Subito nuovi dati sull'intramoenia allargata (Alpi): a breve partirà la rilevazione dell'Osservatorio sulla libera professione e dell'Agenas. E dalla rilevazione «sarà possibile evincere in maniera puntuale la tipologia e il volume delle prestazioni anche di quella allargata», ha detto il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, intervenendo la scorsa settimana in commissione Affari sociali alla Camera in occasione del parere sul decreto Milleproroghe. L'Agenas inoltre - ha aggiunto il ministro - sta attualmente provvedendo all'elaborazione dei dati che saranno condivisi con le singole Regioni, prima dell'invio formale al ministero e all'Osservatorio.

A porre al centro dell'attenzione l'intramoenia allargata è stato alla Affari sociali il parere sul Milleproroghe nel quale la commissione ha "consigliato" l'accorciamento dell'anno di proroga (non più di sei mesi hanno sostenuto molti deputati) per sollecitare un intervento definitivo sulla materia.

I dati che intanto Balduzzi ha ribadito alla commissione sono quelli elaborati dall'Osservatorio nel 2010. E che oltre alla puntualizzazione delle risorse utilizzate nelle Regioni per la realizzazione delle strutture interne alle aziende da dedicare alla libera professione, ha indagato sulla necessità di acquisire spazi ambulatoriali esterni, tramite acquisto, locazione e stipula di convenzioni.

I dati hanno evidenziato che: in due Regioni (Toscana, Provincia autonoma di Bolzano) non viene esercitata l'intramoenia allargata; in sei Regioni (Basilicata, Liguria, Marche, Umbria, Valle d'Aosta, provincia autonoma di Trento) tutte le aziende hanno attivato tali strumenti; in dieci regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Veneto) parte delle aziende insistenti sui rispettivi territori hanno implementato specifiche attività di verifica e controllo sull'intramoenia allargata; in due Regioni nessuna azienda ha implementato tali specifiche attività; per una Regione (Lazio) il dato fornito non è completo.

Secondo il ministro il dato «molto significativo» della Regione Toscana e di Bolzano dimostra che in alcune situazioni è stato possibile gestire il sistema e garantire il superamento dell'intramoenia allargata. «Si intende avviare studi volti ad analizzare questi modelli virtuosi - ha detto Balduzzi - per individuarne i punti di forza e promuoverne il trasferimento in altre realtà».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SENATO/ AL VOTO L'EMENDAMENTO AL DL CARCERI

Opg chiusi entro marzo 2013: parola all'Aula

È appeso all'Aula del Senato il destino degli ospedali psichiatrici giudiziari. Da martedì l'assemblea dovrebbe cominciare la votazione del "Dl carceri" (n. 211/2011, S 3074) e pronunciarsi sulla nuova versione dell'emendamento all'articolo 3 che prevede la chiusura definitiva degli Opg entro il 31 marzo 2013.

Il Governo si è impegnato perché fosse trovata la copertura finanziaria alla tabella di marcia per lo svuotamento dei sei ospedali psichiatrici già individuata e approvata in commissione Giustizia due settimane fa. Ma il via libera della Ragioneria dello Stato non è ancora arrivato, tanto che la Bilancio ha sospeso il suo parere sul testo dell'emendamento.

Se la proposta di modifica sarà approvata, quindi, ci saranno tre scadenze da rispettare. Entro il 1° febbraio 2013 bisognerà completare il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari previsto dall'allegato C al Dpcm 1° aprile 2008. Entro il 31 marzo 2012 - con decreto del ministro della Salute, di concerto con il titolare della Giustizia e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni - andranno poi definiti ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche rispetto ai profili di sicurezza, relativi alle strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Opg e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Dal 31 marzo 2013 sarà solo e unicamente in queste strutture che le misure di sicurezza potranno essere eseguite, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere pericolose dovranno «essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale».

Un piano puntuale e impegnativo, per cui finalmente sono stati individuati i fondi. Per la realizzazione e la riconversione delle strutture l'emendamento autorizza l'assegnazione alle Regioni di 120 milioni di euro per il 2012 e 60 milioni per il 2013 attraverso il programma di investimenti ex articolo 20 della legge 67/1988. Per il progressivo svuotamento degli Opg e l'assunzione di personale qualificato «da dedicare anche ai percorsi terapeutico-riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati» sono previsti altri 38 milioni per il 2012 e 55 milioni annui a decorrere dal 2013.

Un nuovo impegno c'è e si vede. A squarciare il velo sugli ospedali psichiatrici giudiziari è stata prima la relazione della commissione d'inchiesta sull'efficacia del Ssn, presieduta da **Ignazio Marino** (Pd). Le parole durissime del capo dello Stato, **Giorgio Napolitano**, che ha definito gli Opg un «orrore inconcepibile in qualsiasi Paese appena civile», hanno contribuito a far crescere la consapevolezza sul tema. Il Comitato StopOpg non ha mai mancato di far sentire la propria voce. Tanto che già i ministri Fazio e Nitto Palma, alla fine del Governo Berlusconi, avevano avviato un confronto per trovare soluzioni.

Con il nuovo Esecutivo il varco è stato trovato. Marino è stato ricevuto dal premier **Mario Monti** per illustrare il lavoro della commissione sugli Opg. Il nuovo Guardasigilli, **Paola Severino**, in un passo della relazione alle Camere sull'attività 2011, ha manifestato «angoscia» per lo stato delle carceri italiane e degli Opg. Accorato l'appello di Marino ai colleghi senatori: «Chiudiamo strutture che per ottant'anni sono rimaste uguali a se stesse, diventando il luogo in cui celare ciò che per alcuni erano solo "rifiuti umani". Questa norma è un passo epocale per dire un no netto: il nostro Paese non può e non vuole tollerare che esista "un inferno dei dimenticati"».

Intanto la Conferenza Unificata ha approvato un altro tassello al puzzle delle misure per rendere le carceri più umane: le linee di indirizzo per ridurre il rischio di suicidio dietro le sbarre.

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CAMERA/ AFFARI SOCIALI

Collegio di direzione nella governance

Il Collegio di direzione diventa "organo dell'azienda" e tra le sue attività sono previste la ricerca e la didattica con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di efficienza e appropriatezza. E poi coinvolgimento anche del Terzo settore nella fase di programmazione delle politiche socio-sanitarie, autonomia e responsabilità del medico e necessità che le norme si adeguino a questa.

Questi, in sintesi, i contenuti degli emendamenti approvati in commissione Affari sociali alla Camera ai primi due articoli all'ultimo testo del Ddl sul Governo clinico, su cui la votazione riprenderà questa settimana.

Si tratta in sostanza della riproposizione di alcune misure che le Regioni avevano chiesto - come quella del Collegio di direzione - di cassare dal testo in estate e che sono state tolte nelle rimodulazioni di fine anno e ora reintrodotte con gli emendamenti.

Sulla reintroduzione del Collegio di direzione tra gli organi di Asl e ospedali (di cui fanno parte le rappresentanze di tutte le figure professionali che lavorano nell'azienda sanitaria) si sono subito espressi favorevolmente i sindacati dei medici che da sempre chiedono proprio nella governance il coinvolgimento pieno delle professioni che tuttavia vanno con i piedi di piombo in attesa di capire come uscirà dalla commissione l'intero testo. E sul quale invece non hanno risposto con entusiasmo i rappresentanti delle aziende: secondo Fiaso è necessario capire oltre alle funzioni specifiche che dovrà assumere, anche che ruolo dovrà giocare e che composizione avrà nell'azienda, mentre secondo Federsanità Anci c'è il rischio di conflitto di interesse visto che ne fanno parte dipendenti della stessa azienda che in questo modo diverranno gestori e gestiti al tempo stesso.

Ma su questa materia erano state proprio le Regioni per prime a chiedere - e ottenere - che l'attività del Collegio di direzione si limitasse a "intervenire" nella programmazione e nella valutazione delle attività sanitarie, tecniche e di formazione, senza per questo essere trasformato in organo dell'azienda.

Sempre sul Collegio di direzione poi è stato approvato un altro emendamento che include la ricerca e la didattica «con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato e di efficienza, dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati».

Per quanto riguarda gli altri emendamenti approvati la scorsa settimana dalla Affari sociali, la previsione della partecipazione delle associazioni del Terzo settore alla programmazione si affianca a quella dei comuni, attraverso la conferenza dei sindaci, nelle funzioni programmatorie, a fianco anche delle associazioni di tutela dei diritti e delle organizzazioni di volontariato.

Sull'autonomia e la responsabilità dei medici poi è stato aggiunto un intero articolo - 1-*bis* - in cui si stabilisce che le attività mediche e sanitarie «sono erogate nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità, diretta e non delegabile, dei medici, e dei professionisti sanitari nell'ambito delle proprie specifiche competenze e nel rispetto delle funzioni a essi affidate e svolte». E questi princìpi dovranno essere considerati in tutte le norme «emanate sia a livello nazionale che regionale, connesse alle esigenze organizzative e gestionali dei servizi sanitari e socio-sanitari».

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Confronto della Ragioneria generale dello Stato sui costi sanitari pubblici nell'Ue

Spesa italiana al decimo posto

In Francia e Uk un punto in più di Pil - Germania e Spagna risparmiosi

Che l'Italia non fosse nel club dei Paesi più spendaccioni nella Sanità ormai è cosa abbastanza nota. Ma l'ultimo confronto europeo a cura della Ragioneria generale dello Stato non lascia più tanti dubbi in merito. Dalla speciale classifica dei fondi pubblici destinati da ogni Paese Ue ai propri servizi sanitari - in base all'incidenza percentuale sul Pil - emerge infatti chiaramente come l'Italia sia abbondantemente dietro a molti partner europei. Per l'esattezza siamo al decimo posto tra venticinque Paesi dell'Unione avendo investito nel 2009 - anno preso in considerazione dai tecnici del ministero dell'Economia - il 7,5 della ricchezza prodotta per curare gli italiani. Spendono più di noi Danimarca e Irlanda (8,8% sul Pil), Regno Unito (8,5%), Francia (8,4%), Austria (8,3%), Belgio e Repubblica Ceca (8%), Finlandia (7,9%) e Slovacchia (7,8 per cento). Tra i "Big" dell'Ue risultano più "risparmiosi" - almeno in percentuale al prodotto interno lordo - Svezia (7,4%), Portogallo (7,1%), Germania (6,9%), Paesi Bassi (6,8%), Spagna (6,7%) e Grecia (6 per cento).

La classifiche, come sempre, vanno prese con le molle viste le tante variabili in gioco: dai modelli sanitari diversi (c'è chi ha il servizio sanitario e chi un sistema assicurativo) all'incidenza della spesa a carico dei privati. Ma lo studio della Ragioneria - «La spesa pubblica in Europa: metodi, fonti, elementi per l'analisi» - fotografa molto bene e con la solita pioggia accurata di numeri lo stato dell'arte del Welfare del Vecchio Continente. Nell'indagine non c'è infatti solo la Sanità, ma anche quanto i vari Paesi dell'Unione europea investono in protezione sociale (previdenza e assistenza sociale), istruzione, ambiente, cultura, difesa ecc.

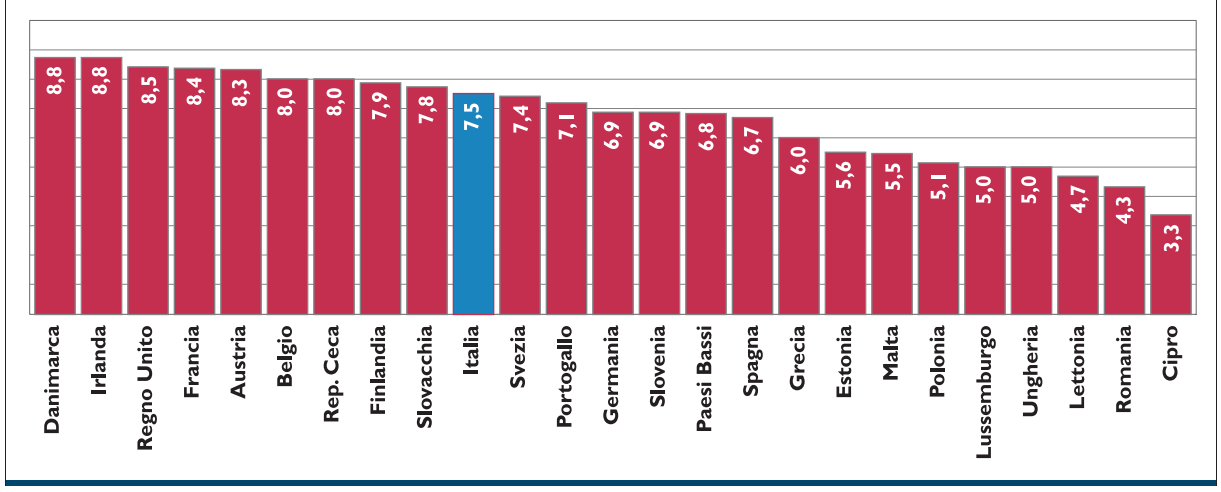
La performance da metà classifica europea per quanto riguarda la spesa sanitaria conferma quanto già emerso dall'ultimo confronto dell'Ocse sui 30 Paesi più sviluppati del mondo. Allora dagli «Health data 2011», pubblicati l'estate scorsa, risultava che la spesa sanitaria italiana fosse poco sotto la media dell'Ocse. Ora con i dati dell'Economia si ribadisce che anche in Europa nella spesa sanitaria non siamo tra i più "generosi". Anzi, siamo tra quelli che tengono abbastanza stretta la cinghia. Un dato importante, questo, che forse dovrebbe essere preso in considerazione in un momento di tagli e sacrifici per la spesa pubblica.

Non solo, se si prende in considerazione il trend di crescita della spesa dal 2001 al 2009 il nostro Paese risulta tra quelli dove l'aumento è stato tra i più contenuti. Se nel 2001 spendevamo il 6,3% del Pil, otto anni dopo siamo arrivati appunto al 7,5%, segnando una crescita che vale oltre un punto (1,2 per l'esattezza) di prodotto interno lordo speso in più. La stessa crescita nostra l'ha registrata anche la Francia (+1,2). Nella maggior parte degli altri Paesi europei la crescita è stata invece più alta. Tra gli altri in Austria (+1,3), Belgio (+1,5), Spagna (+1,6), Irlanda (+1,7), Danimarca e Finlandia (+2), Paesi Bassi (+2,9) e Regno Unito (+2,6). Riesce invece a tenere sotto controllo l'aumento della spesa sanitaria, registrato praticamente ovunque, la Germania, con una crescita di solo mezzo punto di Pil in otto anni. Quasi un miracolo.

pagina a cura di
Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Spesa per Sanità in percentuale sul Pil (2009)



Come è cambiata la spesa dal 2011 in poi (in % sul Pil)

Paesi	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
Belgio	6,5	6,5	7,0	7,1	7,1	6,9	6,9	7,4	8,0
Bulgaria	2,5	5,3	5,9	5,2	5,4	4,0	4,1	4,5	n.d.
Rep. Ceca	6,0	6,2	6,4	7,3	7,2	7,2	7,1	7,2	8,0
Danimarca	6,8	7,0	7,1	7,1	7,2	7,3	7,5	7,8	8,8
Germania	6,3	6,4	6,5	6,2	6,3	6,2	6,1	6,3	6,9
Estonia	4,1	4,2	4,1	4,0	4,1	4,2	4,4	5,2	5,6
Irlanda	6,1	6,4	6,7	6,9	6,7	6,6	6,9	7,8	8,8
Grecia	4,6	4,5	4,7	4,7	4,9	5,3	5,4	5,6	6,0
Spagna	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,7	5,7	6,1	6,7
Francia	7,2	7,5	7,8	7,9	7,9	7,8	7,8	7,9	8,4
Italia	**6,3**	**6,3**	**6,3**	**6,7**	**6,9**	**7**	**6,8**	**7,1**	**7,5**
Cipro	2,9	3,1	3,4	3,1	3,1	3,1	2,9	3,0	3,3
Lettonia	3,2	3,7	3,4	3,5	4,3	4,9	4,3	4,6	4,7

Paesi	'01	'02	'03	'04	'05	'06	'07	'08	'09
Lituania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lussemburgo	4,8	4,7	4,8	5,1	5,2	4,6	4,4	4,4	5,0
Ungheria	4,8	5,4	5,7	5,4	5,6	5,6	4,9	4,9	5,0
Malta	5,1	5,7	6,0	6,1	6,4	6,4	5,8	5,3	5,5
Paesi Bassi	3,9	4,2	4,4	4,4	4,4	5,8	5,9	5,9	6,8
Austria	7,0	7,1	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,8	8,3
Polonia	n.d.	4,4	4,3	4,2	4,4	4,6	4,5	5,1	5,1
Portogallo	6,5	6,5	6,7	7,0	7,2	6,7	6,6	6,3	7,1
Romania	4,1	4,1	3,5	3,2	3,4	3,3	3,7	3,8	4,3
Slovenia	6,6	6,5	6,5	6,4	6,3	6,3	5,9	6,1	6,9
Slovacchia	4,9	5,0	6,5	4,7	4,8	5,8	6,4	6,9	7,8
Finlandia	5,9	6,2	6,5	6,6	6,9	6,9	6,6	7,0	7,9
Svezia	6,5	6,8	7	6,7	6,7	6,6	6,6	6,9	7,4
Regno Unito	5,9	6,2	6,3	6,7	6,9	7,1	7,1	7,5	8,5

LE VOCI DEL BILANCIO SANITARIO

Gli stipendi valgono un terzo delle uscite del Ssn

Il monte retribuzioni di tutto il personale Ssn vale un terzo di tutta la spesa pubblica per la Sanità: esattamente il 33,31%, tradotto in Pil vale 2,5 punti della ricchezza prodotta ogni anno in Italia.

A dirlo è sempre la Ragioneria generale dello Stato nel suo studio - «La spesa pubblica in Europa: metodi, fonti, elementi per l'analisi» - nello specifico focus sulla Sanità relativo alla distribuzione delle voci di spesa «secondo le categorie economiche». Quella degli stipendi dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale («Redditi da lavoro dipendente») è la seconda "uscita" subito dopo quella relativa all'erogazione delle prestazioni sanitarie che vale il 36,27% e agli acquisti di beni e servizi che costano il 24,66 per cento (sono i cosiddetti «consumi intermedi»). Una divisione della torta, questa, che non non viene condivisa nella maggior parte degli atri Paesi. C'è chi spende di più per gli stipendi, come la Danimarca (49,77%), il Regno Unito (con ben il 47,01%) e la Spagna (il 43,90%). E chi molto meno: come in Belgio (4,01%) e Germania (0,74%) dove però il sistema di tipo mutualistico - alternativo a quello con un Servizio sanitario - fa pesare in modo diverso le varie voci di spesa che compongono la torta della Sanità pubblica.

Lo studio dei tecnici del ministero dell'Economia conferma poi che la Sanità è la seconda voce della spesa pubblica in Europa, dopo la protezione sociale (pensioni, indennità di disoccupazione o di invalidità, ecc.). L'indagine spiega come l'Italia, con costi complessivi pari al 51,6% del Pil nel 2009, si collochi tra i Paesi che contano un elevato rapporto tra la spesa pubblica e il Pil. In realtà considerando solo quella effettiva destinata alle varie voci, al netto degli interessi passivi sul debito - la vera "croce" del nostro Paese come racconta la crisi di questi ultimi mesi - la spesa cosiddetta "primaria" scende al 47,3%, in linea con la maggior parte dei membri dell'Unione europea.

La protezione sociale costituisce la funzione che, «in assoluto - scrive la Ragioneria -, assorbe la parte più rilevante della spesa primaria»: con quote che vanno dal 25,2% di Cipro e dal 30,3% della Slovacchia al 48% della Germania. In Italia questo tipo di spesa assorbe il 43% della propria spesa pubblica, pari al 20,4% del Pil. «La seconda divisione, in termini di spesa primaria, - continua la Ragioneria - è rappresentata nella maggior parte degli Stati dalla Sanità», che va da un minimo del 7,6% di Cipro e del 10,8% della Romania al 19% dell'Irlanda e al 19,4% della Slovacchia. «La situazione italiana - aggiunge lo studio - fa rilevare in tale settore una spesa pari al 15,8% dell'intera spesa primaria, con una quota pari al 7,5% del Pil».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Distribuzione percentuale della spesa sanitaria (2009)

Paesi	Stipendi	Beni e servizi	Prestazioni sanitarie
Belgio	4,01%	2,25%	90,15%
Bulgaria	23,10%	34,87%	36,97%
Rep. Ceca	3,39%	2,28%	90,48%
Danimarca	49,77%	29,99%	15,41%
Germania	0,74%	0,72%	95,96%
Estonia	35,08%	23,55%	31,38%
Irlanda	55,94%	24,91%	15,77%
Grecia	29,88%	28,67%	35,48%
Spagna	43,90%	21,96%	29,38%
Francia	27,90%	11,19%	54,21%
Italia	**33,31%**	**24,66%**	**36,27%**
Cipro	49,46%	34,54%	9,25%
Lettonia	35,05%	23,54%	0,00%

Paesi	Stipendi	Beni e servizi	Prestazioni sanitarie
Lituania	44,53%	21,31%	28,87%
Lussemburgo	2,57%	3,43%	89,03%
Ungheria	27,62%	23,64%	45,17%
Malta	58,62%	25,02%	10,09%
Paesi Bassi	3,62%	2,82%	91,15%
Austria	9,39%	3,76%	59,88%
Polonia	29,14%	23,39%	33,89%
Portogallo	15,93%	7,04%	71,52%
Romania	38,69%	55,03%	0,00%
Slovenia	39,27%	25,40%	28,85%
Slovacchia	1,96%	1,65%	90,83%
Finlandia	44,75%	32,70%	17,48%
Svezia	43,84%	23,33%	23,47%
Regno Unito	47,01%	45,99%	0,00%

Dlgs 502/1992: il cambio di rotta nel Ssn varato sulla spinta della congiuntura degli anni 90

Se le crisi dettano le riforme

La ricetta di allora: livelli minimi di assistenza, Fondi integrativi e assicurazioni

DI FRANCESCO TARONI

Oltre mezzo secolo di storia sanitaria del Paese. E che storia: quella dal secondo dopoguerra all'inizio del 2000, intessuta di progressi straordinari nella medicina, di crisi politiche, economiche e sociali e di riforme strutturali. Ad avventurarsi in questo viaggio poteva essere soltanto un profondissimo conoscitore della materia: Francesco Taroni, docente di Medicina sociale all'Università di Bologna con alle spalle una carriera nei gangli cruciali della Sanità nazionale ed emiliano-romagnola.

Il suo libro «Politiche sanitarie in Italia - Il futuro del Ssn in una prospettiva storica» (Il Pensiero scientifico editore, settembre 2011) è una miniera d'oro per chi cerca risposte non soltanto ai dubbi sul passato, ma soprattutto a quelli sul futuro. Perché spiega come siamo arrivati fin qui, e quale è da sempre la sfida del nostro Ssn, più che mai in tempi di crisi: coniugare sostenibilità ed equità.

All'inizio degli anni 90 nulla faceva presagire la ripresa dell'azione riformatrice dopo un decennio di stallo parlamentare alla vana ricerca di una maggioranza che permettesse di approvare in entrambe le camere le diverse versioni di "riforma della riforma" inutilmente proposte sia dai Governi "forti" a direzione socialista della metà degli anni 80 sia dai numerosi governi di breve durata che si erano succeduti alla fine del decennio. […]Improvvisamente il quadro politico e istituzionale mutò radicalmente per effetto di quella che è stata definita «al contempo crisi di regime e crisi di modernizzazione» (McCarthy,1996:187) accompagnata da una gravissima crisi valutaria, finanziaria ed economica. Lo stato di emergenza portò sorprendentemente la politica a decidere nuovamente "in grande", approvando in brevissimo tempo una serie di riforme su temi tecnicamente complessi e politicamente sensibili come Sanità, pensioni, pubblica amministrazione ed enti locali. Quella che è stata definita «l'unica vera stagione di cambiamenti dell'ultimo ventennio» (Ricolfi,2008:12) fu realizzata da un debole Governo quadripartito presieduto da Giuliano Amato, costituito con grave difficoltà dopo le elezioni dell'aprile 1992, si reggeva sull'esile maggioranza di 15 seggi alla Camera e 5 al Senato e sarebbe stato progressivamente travolto, con il Parlamento, dallo scandalo di Mani pulite.

La finestra di opportunità per l'approvazione in tempi rapidissimi di riforme radicali che si inserivano in una manovra finanziaria condotta in due fasi che ammontava a ben 120mila miliardi di lire (pari all'8% del Pil) e si accompagnavano a un esteso programma di privatizzazioni (Barucci,1995) può essere ricondotta a tre categorie di determinanti di natura istituzionale ed economico-finanziaria (per un'analisi dei diversi profili della crisi del 1992, cfr. fra i tanti Ginsborg,1998: 471 e segg. e la classica analisi di McCarthy,1996). L'elemento economico era costituito dal gravissimo shock provocato dalla peggior recessione del dopoguerra, con tassi di crescita del Pil inferiori all'1% (la metà della media degli altri Paesi europei), un tasso di disoccupazione dell'11% e un debito pubblico che toccava il 108% del Pil (Bull e Newell, 2005). Malgrado il costoso tentativo di difesa del cambio orchestrato dalla Banca d'Italia, l'attacco speculativo subìto dalla lira durante l'estate ne aveva provocato la svalutazione del 30%, determinando la sua uscita dal Sistema monetario europeo. Sulla prima pagina de La Repubblica, il presidente del Consiglio, Giuliano Amato, qualificò la crisi dell'estate del 1992 come «la crisi più grave che ci sia stata dopo quella del 1946-'47, all'epoca di Corbino e di Einaudi, quando si discuteva se cambiare la moneta, l'inflazione era alle stelle, il paese distrutto. Ecco, dopo di allora, questo è il momento più grave che il Paese abbia vissuto».

[…]Il secondo elemento fu il risultato di una spregiudicata strategia del "vincolo esterno" perseguita dalla ristretta élite che aveva negoziato i criteri di accesso all'Unione monetaria Europea prevista per il 1997. Gli impegni assunti con l'adesione al Trattato vennero sfruttati per rendere inderogabile la politica del "risanamento" dei conti pubblici in modo che «gli innovatori potevano fare uso della Cee per persuadere la popolazione ad accettare in nome dell'Europa un'austerità che non avrebbero accettato in nome dell'Italia» (McCarthy,1996:76). La strategia dei "due livelli rovesciati" in cui la politica estera veniva utilizzata per risolvere problemi di politica interna (Gourevitch,1978) era stata esplicitamente enunciata da Guido Carli, ex governatore della Banca d'Italia, ministro del Tesoro e autorevole membro della delegazione italiana nelle trattative con la Ue: «La nostra azione propositiva al tavolo della conferenza intergovernativa per l'Unione europea ha rappresentato una via alternativa alla soluzione dei problemi che non riuscivamo ad affrontare per le vie ordinarie del governo e del Parlamento» (Carli,1993:435). Grazie a questa strategia, il risanamento finanziario e la "modernizzazione" dell'ordinamento dello Stato e della pubblica amministrazione vennero presentati come prezzo da pagare per l'ingresso in Europa e furono perseguiti attraverso la strategia di "legarsi le mani" (Giavazzi e Pagano,1988) con l'autoimposizione di vincoli presentati come esterni e al di fuori del controllo del governo italiano.

Il terzo fattore fu la crisi politica e istituzionale provocata dalle indagini giudiziarie che rivelarono estesi fenomeni di corruzione noti come Tangentopoli o Mani Pulite (Della Porta e Vannucci,1999) che coinvolsero anche il Parlamento, dove il 32,5% dei parlamentari fu raggiunto da avvisi di garanzia (McCarthy,1996:188) e lo stesso governo, che vide ben 7 ministri rassegnare le dimissioni perché inquisiti dalla magistratura (Ginsborg,1998:515). Questo provocò anche seri problemi di funzionamento del Parlamento, spesso bloccato per mancanza di numero legale e la minaccia della Lega Nord di ritirare i propri eletti dai lavori della Camera. I fenomeni di corruzione interessarono anche i più alti livelli politici e amministrativi della Sanità, soprattutto nel settore farmaceu-

LA LEGGE 833 DEL 1978

«Il coraggio dell'equità, primo bene da salvare»

Il 23 dicembre si celebra il 25° anniversario del Ssn, una iniziativa coraggiosa in un anno terribile per la vita democratica del Paese, che ha contribuito a cambiare la vita materiale degli italiani e il loro modo di percepire e affrontare i rischi di malattia.

I suoi princìpi fondamentali di universalismo, globalità di copertura e finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale hanno esteso, rafforzato e reso più equi i diritti sociali degli italiani, svincolandoli dal tipo di occupazione cui li aveva legati il sistema mutualistico. Questi princìpi erano già presenti in un documento del Comitato di liberazione nazionale del Veneto del 15 settembre 1945, elaborato dal professor Augusto Giovanardi, che individua e motiva la duplice necessità di superare la mutualità per sviluppare un sistema di sicurezza sociale e di finanziare il nuovo sistema attraverso la finalità generale.

Nel corso degli anni, l'organizzazione del Ssn ha subìto molti aggiustamenti e tre grandi riforme che non hanno però modificato i princìpi fondamentali tranne, in parte, la Riforma De Lorenzo, suscitando l'intervento correttivo della Riforma Garavaglia, mentre la Riforma Bindi li ha invece orgogliosamente riattualizzati.

Le indagini di opinione dimostrano che gli italiani condividono i princìpi fondamentali del Ssn, anche se sono solo in parte soddisfatti del suo funzionamento.

Non sono però mancate proposte di cambiamento come quella avanzata da Confindustria per un sistema di assicurazione sociale all'olandese o gli accenni del Governo in un recente documento di programmazione economica e finanziaria a un ritorno alle mutue. Su tutto, la prospettiva di un federalismo politico e fiscale che dovrebbe investire primariamente la Sanità.

Non si tratta quindi semplicemente di celebrare una data, ma di chiedersi se la fedeltà a questi princìpi sia una dimostrazione di conservatorismo politico e di inerzia burocratica, o se invece i princìpi fondamentali del Ssn possano ancora definirsi attuali, sia come valori morali sia come strumenti operativi per finanziare e organizzare un sistema sanitario.

L'esperienza diretta di questi anni e i confronti internazionali suggeriscono una risposta inequivocabilmente affermativa a entrambi i quesiti.

I princìpi del Ssn sono ancora attuali sia come valori sia come strumenti

Gli argomenti che sostengono questa affermazione originano dal riconoscimento che lo scopo comune di tutti i sistemi sanitari è di combinare qualità, equità e costi, ovvero, più prosaicamente, di assicurare a coloro che ne hanno bisogno servizi sanitari di qualità accettabile senza sbancare le casse dello Stato. L'esperienza e i confronti internazionali dimostrano che se è relativamente facile realizzare una qualsiasi combinazione di due di questi elementi a danno del terzo, nessun sistema è in grado di combinarli tutti e tre contemporaneamente, ottenendo il massimo di ciascuno. Tuttavia sistemi sanitari universalistici, finanziati attraverso la tassazione generale e basati su princìpi solidaristici si avvicinano più di qualsiasi altro all'ottimo ideale, in quanto sono efficienti ed equi nella contribuzione, più efficaci nel controllo dei costi complessivi, più idonei a far fronte alla concentrazione di larga parte della spesa in una piccola frazione di assistiti, senza ricorrere a meccanismi di selezione.

La consapevolezza di questi argomenti, non disgiunta da una certa dose di opportunismo politico, ha portato a fantasticare sulla possibilità di sviluppare un sistema assicurativo da affiancare al Ssn, per attrarre, si dice, risorse private. Il modello è semplice: tutti dovrebbero avere una qualche copertura, ma parte dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere qualificata come un extra e limitata dal prezzo. Un'idea così semplice da essere stata adottata da venti anni dalle pensioni dell'Adriatico a conduzione familiare: vitto e alloggio sono a forfait; se vuoi il vino, lo paghi a parte, altrimenti soddisfi la sete bevendo acqua.

Ma i sistemi sanitari sono più complessi di una vacanza al mare. L'assistenza sanitaria non può essere divisa in modo netto in un nucleo di servizi essenziali per soddisfare le esigenze elementari e una parte periferica di varie ed eventuali, da lasciare alle preferenze e al portafoglio di ciascuno.

Il punto è, ovviamente, quali servizi possano essere ragionevolmente messi fra gli extra e se sia possibile pensare che un imprenditore assennato possa impegnarsi in un simile mercato, senza contare, a priori, su robusti sussidi statali.

Nessun Paese è stato finora in grado di risolvere questa equazione, malgrado siano state spese somme esorbitanti di denaro pubblico per incentivare (cioè cofinanziare) la spesa privata per soddisfare le preferenze delle classi più abbienti. Soprattutto: è accettabile a esempio che si usino risorse pubbliche per finanziare la spesa privata di coloro che, desiderando ridurre i propri tempi di attesa, ricorrono a un intervento a pagamento? Idealmente, tutti preferiamo pensare che i tempi di attesa per un intervento chirurgico siano dettati dalle condizioni cliniche oggettive di ciascuno.

In pratica, il sistema che ci viene proposto prevede che i tempi di attesa siano determinati dalle preferenze personali e dalla capacità di pagare.

Un sistema simile è in patente contraddizione con i princìpi fondamentali del Ssn, con la logica dell'economia e con il buon senso comune.

La soluzione non è trasferire spesa dal pubblico al privato

Il risultato sarebbe che quanto più denaro uno possiede, tanto più elevata è la sua probabilità di ricevere una diagnosi e un trattamento tempestivi; un marketing aggressivo indirizzato a segmenti specifici di mercato, che riprodurrebbe, moltiplicandola, l'iniqua e inefficiente frammentazione del sistema operata dagli enti mutualistici, che il Ssn ha permesso di superare. Soprattutto, metterebbe il cartellino del prezzo su ciascuna prestazione, introducendo in modo brutalmente esplicito un razionamento dell'accesso ai servizi sanitari sulla base del prezzo.

L'istituzione del Ssn è stata una scelta coraggiosa operata in circostanze eccezionali da persone capaci di vedere lontano.

Il passo successivo, venticinque anni dopo, appare non meno coraggioso e impegnativo. Innanzitutto, dovremmo smettere di escogitare strumenti per trasferire spesa dalla componente pubblica a quella privata o viceversa, per preoccuparci di più della spesa totale e del suo valore. In primo luogo, perché tutta la spesa sanitaria è sempre pagata dagli stessi cittadini, e in secondo luogo perché questa è la quantità che interessa effettivamente l'economia del Paese. Il vero problema è se sia più efficiente e più equo finanziare i sistemi sanitari con risorse pubbliche o private.

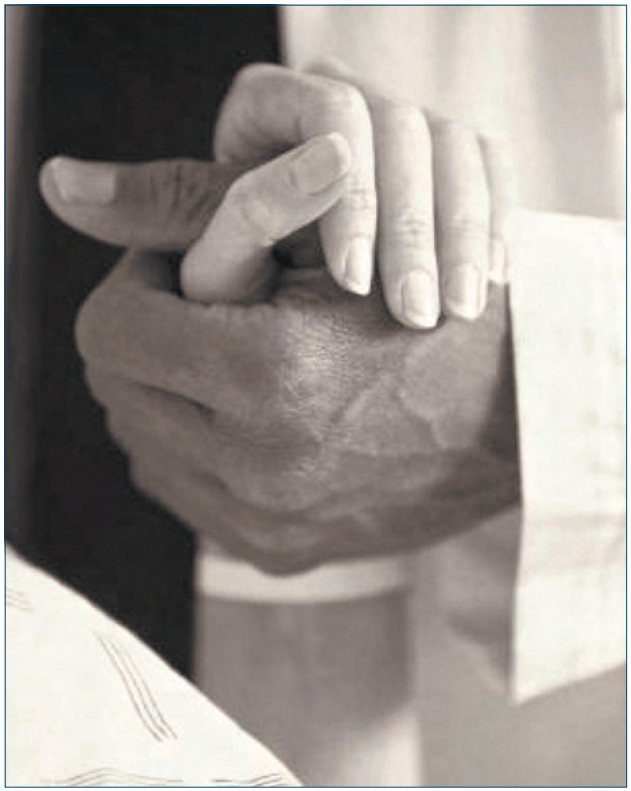
Non c'è alcuna evidenza che ridurre la spesa pubblica o ridurre i servizi per aumentare la spesa privata produca un'assistenza migliore o meno costosa, mentre è acquisito che la componente privata della spesa cresce più rapidamente di quella pubblica.

Sarebbe quindi utile, per la sostenibilità economica e sociale del Ssn, abbandonare la caccia alle chimere e cominciare ad affrontare i problemi concreti, anche in previsione del federalismo politico e fiscale, che probabilmente aggraverà e certamente renderà più manifesti i gravi problemi in cui il Ssn versa in numerose Regioni italiane.

F.T.

(Intervento di Francesco Taroni tratto da : «833 nozze d'argento», speciale sui 25 anni della riforma sanitaria allegato al n. 48/2003 de Il Sole-24 Ore Sanità)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



tico, dove portarono all'arresto e alla successiva condanna del ministro della Sanità De Lorenzo e del direttore generale del settore farmaceutico del ministero, Duilio Poggiolini (McCarthy,1996:86; per la cronaca dettagliata, cfr. Minerva,2009: 293 e segg.).

La crisi istituzionale venne sfruttata dal Governo per approvare in tempi estremamente rapidi una serie di riforme radicali attraverso la strategia di far approvare al Parlamento una legge che delegava il Governo a emanare una serie di decreti legislativi di "riordino" della Sanità, delle pensioni, della pubblica amministrazione e della finanza locale. La strategia elaborata per l'approvazione della legge delega è stata vivacemente descritta dallo stesso presidente Amato: «Consapevole della crescente difficoltà di aggregare consenso collettivo attraverso il canale dei partiti e dello stesso Parlamento, mi avvalevo delle parti sociali (le organizzazioni rappresentative dell'industria, del commercio e dei lavoratori) come canali alternativi, che avevano, in quella fase, un più diretto contatto con l'opinione pubblica […], presentavo il testo in Parlamento e ponevo su di esso il voto di fiducia, forte di quel consenso ottenuto al di fuori del Parlamento» (Amato, 1994:366). La tattica di affidare al voto di fiducia del Parlamento l'approvazione di una delega al governo per l'elaborazione della riforma concentrava un forte potere sull'Esecutivo evitando il confronto parlamentare sia sulla legge delega che sul decreto delegato e sospendeva di fatto la normale funzione legislativa del Parlamento, che veniva limitata al solo parere, peraltro non vincolante, delle Commissioni parlamentari competenti sul decreto delegato (Fabbrini, 2000). Inoltre, la debolezza dei partiti tradizionali veniva compensata dal dialogo diretto fra il governo e le forze sociali che precorreva, in forme eccezionali, la strategia della concertazione che sarebbe stata istituzionalizzata con il governo Ciampi (Molina e Rhodes,2007). La legge delega che prevedeva «la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di Sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale» fu licenziata dal Consiglio dei ministri nel giugno del 1992 e approvata dal Parlamento con voto di fiducia nell'ottobre dello stesso anno (Livo,1994). La delega relativa al riordino della Sanità venne esercitata in appena due mesi e fu pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale con la data del 30 dicembre 1992 come Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria».

[…]Gli obiettivi della riforma erano stati indicati nel discorso per la fiducia al Governo che includeva come ministro della Sanità De Lorenzo, l'elemento di continuità con le politiche degli anni 80, in quanto già sottosegretario alla Sanità e poi ministro nei precedenti Governi. Se riguardo a struttura e funzionamento del Ssn il riordino della Sanità raccoglieva i temi ricorrenti della aziendalizzazione delle Usl e di regionalizzazione del sistema presenti nei disegni di legge di "riforma della riforma" degli anni 80, le novità principali riguardavano la privatizzazione della gestione di strutture pubbliche e del finanziamento delle prestazioni. Le Regioni avrebbero potuto indirizzare parte del gettito contributivo destinato a finanziare il Ssn verso «intermediari in grado di trattare con gli erogatori dei servizi il collocamento delle risorse finanziarie, in funzione dei servizi garantiti ai loro rappresentati, naturalmente fatto salvo a carico dei trasferimenti del bilancio dello Stato l'apprestamento e l'erogazione dei servizi indivisibili e dei servizi alla persona aventi particolare importanza per la essenziale tutela della salute di tutti i cittadini, a prescindere da questa quota» (Amato,1992). Il presidente Amato si era espresso ancora più esplicitamente in una intervista rilasciata nel 1992 a Eugenio Scalfari pubblicata in prima pagina su La Repubblica: «Non possiamo continuare con la pratica di voler dare tutto a tutti, che poi significa dare a tutti pessimi servizi [….]. Si assicuri per tutti una gamma di servizi uniformi. Dopo di che, a cominciare dalle fasce di redditi superiori, una parte della protezione sanitaria sia rimessa a quote di contributo lasciate nelle tasche dell'utente e affidate a casse integrative che negozino con l'erogatore pubblico o anche privato servizi più efficienti».

Illustrando la riforma alla Commissione Bilancio del Senato il ministro De Lorenzo aveva spiegato che «l'idea di fondo è che a tutti venga garantito un trattamento di base e che il trasferimento al privato serva ad asciugare le funzioni svolte dal settore pubblico», precisando alla Camera dei Deputati che «le prestazioni sanitarie saranno effettuate in funzione delle risorse esistenti, su livelli minimi uguali per tutti. Le Regioni potranno tuttavia integrare tali livelli a carico dei loro bilanci. Viene inoltre riconosciuta più libertà di scelta agli assistiti che potranno rivolgersi anche alle assicurazioni private, la cui efficienza sarà giudicata dal mercato» (De Lorenzo, cit. in Bindi, 2005:21).

La "riforma della riforma" si proponeva di concorrere in modo strutturale al contenimento della spesa pubblica per l'assistenza sanitaria con tre provvedimenti fondamentali: rendere i livelli di assistenza una variabile dipendente dalle disponibilità economiche stabilite dalle leggi finanziarie; ridurre la copertura assistenziale a carico del Ssn attraverso la privatizzazione del finanziamento dell'assistenza sanitaria, a esclusione dei livelli "minimi" relativi al ricovero ospedaliero e ai farmaci cd. "salvavita"; trasferire alle Regioni la responsabilità di far fronte agli eventuali disavanzi della spesa sanitaria rispetto alla somma loro assegnata in sede di riparto del Fondo sanitario interregionale, come era stato ridenominato il Fondo nazionale.

(Tratto dal volume «Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica», Edizioni Il Pensiero Scientifico)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

charta FONDAZIONE

Il Sole 24 ORE Sanità

charta FONDAZIONE

AZIENDE&TERRITORIO

A PAG. 16-17 **E. ROMAGNA** I «profili di nucleo» per valutare le cure primarie

A PAG. 18 **COMUNICAZIONE.** Un libro spiega l'epilessia ai bambini

A PAG. 19 **ABORTI.** Nel 2011 almeno 8mila «ivg» con la pillola Ru 486

PIEMONTE/ Al via un progetto che coinvolge tre ospedali di Torino: Molinette, Cto e Regina Margherita

I Dea «condividono» le radiografie

Le immagini saranno disponibili su un'area virtuale comune per teleconsulti in tempo reale

Le immagini radiologiche dei casi del pronto soccorso potranno essere condivise da specialisti di strutture sanitarie differenti per un teleconsulto in tempo reale. È lo scopo del progetto che sta per partire fra alcuni dei più grandi ospedali di Torino, Molinette, Cto e Regina Margherita per un'ottimizzazione dei percorsi diagnostici in emergenza.

I sistemi informativi delle tre strutture hanno reso possibile l'accesso a un'area virtuale condivisa su cui possono essere "depositate" temporaneamente immagini radiologiche relative a casi in esame nel pronto soccorso di uno dei tre ospedali, ma che richiedono l'intervento di un radiologo specialista che lavora in una delle altre due strutture. Può valere per il caso di un paziente pediatrico arrivato al Traumatologico per un incidente stradale, ma su cui è necessario l'intervento del radiologo pediatra. Oppure per una frattura di bacino al Dea delle Molinette. In casi come questi il radiologo in turno in emergenza può consultare in tempo reale i colleghi di una delle altre strutture, condividendo le immagini degli accertamenti diagnostici.

All'area virtuale dedicata si potrà accedere solo dopo l'identificazione tramite apposite password e, per motivi di privacy, le immagini dopo il teleconsulto verranno rimosse dall'area temporanea e archiviate dal sistema dell'azienda che ha materialmente in carico il paziente. «Questo sistema - commenta **Carlo Faletti**, direttore del Dipartimento di Diagnostica per immagini del Cto e promotore del progetto - garantisce una qualità molto alta e una immediata di disponibilità delle immagini condivise tra specialisti diversi. Lo sviluppo della procedura non ha richiesto investimenti supplementari e consente un netto miglioramento dell'efficienza delle cure».

Il sistema utilizza strumenti elettromedicali certificati che garantiscono la qualità delle immagini e di conseguenza l'attendibilità del teleconsulto.

«Il prossimo passo ora vorremmo che fosse la telerefertazione - aggiunge Faletti - che oggi non è ancora possibile: successivamente al teleconsulto, il referto rimane ancora responsabilità del medico della struttura in cui è fisicamente presente il paziente. Ma si tratta di un passo irrinunciabile nell'ottica della telemedicina».

Attualmente al sistema, per diventare operativo, mancano solo l'individuazione delle password e la definizione di alcuni aspetti tecnici come la durata effettiva della presenza delle immagini nello spazio virtuale condiviso. Ma, assicurano i radiologi, è questione di giorni.

Silvia Alparone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PIEMONTE/ 2

Nella nuova bozza di Pssr sei «federazioni sanitarie»

Il modello "Area vasta" fa scuola: secondo le integrazioni alla proposta di Piano socio-sanitario regionale presentate dall'assessore alla Sanità del Piemonte, **Paolo Monferino**, il riassetto del Servizio sanitario regionale passerà attraverso l'istituzione di sei «federazioni sanitarie» che svolgeranno funzioni interaziendali nonché compiti di programmazione, di supporto tecnico-amministrativo e di gestione dei contratti del personale.

Le modifiche sono state illustrate da Monferino alla IV commissione del Consiglio regionale, che sta esaminando il Pssr approvato il 25 ottobre dalla Giunta. Di fatto, l'idea delle federazioni "salva" le singole Asl ma accorpa alcune funzioni chiave, come gli acquisti e la programmazione della rete ospedaliera e dei servizi. «La proposta - ha spiegato l'assessore - coincide con una effettiva razionalizzazione del sistema e permetterà di liberare risorse da destinare al territorio e all'integrazione socio-sanitaria».

Il nuovo testo dovrà essere votato dalla commissione nelle prossime sedute, per poi passare in aula al Consiglio. Dove lo stesso Monferino, la settimana scorsa, ha annunciato un'altra novità rispondendo a un'interrogazione: è in corso di elaborazione una revisione del cronoprogramma del piano di rientro, che a marzo sarà sottoposta ai ministeri competenti.

LOMBARDIA

Il Trivulzio al rilancio

Il Pio Albergo Trivulzio di Milano, gravato da un rosso di 14,8 milioni di euro, raggiungerà il pareggio di bilancio nel 2015. Lo prevede il nuovo piano di rilancio elaborato dal Cda nominato lo scorso ottobre. Piano che prevede, tra le altre cose, una decisa lotta all'assenteismo (oggi al 16% contro un obiettivo del 12%), che costa all'azienda 1,6 milioni di euro.

Passaggio chiave, la valutazione di un programma di dismissione di immobili non strategici per un valore previsto in 68 milioni di euro. In agenda anche nuovi servizi come il badantato all'interno della Residenza sanitaria assistenziale; la possibile gestione di una Rsa comunale da 120 letti, e la rivoluzione del Poliambulatorio che secondo il nuovo board a capo dell'istituto registra oggi un'eccessiva offerta di specialità, con troppi ambulatori, scarsa domanda e basso fatturato: 5,1 milioni di euro, con perdite superiori ai 2,8 milioni.

Terapia del colore contro il disagio

Un percorso artistico basato su colore e creatività per giovani con disturbi psico-sociali. È l'iniziativa "Colorando - regaliamo il colore a chi ha bisogno di un sorriso", patrocinata dal Consiglio regionale del Lazio e realizzata presso la residenza terapeutico-riabilitativa Villa Letizia di Roma. Una vera e propria terapia artistica e riabilitativa in grado di migliorare la qualità della vita del paziente e di favorirne il recupero. Il progetto pilota potrebbe essere esteso ad altre comunità terapeutiche e agli istituti carcerari. «L'obiettivo - sottolinea Isabella Rauti, consigliera regionale e membro dell'Ufficio di presidenza del Consiglio regionale del Lazio - è quello di riconoscere le terapie del colore come un principio base delle politiche sociali regionali». (Ro. M.)

LIGURIA

Blocco del turn over

In Liguria, è stato rinnovato per il 2012 il blocco delle assunzioni nella Sanità, esteso anche ai lavoratori interinali. Lo ha comunicato l'assessore regionale alla Salute, Claudio Montaldo. La Giunta ha anche approvato il piano di riduzione delle strutture complesse tecnico-amministrative di tutte le Asl, scese di circa 40 unità.

LAZIO

Audit sulla sclerosi

Nel Lazio scatta l'audit sull'assistenza ai malati di sclerosi multipla. Il progetto si chiama "Audit Civico" e verrà realizzato nei prossimi mesi da Cittadinanzattiva Lazio, col supporto di Biogen Idec, in sei tra i principali centri Sclerosi multipla della Regione. L'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini ricoprirà il ruolo di capofila.

PIEMONTE/ 3

Alle Asl i servizi sociali

La Giunta del Piemonte intende rendere possibile l'affidamento alle Asl della gestione dei servizi socio-sanitari, ora in gran parte in capo agli appositi consorzi di Comuni. La proposta è contenuta in un disegno di legge dell'assessore alla Sanità, Paolo Monferino, approvato dall'esecutivo di Roberto Cota. «Il Ddl - spiega una nota della Giunta - individua nelle Aziende sanitarie locali il soggetto incaricato della gestione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari superando così il problema rilevato in molti territori dell'erogazione delle prestazioni da parte di due enti diversi come le Asl e i soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali, e potenzia la funzione di programmazione e controllo del Comitato dei sindaci di distretto». Per la Giunta, aggiunge la nota, «quest'ultima soluzione permetterà ai Comuni di esercitare in modo più soddisfacente la funzione di governo delle politiche sociali e di offrire ai cittadini risposte unitarie ai loro bisogni socio-sanitari».

IN BREVE

▼ **Veneto: 35 mln per Ao Padova**
Via libera definivo dalla Conferenza Stato-Regioni allo stanziamento di 35 milioni di euro nazionali per la Regione Veneto. I fondi saranno investiti in interventi di adeguamento strutturale e messa a norma antisismica dell'Azienda ospedaliera di Padova. Ne dà notizia l'assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto.

▼ **Genova: finanziato il Felettino**
Via libera all'accordo di programma tra Regione Liguria, Provincia e Comune della Spezia, Asl 5 e Infrastrutture Liguria per la realizzazione dell'ospedale Felettino, a La Spezia. Il costo sarà di circa 188 milioni di euro, di cui circa 150 provenienti dai fondi nazionali dell'ex art. 20 per l'edilizia sanitaria.

▼ **Napoli: in farmacia con la card**
Dal prossimo primo febbraio, grazie a una card, sarà possibile prenotare prestazioni infermieristiche e assistenziali attraverso la rete delle farmacie napoletane. È il risultato dell'accordo tra Federfarma Napoli e la Fisiomedical Consulting, società cooperativa sociale che da anni opera nell'ambito dell'assistenza infermieristica e domiciliare.

▼ **Lazio: nove «ambulatori blu»**
Presso nove pronto soccorso del Lazio sono stati attivati «Ambulatori Blu», dove i pazienti con l'influenza possono essere visitati da medici di medicina generale senza passare dal pronto soccorso. L'iniziativa è stata presentata dal governatore Renata Polverini e terminerà il 16 marzo: i locali sono aperti in 6 Ps di Roma, a Latina, a Frosinone e a Cassino.

▼ **Bolzano pro famiglie numerose**
I figli a carico, dal terzo in poi, saranno esentati dalla compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie a partire dal primo febbraio di quest'anno. È la misura a favore delle famiglie numerose approvata dalla Giunta provinciale di Bolzano, su proposta dell'assessore alla Salute e politiche sociali Ugo Rossi.

Continuità, qualità e sicurezza con l'aggiornamento delle norme Uni En Iso 7396-1

Gas in corsia, nuove garanzie

Medici coinvolti nei processi gestionali - Rinnovo di ruoli e funzioni

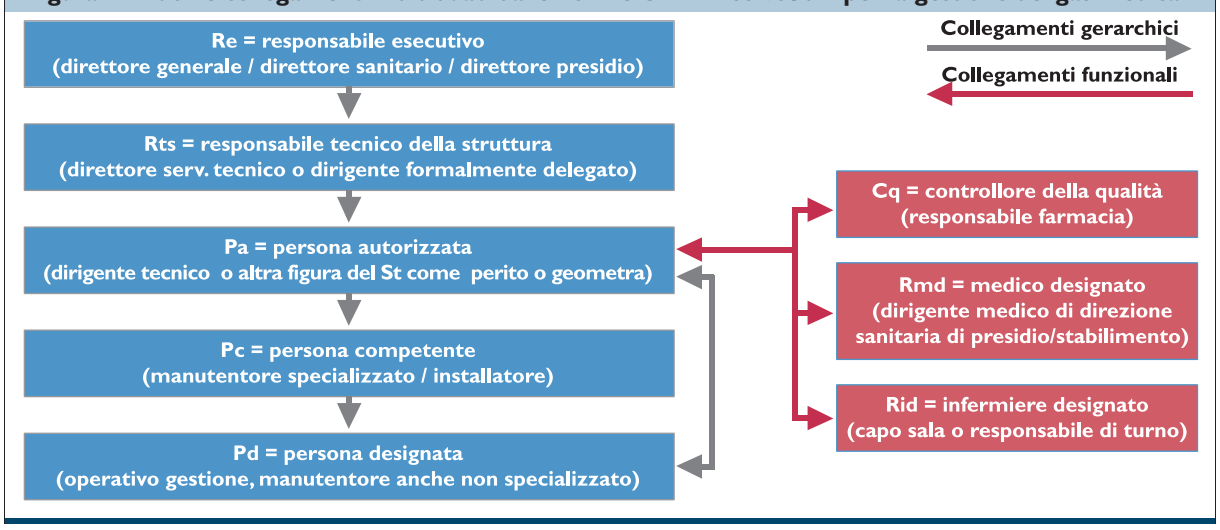
Nell'esercizio di professioni, provenenti da piattaforme culturali diverse ma accomunate dall'unica missione della tutela della salute, può accadere che di fronte a nuove norme, finalizzate alla massima sicurezza nell'esercizio di una fondamentale funzione, ciascuna professionalità tenda a enfatizzare questo o quell'aspetto ritenuto più vicino alle proprie competenze.

Alcune novità introdotte dalle ultime norme Uni En 7396-1 sull'uso dell'ossigeno e dei gas medicali in genere, suggeriscono di agevolare la diffusione di alcuni princìpi e di concetti, per nulla scontati.

Va infatti ricordato che gli impianti di distribuzione dei gas medicali, comprendenti parti anche molto lontane dall'utilizzazione sanitaria vera e propria, sono a tutti gli effetti nel loro complesso "dispositivi medici" in classe IIb, secondo la direttiva comunitaria 93/42/Cee, e necessitano della marcatura Ce, da ottenere prima di ogni nuova attivazione. In vista degli effetti positivi sul contenimento del rischio a tutti i suoi livelli, è auspicabile che il raggiungimento della massima efficacia delle nuove norme non paghi il prezzo dei lunghi tempi di "assimilazione" solitamente necessari per l'adeguamento diffuso della "cultura professionale" dei vari operatori e attori che a qualsiasi titolo devono utilizzare o gestire i sistemi in trattazione.

L'assessorato alla Sanità dell'Emilia Romagna, Regione da sempre tra le più sensibili e attente a questo genere di tematiche, ha condotto recentemente (ottobre 2011) uno studio sull'argomento contenente altresì le prime linee di indirizzo, avviando un percorso virtuoso nella direzione della più ampia diffusione e attuazione, ai vari livelli, delle nuove norme. La loro completa attuazione, a giudizio di molti, si presenta infatti complessa, sia per l'introduzione di ruoli e figure totalmente nuovi , che per la necessità di nuove e precise regole, da discutere, da scrivere, e infine condividere. Questo articolo si propone di esaminare ed evidenziare le novità di carattere gestionale contenute nelle recenti già citate norme sugli impianti per gas medicali, e in particolare nell'Appendice G.

Figura 1 - Ruoli e collegamenti individuati dalle norme Uni En Iso 7396-1 per la gestione dei gas medicali



Uso quotidiano nel miri-no. Fra i principali elementi di novità, rispetto alla precedente En 737-3, va detto che la nuova Iso 7396-1 si applica a tutti i nuovi impianti (progettazione e installazione) ma anche all'ampliamento, alla modifica di impianti esistenti, alla modifica o sostituzione di centrali o di sorgenti di alimentazione. Il nuovo impianto normativo ha come principale elemento di novità quello di porre tra gli obiettivi primari anche la corretta gestione operativa nell'uso quotidiano degli impianti, dai serbatoi fino alle apparecchiature di utilizzazione per il paziente.

In base alle attuali norme, il tradizionale limite concettuale tra "impianto" e "dispositivo medicale" è da ritenersi superato.

Con una notevole evoluzione rispetto al passato, la nuova norma identifica nuove importanti funzioni all'interno delle organizzazioni delle aziende ospedaliere e sanitarie, non più limitate a quelle già note di competenza dei "servizi tecnici aziendali" *(si veda tabella 1)*.

È quindi opportuno sottolineare la novità di un forte coinvolgimento delle strutture sanitarie, che sono chiamate a fare la loro parte per garantire nel tempo le prestazioni e l'affidabilità degli impianti gas medicali, in maniera tale che sia possibile gestire coralmente, con la massima efficacia e tempestività, anche eventuali situazioni di emergenza, oltre che le normali interruzioni programmate per manutenzioni o modifiche.

In particolare, il Documento di gestione operativa deve prendere in considerazione le seguenti procedure:

a) controllo dei documenti e registrazioni;
b) formazione e informazione;
c) gestione delle emergenze;
d) gestione dei cambiamenti e delle variazioni della utilizzazione;
e) permesso di lavoro (fac-simile del modulo scritto, che sarà firmato dai responsabili indicati dallo stesso documento di gestione operativa);
f) manutenzione preventiva (può contenere i rimandi a capitolati o a disciplinari tecnici della manutenzione eventualmente già operativi, se idonei);
g) lavori di modifiche, ampliamenti, riparazioni e manutenzioni extra;
h) gestione delle fonti di alimentazione;
i) stoccaggio e manipolazione delle bombole;
j) acquisto degli accessori;
k) gestione dei fornitori.

Il documento di gestione operativa deve contenere le indicazioni delle figure che devono essere consultate prima di collegare le apparecchiature all'impianto. Speciale attenzione deve essere posta a modifiche, cambiamenti o alla introduzione di sistemi di auto-produzione di gas medicinali.

Inoltre documenti delle singole procedure elencate dovrebbero essere controllati dal sistema di gestione della qualità. Devono essere definiti i controlli di revisione e le procedure di approvazione dei documenti, assicurando che solo l'ultima versione sia utilizzata e utilizzabile, per interdire l'uso di documenti superati.

Le procedure da b) a j) definiscono le procedure per i programmi di addestramento e formazione, le modalità di comunicazione, le azioni da intraprendere in caso di guasto, per la gestione di emergenze, la procedura per l'autorizzazione al lavoro (permesso scritto di lavoro => documento formale), la procedura per la gestione delle modifiche e ampliamenti, quelle di manutenzione preventiva e ripartiva, la procedura per la gestione delle sorgenti di alimentazione, e la procedura per l'acquisto di apparecchiature medicali.

Per quest'ultimo aspetto particolare (acquisto / sostituzione di apparecchiature) la "persona autorizzata" dovrebbe sempre essere consultata dal medico designato e dal Servizio Ingegneria clinica prima della fornitura e attivazione di nuove apparecchiature (a esempio: respiratore / ventilatore ecc.), in modo da garantire che non sia mai superata la massima capacità di erogazione del sistema o che, viceversa, si organizzi tempestivamente l'eventuale adeguamento prima di attivare le nuove apparecchiature. In particolare, va sottolineata l'indiscutibile e fondamentale importanza del documento di cui al punto "e" - "permesso di lavoro" - del quale per certi aspetti si sentiva la necessità e urgenza.

La sua introduzione, purtroppo non ancora adeguatamente cogente, dovrebbe invece essere resa tale da ciascuna azienda sanitaria o ospedaliera, nel contesto più ampio del Documento di gestione operativa. Ciò permetterebbe di codificare in modo rigoroso e inderogabile i passaggi che ciascuno degli attori coinvolti dovrà rispettare prima di ogni operazione che, in qualsiasi modo, possa comportare una non conformità rispetto alla situazione standard di ordinario e normale funzionamento del sistema.

Un buon punto di partenza è costituito da un diagramma di flusso (attori/ azioni), in grado di evidenziare le interdipendenze, che preveda uno specifico modello appositamente predisposto e approvato, da allegare al Documento di gestione operativa *(si veda figura 1)*.

Tutto implica un innalzamento del livello di attenzione, un maggiore coinvolgimento e consapevolezza nelle situazioni non ordinarie e una precisa attribuzione preventiva delle responsabilità fra le varie figure coinvolte.

Altro argomento certamente non secondario è rappresentato dalla formazione, investimento indispensabile che offre prospettive di ritorno altamente redditizie, in una scala dei valori che metta al primo posto la salvaguardia della vita umana.

In conclusione, si ritiene importante che ciascuna direzione aziendale solleciti al suo interno l'individuazione delle figure descritte, dando impulso alla concreta formalizzazione del Documento di gestione operativa e delle procedure operative, affidando al complesso documentale così ottenuto il valore di "regolamento aziendale".

Altrettanto importante è l'impulso che può essere dato da ciascuna Regione, a livello di definizione di linee guida e contenuti minimi, anche allo scopo di omogeneizzare a livello regionale gli standard di sicurezza e affidabilità, e la qualità complessiva delle attività in oggetto.

Giovanni Ferrara
Direttore Servizio tecnico patrimoniale
Azienda Usl Modena

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tabella 1 - Le figure coinvolte nella gestione operativa dei gas medicinali

Responsabile esecutivo (Re). È identificabile con il Dg dell'azienda, il direttore sanitario o il direttore di presidio ospedaliero secondo le deleghe vigenti in ogni azienda sanitaria o ospedaliera: è responsabile di tutta l'organizzazione nella quale è installato ed è operativo l'impianto di distribuzione dei gas medicali (Idgm). Il responsabile attua le politiche operative espresse in uno specifico documento di gestione operativa che definisce compiti e responsabilità del personale coinvolto nell'uso, nell'installazione, nelle modifiche e nella manutenzione dell'impianto. È responsabile dell'implementazione del suddetto documento di gestione e del controllo della sua applicazione, che esegue avvalendosi del responsabile tecnico delle strutture (Rts).

Responsabile tecnico delle strutture (Rts). Può essere il direttore del servizio tecnico o un dirigente tecnico formalmente delegato, esercita la responsabilità operativa globale sugli Idgm: risponde della loro corretta gestione e dispone di una o più persone autorizzate (Pa).

Persona autorizzata (Pa). Può essere identificato con un dirigente tecnico o altra figura del servizio tecnico (es: perito o geometra). Scelta dal responsabile tecnico è responsabile della gestione quotidiana: emette i "permessi di lavoro" scritti, per manutenzioni, modifiche ecc.; assicura le informazioni ai diversi reparti su lavori e durata; assicura che tutte le unità terminali siano state ben identificate, testate ed etichettate e risponde della manutenzione. Aspetto innovativo: deve essere consultata per ogni ampliamento, modifica o sostituzione di apparecchiature utilizzatrici per assicurarne la compatibilità con l'impianto esistente.

Persona competente (Pc). Può essere dipendente di un appaltatore esterno o del settore tecnico dell'ospedale: di norma è l'addetto alla manutenzione, oppure l'installatore che esegue il lavoro sull'impianto.

Controllore della qualità (Cq). Identificabile con il responsabile della farmacia è nominato dal responsabile esecutivo, risponde della qualità dei gas medicinali distribuiti a tutte le unità terminali e somministrate ai pazienti per garantire che siano conformi alle specifiche della farmacopea. La persona autorizzata deve coordinarsi con il Cq prima di attivare un nuovo Idgm, o dopo ogni manutenzione straordinaria o modifica (ampliamento, sostituzione di componenti fondamentali ecc.) per garantire che il prodotto conservi la qualità prescritta.

Medico designato (Rmd). Identificabile con un dirigente medico (della direzione sanitaria /di presidio /ovvero responsabile di reparto, in funzione dell'organizzazione e dei criteri adottati dall'azienda nel documento di gestione operativa) punto di riferimento e snodo per tutte le comunicazioni riguardanti l'impianto, interfaccia tra il servizio tecnico e il reparto clinico servito. Il medico designato indica al settore tecnico ogni esigenza del reparto (es. la necessità di fornitura di bombole o sistemi di emergenza) e dovrebbe essere preventivamente consultato in merito a qualsiasi modifica / ampliamento all'impianto.

Infermiere designato (Rid). Funge da raccordo di tutte le comunicazioni tra il settore / dipartimento tecnico e il proprio specifico dipartimento clinico. Può essere identificato nel capo sala o suo delegato di turno.

Persona designata (Pd). Può essere designato anche un manutentore non specializzato, ma dovrà essere persona opportunamente addestrata/ formata a cui è assegnata la responsabilità di eseguire particolari operazioni sull'impianto, come a esempio il cambio bombole o le prove sui sistemi di allarme.

E. ROMAGNA/ Lo strumento dei "profili di nucleo" a sostegno dell'attività dei Mmg

Cure primarie, test di qualità

L'obiettivo è confrontare e valutare i percorsi assistenziali dei pazienti

L'evoluzione demografica della popolazione e il suo progressivo invecchiamento, il mutare del quadro epidemiologico sempre più caratterizzato dalla cronicità e dall'evoluzione delle forme di organizzazione sociale, con particolare riferimento alle crescenti difficoltà della famiglia a garantire assistenza e cura ai propri componenti, hanno determinato profonde trasformazioni del Ssn negli ultimi dieci anni. Le mutate necessità di assistenza della popolazione non possono essere fronteggiate esclusivamente mediante l'assistenza ospedaliera, ma devono far riferimento anche a servizi territoriali in grado di garantire una "presa in carico globale" delle persone, attraverso la prossimità delle cure e la continuità assistenziale.

A questi mutamenti la programmazione nazionale ha risposto sia con una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera che con il progressivo adeguamento e contemporaneo spostamento di risorse sul territorio. In particolare, l'attenzione si è concentrata sull'obiettivo di garantire un'assistenza il più possibile integrata - sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali - con la emergente complessità ed eterogeneità dei bisogni. Il punto di partenza è rappresentato dalla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e dal consolidamento del ruolo di committenza e integrazione proprio del distretto con una particolare importanza assegnata all'assistenza primaria, e in particolar modo ai medici di medicina generale (Mmg).

Progetto che mira alla governance

La Regione Emilia-Romagna ha perfezionato questo percorso con la Lr 29/2004 che, nel ridefinire l'assetto del Ssr, ha riorganizzato l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo di committenza e luogo di integrazione del distretto e, soprattutto, delineando una cornice normativa e programmatoria di riferimento nella quale l'ambito delle cure primarie svolge un ruolo chiave. Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 ha successivamente rafforzato il principio della cultura di integrazione interprofessionale disegnando il sistema delle cure primarie e la rete dei servizi alla persona con l'obiettivo di pervenire a un sistema integrato di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali con il distretto quale punto di riferimento per la programmazione ed erogazione dell'assistenza primaria. A questo percorso ha contribuito in maniera incisiva l'Accordo regionale con i Mmg del 2006 che ha rafforzato il ruolo dei Nuclei di cure primarie (Ncp), formati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta. Ai Nuclei afferiscono inoltre gli specialisti territoriali, infermieri, ostetriche e operatori socio-assistenziali che svolgono la loro attività nei diversi Servizi del distretto.

I Ncp rappresentano quindi le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie: sono infatti il luogo privilegiato per la realizzazione dell'integrazione professionale e operativa delle diverse figure, indipendentemente e nel rispetto delle strutture organizzative di appartenenza, siano esse articolazioni del Ssn o dei Comuni. I Nuclei permettono inoltre di perseguire obiettivi di continuità assistenziale, integrazione delle attività territoriali e governo clinico attraverso linee guida, audit clinico e formazione specifica.

Lo sviluppo attuativo all'Accordo regionale del 2006 sui Ncp nelle 11 Ausl regionali ha portato alla attuale realizzazione, su base geografica nei complessivi 38 distretti regionali, di 216 Ncp. Ogni Nucleo è costituito in media da 15 Mmg con una popolazione di assistiti pari a circa 17.800 persone, anche se nelle zone appenniniche le caratteristiche del territorio fanno sì che il numero dei Mmg sia molto ridotto. Ogni Ncp ha una propria sede alla quale fanno riferimento gli assistiti dei medici appartenenti al Nucleo; la responsabilità di ogni Nucleo è affidata a un coordinatore, scelto tra i medici (Mmg o Pls) che compongono il nucleo stesso e dagli stessi individuato. Il coordinatore svolge un ruolo centrale all'interno dell'organizzazione territoriale sia come punto di riferimento per gli appartenenti al Nucleo che come interfaccia con il Dipartimento cure primarie. Quest'ultimo è un Dipartimento territoriale che garantisce l'erogazione dell'assistenza primaria; affidato a un direttore di struttura complessa ha come organi, oltre al direttore, il Comitato di dipartimento ed è costituito da Uo/servizi di funzioni assistenziali che nel loro insieme assicurano i servizi di base e il primo accesso. Nella maggior parte delle aziende il Dipartimento ha valenza sovra-distrettuale, mentre nelle restanti realtà è previsto un Dipartimento per ogni distretto.

Dati standardizzati per età e per sesso

Il coordinatore di Nucleo ha inoltre compiti di programmazione e monitoraggio dell'andamento dei progetti assistenziali e dei livelli di integrazione interprofessionale, nonché di promozione della formazione e verifica dei bisogni formativi espressi dai professionisti. I professionisti del Ncp contribuiscono allo sviluppo di un modello di reti integrate finalizzato a rispondere alle esigenze assistenziali sanitarie e sociali dei cittadini. In particolare i Mmg assumono un ruolo fondamentale sia in quanto responsabili dell'erogazione delle prestazioni sulla popolazione di riferimento, sia perché gli si dà la possibilità di partecipare alla programmazione della committenza e quindi alla definizione delle decisioni strategiche delle aziende sanitarie. Il Mmg è quindi il protagonista principale nell'ambito del Ncp e svolge un'attività clinica individuale e un ruolo di valutazione dei bisogni assistenziali e di qualità dell'assistenza offerta ai cittadini, esercitando gli strumenti del governo clinico nell'ambito della medicina associata sia questa di gruppo o in rete. L'Accordo regionale ha infatti stabilito che i medici aderenti ai Ncp devono collaborare fra loro e con la direzione delle Ausl per migliorare sia la qualità dei servizi offerti che la loro appropriatezza attraverso l'uso abituale di strumenti informatici e amministrativi con le modalità proprie del governo clinico. Questo obiettivo previsto dall'Accordo regionale si è tuttavia scontrato con la realtà della situazione: diversamente rispetto alle forme associative tradizionali (medicina di gruppo o rete) dei Mmg che storicamente sono state costituite da professionisti fra loro affini, i Ncp, soprattutto nelle realtà cittadine, hanno portato all'aggregazione di medici spesso fra loro sconosciuti e non necessariamente pronti alla collaborazione e condivisione di metodi di lavoro.

Nella consapevolezza che la collaborazione fra medici e con l'azienda costituisce un pre-requisito fondamentale per il miglioramento qualitativo dell'assistenza primaria, per promuovere la condivisione fra Mmg all'interno dei Ncp, per avviare un percorso di promozione del governo clinico a livello territoriale e per agevolare l'attività dei coordinatori di Ncp, la Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con la Thomas Jefferson University di Filadelfia (Usa), ha avviato a partire dal 2007 un progetto finalizzato a fornire i Ncp di uno specifico strumento, il "profilo di cura". Il "profilo" è stato inizialmente sviluppato e testato nei Ncp della Ausl di Parma e Reggio Emilia e successivamente diffuso, a partire dal 2009, a tutti i Ncp regionali.

Quali le informazioni fornite? Gli indicatori coprono aree diverse, ma tutte comunque riconducibili, direttamente o indirettamente, alle attività dei Mmg, e quindi

L'identikit del metodo

Il Profilo, come descritto dall'American Academy of Family Phisicians (http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/p/physicianprofiling.html) è uno strumento analitico che, utilizzando metodi epidemiologici, permette di valutare e confrontare, per ogni Ncp e fra Ncp diversi, le pratiche assistenziali sia sulla base di indicatori di qualità del servizio offerto che di assorbimento di risorse. Presupposto fondamentale è che tutte le informazioni e gli indicatori contenuti nel profilo siano di interesse per il paziente, per il medico, e per l'amministrazione, siano condivisi in letteratura, siano costruiti su dati già disponibili e considerino il case-mix dei pazienti. L'elaborazione del profilo avviene a livello regionale utilizzando esclusivamente i flussi informativi dell'area sanitaria (ricoveri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, distribuzione diretta, anagrafe regionale assistiti) presenti nella banca dati regionale; il sistema informativo regionale consente infatti di aggregare, a livello del singolo paziente e in forma totalmente anonima, tutte le prestazioni sanitarie erogate a carico del servizio sanitario regionale da strutture pubbliche e private accreditate sia all'interno della Regione che in altre Regioni italiane. L'elaborazione dei profili avviene annualmente e i dati sono messi a disposizione delle aziende Usl in una area riservata del portale regionale, accessibile mediante password. Attualmente sono disponibili i profili relativi agli anni 2008, 2009 e 2010.

Le informazioni riportate nel profilo

Dati di contesto
- Caratteristiche dei medici di medicina generale appartenenti al Ncp (età, sesso, anni di convenzionamento, distribuzione per forma associativa)
- Caratteristiche demografiche dei pazienti in carico ai Ncp (sesso, distribuzione per classi di età)
- Stima della prevalenza delle principali malattie croniche (patologie cardiovascolari, gastrointestinali, respiratorie ecc.) mediante l'utilizzo del consumo di assistenza farmaceutica e di specialistica ambulatoriale

Utilizzo dell'assistenza
- Assistenza ospedaliera - Tasso di ospedalizzazione
- Assistenza farmaceutica - Consumo espresso in Ddd/1.000 assistiti/die
- Assistenza specialistica - Indice di consumo per: diagnostica; laboratorio; visite specialistiche
- Accessi al Ps per codici bianchi e verdi

Qualità del percorso assistenziale
- Condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale: tasso di ospedalizzazione e ricoveri ripetuti
- Malattie cardiovascolari: trattamento con betabloccanti, statine e anti-aggreganti dopo dimissione per Ima; monitoraggio dopo dimissione per Ima; screening Ldl in pazienti con problemi cardiovascolari; trattamento con Ace inibitori/Arb e betabloccanti dopo dimissione per scompenso cardiaco congestizio; monitoraggio dopo dimissione per scompenso cardiaco congestizio
- Pazienti diabetici: screening annuale per: emoglobina glicata, profilo lipidico, esame dell'occhio, creatinina, Ecg, microalbuminuria
- Pazienti asmatici: trattamento appropriato dei pazienti affetti da asma cronica

Appropriatezza prescrittiva nella popolazione di età ≥ 65 anni
- Prescrizione di farmaci potenzialmente inappropriati
- Prevalenza di prescrizione di interazioni tra farmaci
- Prevalenza di pazienti esposti a ≥ 5 farmaci

CAMPANIA

Fotografia in chiaroscuro per l'Irccs Pascale

I tempi di degenza pre-operatoria, per ricoveri chirurgici programmati, portano il Pascale all'ultimo posto della classifica dedicata agli Irccs oncologici italiani e al penultimo dell'analoga lista degli ospedali regionali. Un grafico, molto chiaro, è inserito in un rapporto realizzato a giugno 2011 dallo stesso Istituto per la ricerca e la cura dei tumori. Un documento reso pubblico dall'europarlamentare del Pdl/Ppe **Enzo Rivellini** e che sino a fine dicembre è rimasto in un cassetto.

Il rapporto fa diversi raffronti e valuta anche gli incrementi avvenuti tra il 2009 e il 2010 relativi alle prestazioni effettuate e ai costi, ma ciò che è evidente è che la nota dolente è proprio la degenza pre-operatoria per interventi programmati.

Dal rapporto, infatti, si evince che chi deve subire un intervento chirurgico viene ricoverato, in media, 4,1 giorni prima e resta in un reparto, nella fase post-operatoria, per circa 6 giorni, con un picco di 14,5 giorni di degenza media chirurgica registrati in chirurgia toracica. Il benchmark con gli altri sette Irccs su dati consolidati del 2008, assegna il primo posto all'Istituto oncologico del Veneto che ha una degenza pre-operatoria di meno di un giorno e il secondo all'Ieo di Milano che arriva a un giorno.

Il Pascale può contare su un budget annuale di 96 milioni, di cui 16 sono investiti in ricerca, anche clinica applicata, e 80 sono destinati ai ricoveri. Tra il 2009 e il 2010 le prestazioni non chirurgiche, quindi visite, indagini mediche specialistiche e certificati medico-legali, sono aumentate da 2.783 a 2.945. Il manager del Pascale **Tonino Pedicini**, al quale Rivellini contesta non solo carenze nella gestione, ma anche l'affidamento di circa 200 consulenze, non smentisce le accuse, ma sottolinea che non vanno trascurati alcuni successi del Pascale, dai quali deriva l'incremento (tra il 2009 e il 2010) dei ricoveri dell'8,3%. Il dato si ricava dall'aumento del 4% dei ricoveri ordinari e del 9,4 % dei day-hospital.

Questo ha portato a un incremento del 5,7% delle giornate di degenza per i ricoveri ordinari e dell'11% il day-hospital. Quest'ultimo sensibile incremento è dovuto a ricoveri per somministrazione di farmaci antineoplastici. Secondo Pedicini tutto questo è merito dell'attivazione del laboratorio di preparazione degli antiblastici, e del trasferimento dell'unità organizzativa di chemioterapia di Dh in ambienti ristrutturati, «che hanno reso possibile una migliore organizzazione del lavoro». In sintonia con l'aumento dei volumi di attività è cresciuto il tasso di utilizzo dei posti letto «che nel 2010, ha raggiunto l'81,5% per il regime ordinario e il 102,3% per il Dh».

Intanto la Regione Campania, presa dal taglio delle spese inutili, ha deciso di approvare una variazione di bilancio, a fine dicembre, che supera i 414 milioni. Solo che i tagli previsti non riguardano esclusivamente spese evitabili, ma anche i capitoli destinati all'acquisto di farmaci oncologici ad alto costo e destinati ai malati terminali.

Laura Viggiano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tabella 1 - Distribuzione dei Ncp (1° gennaio 2012)

Azienda Usl	Ncp	Media Mmg (min-max)	Media assistiti (min-max)
Piacenza	13	15 (12-21)	18.906 (12.150-26.546)
Parma	21	14 (6-21)	18.330 (6.275-31.254)
Reggio Emilia	23	15 (4-28)	19.654 (4.008-38.798)
Modena	39	13 (4-27)	15.651 (4.068-33.563)
Bologna	41	15 (8-28)	18.536 (9.952-34.453)
Imola	7	14 (6-21)	16.428 (7.399-25.526)
Ferrara	18	16 (9-32)	17.695 (10.322-34.514)
Ravenna	17	17 (9-26)	20.142 (11.539-28.294)
Forlì	11	13 (5-21)	15.055 (5.380-24.974)
Cesena	7	21 (12-32)	25.509 (15.027-40.004)
Rimini	19	13 (5-20)	15.173 (7.325-32.607)
Regione	**216**	**15 (4-32)**	**17.877 (4.008-40.004)**

Figura 1 - Trattamento con Ace per pazienti dimessi per scompenso (2010)

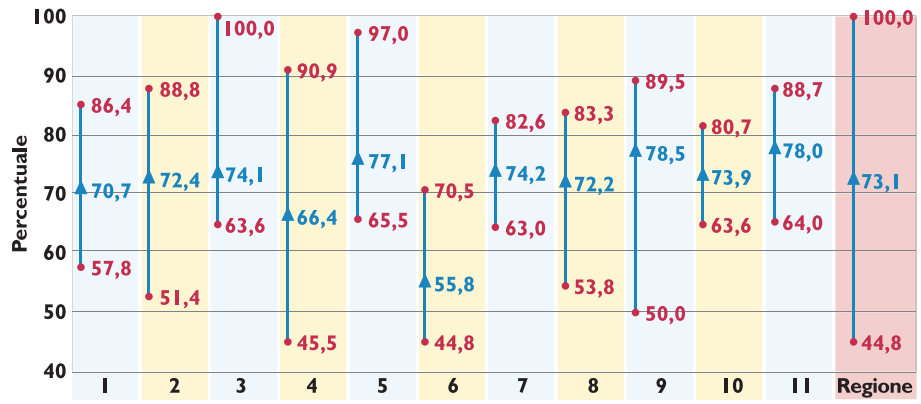


Figura 2 - Monitoraggio lipidico nei pazienti diabetici (2010)

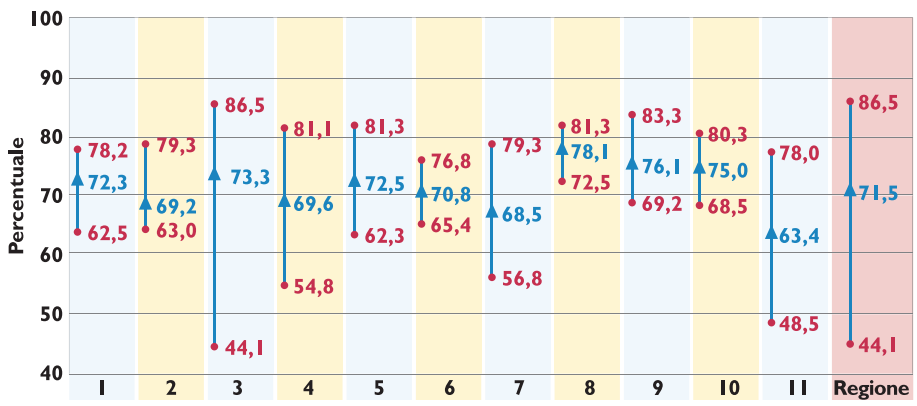
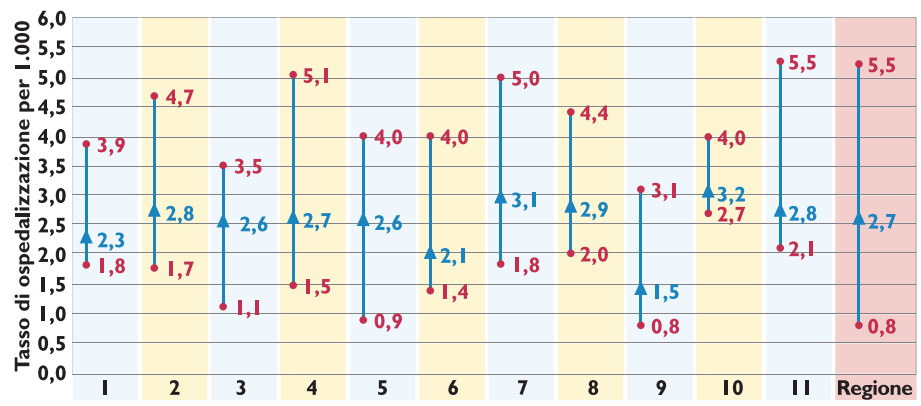


Figura 3 - Tasso standardizzato dei ricoveri per scompenso (2010)



possono fornire informazioni preziose per valutare, in maniera retrospettiva, i percorsi assistenziali intrapresi dai pazienti nell'ambito all'assistenza primaria (si veda il box a centro pagina).

Per agevolare la lettura dei dati, tutti gli indicatori sono standardizzati per età e sesso e, ove possibile, viene riportato anche il confronto con l'analogo dato osservato a livello distrettuale, regionale e aziendale. La letteratura di supporto, l'elenco completo e le specifiche caratteristiche degli indicatori e un esempio di "profilo" sono disponibili nel sito web regionale (http://www.regione.emilia-romagna.it/prim/documentazione.htm).

È importante sottolineare che la gestione e l'aggiornamento degli indicatori contenuti nel profilo, la diffusione dei profili all'interno delle aziende e il complessivo monitoraggio dell'attività sono affidati a un comitato scientifico permanente, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna e dalla Thomas Jefferson University, e costituito da rappresentanti di tutte le Ausl e Mmg. Per supportare le aziende sanitarie e i coordinatori di Nucleo nella attività di diffusione, lettura e interpretazione dei dati in ogni azienda è stato individuato un gruppo di professionisti ("facilitatori") appositamente formati dalla Regione e dalla Thomas Jefferson University. Le aziende hanno individuato autonomamente i componenti del gruppo: prevalentemente si tratta di farmacisti, epidemiologi, statistici, medici di organizzazione delle cure primarie, medici di medicina generale. Da sottolineare come nella maggior parte delle aziende sia stata fatta la scelta di coinvolgere, come facilitatori, anche alcuni Mmg.

Positivi i primi risultati ottenuti

A titolo esemplificativo si riportano i grafici relativi al trattamento dei pazienti dimessi per scompenso (percentuale di pazienti con prescrizione di Ace inibitori entro 90 giorni dalla dimissione), al monitoraggio dei pazienti diabetici (percentuale di pazienti con determinazione annuale del profilo lipidico) e ai ricoveri potenzialmente evitabili per scompenso (tasso di ospedalizzazione per 1.000 assistiti). Ogni grafico riporta, per azienda, il valore medio e i valori registrati dal Nucleo migliore e peggiore.

Come viene utilizzato il Profilo nei Ncp? In generale, i dati di Ncp, elaborati annualmente dalla Regione, vengono presentati e distribuiti a tutti i coordinatori di Ncp in una giornata seminariale tenuta, in ogni Ausl, dalla Regione, dai ricercatori della Thomas Jefferson University e dai facilitatori aziendali. I singoli coordinatori di Ncp hanno poi il compito di organizzare, con i propri colleghi di Nucleo, incontri di presentazione dei dati, avvalendosi del supporto dei facilitatori. Sulla base dei dati del Profilo, a ogni Nucleo viene poi chiesto di identificare le aree di maggiore criticità assistenziale e di progettare un percorso di miglioramento, sulla base dei principi del governo clinico, che preveda sia l'audit e la condivisione delle linee guida che il coinvolgimento, ove necessario, degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali di riferimento.

È importante porre attenzione al fatto che il Profilo non vuole avere nessun connotato "punitivo", ma piuttosto proporsi come strumento di stimolo della discussione tra professionisti e di promozione del lavoro di gruppo all'interno del Ncp per ottimizzare l'organizzazione dei servizi in base alle esigenze territoriali, migliorare l'accesso e qualità delle prestazioni erogate, realizzare forme di assistenza specifica per le patologie croniche prevalenti, e promuovere e migliorare il coordinamento funzionale fra Ausl e Ncp.

Il progetto è stato avviato a livello regionale solo da un paio di anni e ogni Ausl ha seguito un percorso autonomo per la diffusione dei dati tra i Ncp. È quindi prematuro fare un bilancio sulla sua riuscita. In ogni caso, visti la vivacità e il fervore con cui il Profilo è stato accolto e accettato dai Mmg nelle varie Ausl, c'è un certo ottimismo che lo strumento possa centrare gli obiettivi previsti. Per la prima volta il Profilo non viene vissuto come uno strumento di "controllo", probabilmente anche grazie alla scelta di non includere dati di spesa, ma come uno supporto ai professionisti.

Questo segnale è in linea con i dati preliminari sull'uso del Profilo disponibili dall'esperienza accumulata nelle due Aziende di Parma e di Reggio Emilia, dove il Profilo è stato inizialmente testato. I risultati di un focus group con alcuni Mmg della Ausl di Parma mostrano come i clinici considerino il Profilo una iniziativa all'avanguardia, e venga vissuto come uno stimolo fortissimo per i singoli professionisti a "guardarsi dentro" e migliorare la qualità della cura, e come un forte incentivo alla collaborazione con gli altri Mmg dei Ncp per raggiungere una omogeneità di intenti clinici e di conseguenza ridurre la variabilità di comportamenti nella pratica clinica. Dal punto di vista clinico, nelle due aziende si sono visti risultati tangibili. Per esempio, nel trattamento farmacologico successivo alla dimissione post-Ima, si è passati nel 2010 a circa il 90% dei pazienti correttamente trattati con beta-bloccanti e statine, due classi di farmaci essenziali, da un iniziale 70% nel 2007 prima dell'inizio della diffusione del Profilo.

In conclusione, il Profilo di cura è un utile strumento di appoggio alla riorganizzazione dell'assistenza primaria in Emilia-Romagna, di cui l'organizzazione dei Nuclei di cure primarie costituisce uno degli elementi fondanti. Nell'ottica di un processo che guarda alla performance di gruppo e non a quella del singolo professionista, il Profilo si conferma quindi di fondamentale importanza nel facilitare il governo clinico territoriale dei Mmg, permettendo ai Nuclei di conoscere le problematiche sanitarie e i bisogni emergenti in piccoli gruppi di popolazione appartenenti allo stesso territorio, di predisporre politiche di superamento delle disuguaglianze in termini di salute, di accesso ai servizi, e di formulare strategie di miglioramento della qualità di assistenza erogata in base alle performance del comportamento dei gruppi di medici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

a cura di: **Andrea Donatini, Stefano Sforza, Eleonora Verdini e Antonio Brambilla** *(Assessorato Politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna);* **Vittorio Maio** *(Jefferson School of population health, Thomas Jefferson university, Philadelphia, Usa);* **Massimo Fabi** *(Ausl Parma);* **Daniela Riccò** *(Ausl Reggio Emilia);* **Maria Lazzarato** *(Ausl Imola);* **Roberto Grilli** *(Agenzia sociale e sanitaria, Regione Emilia-Romagna)*

TOSCANA

Salute mentale: la cura sul territorio funziona

La salute mentale in Toscana passa sempre di più dai servizi territoriali, calano i ricoveri e tra le patologie che li causano sono in aumento disturbi bipolari e d'ansia. È quanto emerge dai dati provenienti dai flussi amministrativi nel 2010 elaborati dall'Agenzia regionale di Sanità (Ars), che all'interno di un documento della sua collana di quaderni di approfondimento ha deciso di fare il punto della situazione dell'epidemiologia della salute mentale in Toscana, utilizzando diverse fonti.

I pazienti che hanno fatto ricorso a un servizio territoriale di salute mentale sono stati 78mila e di questi quasi il 40% risultano nuovi utenti. Cifre che evidenziano come in Toscana i cittadini facciano un uso maggiore dei servizi territoriali rispetto ad altre Regioni italiane (Lazio, 34%; Lombardia, 17%).

Per contro, l'andamento dei ricoveri (i dati relativi al 2010 sono tratti dal flusso delle Sdo) presenta una tendenza alla diminuzione in entrambi i sessi mostrando, comunque, una ulteriore diminuzione nel corso dell'ultimo anno soprattutto nel genere maschile. Al decrescere dei ricoveri si associa un aumento dei trattamenti in regime di day hospital che, dal 2002 a oggi, sono aumentati di 9 punti percentuali (dal 17,9% del 2002 al 26,9% del 2010).

Resta alto il consumo di farmaci antidepressivi (espressi in dosi definite giornaliere/1.000 ab.), che nel 2010 è di 56,4 rispetto a un valore medio nazionale che, per il 2009, risultava essere di 34,6. La Toscana detiene infatti su questo fronte il primato nazionale.

«La prescrizione, da parte dei medici di questi farmaci - sottolinea **Francesco Cipriani,** direttore Ars Toscana - mostra una variabilità intra-regionale che lascia supporre l'appartenenza, da parte di quest'ultimi, a scuole di pensiero diverse o all'utilizzo di protocolli terapeutici differenti».

In crescita il livello di distress tra i giovani: il 17,5% dei ragazzi tra i 14 e i 19 anni soffre di un livello elevato di distress. Lo rileva lo studio condotto sempre da Ars «Epidemiologia dei determinanti dell'infortunistica stradale in Toscana», che mostra un lento peggioramento rispetto alla rilevazione svolta nel 2008.

Un dato positivo è invece la progressiva diminuzione dei tassi di mortalità da suicidio, con valori lievemente superiori rispetto al dato nazionale (tasso grezzo di 6,3 contro 7,0 per 100.000 abitanti). Più esposte al rischio, le aree montane, ad alto tasso di spopolamento e di popolazione anziana.

«L'indagine nel suo complesso - spiega **Fabio Voller** dirigente del Settore Epidemiologia dei servizi sociali integrati dell'Agenzia - mette in risalto l'importanza che la salute mentale ricopre nella definizione del benessere di un territorio. La latenza nel ricorso ai servizi, che come sappiamo rappresenta un fenomeno diffuso nelle società economicamente avanzate, non può che aggravare la sintomatologia con la messa in atto di azioni estreme come, a esempio, il suicidio. Lo scopo di questo lavoro è quindi quello di approfondire lo studio della salute mentale sul territorio toscano, facendo emergere, laddove presenti elementi di criticità e punti di forza sui quali investire, risorse finalizzate a un miglioramento complessivo della vita dell'individuo».

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Iniziativa della Lice con Poste Italiane, Cattolica Assicurazioni, Neuromed e Pfizer

L'epilessia spiegata ai bimbi

Libro scritto da una mamma - Distribuzione gratuita da S.Valentino

COMUNICAZIONE

«Nella testa ci sono tanti fili e ognuno serve per fare qualcosa: giocare, parlare, dormire, pensare … poi, ogni tanto può capitare che uno di questi fili inizi a tremare, come se fosse stato toccato da un fulmine, da una scossa elettrica».

Quei "fulmini" - ribattezzati "sbiruline" da Sara e Emily, protagoniste di un libro per l'infanzia - sono le crisi epilettiche, tanto difficili da spiegare ai bambini che ne sono affetti. Il tentativo - riuscito - di insegnare ai piccoli pazienti a non avere paura di quelle crisi lo ha compiuto una giovane mamma, **Rachele Giacalone**, autrice del volume "Sara e le sbiruline di Emily", scritto dopo che a sua figlia di cinque anni è stata diagnosticata una delle numerose forme infantili di epilessia.

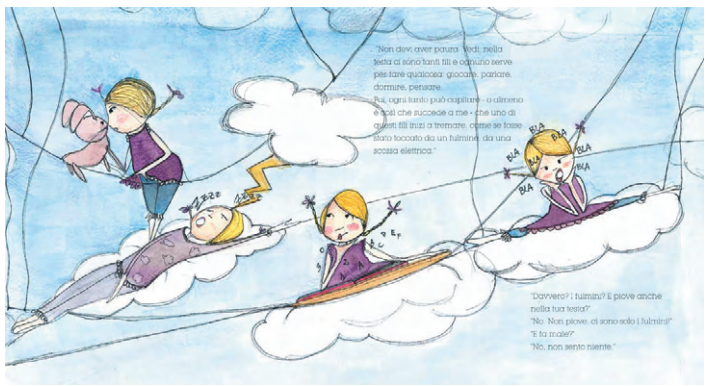
Patrocinato dalla **Lega Italiana contro l'epilessia** (**Lice**), il testo - che sarà distribuito gratuitamente - nasce dal bisogno di comunicare ai più piccoli con parole semplici una malattia che in Italia colpisce cinquecentomila persone, con trentamila nuovi casi ogni anno.

La patologia - una tra le più diffuse in campo neurologico - fa registrare infatti un picco di incidenza proprio in età infantile e adolescenziale: tra i bambini la fascia d'età più a rischio è quella sotto l'anno di vita, quando si registrano 130 casi ogni 100 mila soggetti, mentre tra gli adolescenti in età compresa tra i 15 e i 19 anni l'incidenza annua si attesta attorno ai 70 casi ogni 100mila. Il paziente affetto da epilessia, oltre a provare disagio a causa della sua situazione, si trova spesso a dover fare i conti con una società che non è pronta ad accoglierlo, aggiungendo al disturbo fisico anche il disagio psichico e la tendenza all'emarginazione e se si tratta di epilessia in età pediatrica, il contesto è ancor più delicato.

Il progetto "Sara e le sbiruline di Emily" è stato realizzato grazie al contributo di **Poste Italiane**, **Fondazione Cattolica Assicurazioni**, **Inm-Neuromed Irccs** e **Pfizer**: il volume sarà presentato a Roma il 14 febbraio, giorno di San Valentino, protettore oltreché degli innamorati anche degli epilettici. Dallo stesso giorno una versione iPad sarà scaricabile gratuitamente sul sito www.iwebmaster.it.

S.Tod.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MULTA DA 10,6 MLN PER ILLECITO GRAVE

L'Antitrust bastona Pfizer sui generici

Barriere anti-equivalenti per 17 mln di guadagni extra - Il Ssn ne ha persi 14

Multa da 10,6 milioni di euro al **Gruppo Pfizer** dall'**Antitrust** per abuso di posizione dominante nel mercato della commercializzazione di farmaci a base del principio attivo latanoprost per la cura del glaucoma, finalizzato a ostacolare l'ingresso dei genericisti sul mercato, con conseguenti mancati risparmi per il Ssn di circa 14 milioni di euro.

L'istruttoria è stata avviata a seguito della denuncia della società **Ratiopharm Italia**, interessata a produrre il farmaco generico, e di una ulteriore segnalazione dell'**European Generic Medicines Association**. Secondo le conclusioni del Garante della concorrenza e del mercato, Pfizer - che deteneva il 60% del mercato di riferimento con il farmaco Xalatan, leader mondiale nella cura del glaucoma e prodotto di punta della società - ha prolungato artificiosamente la protezione brevettuale del prodotto in scadenza dal settembre 2009 al luglio 2011 e, successivamente, al gennaio 2012, per allinearla a quella in vigore negli altri Paesi europei, inviando nel frattempo numerose diffide e importanti richieste di risarcimento danni ai genericisti interessati che hanno rinviato il primo accesso sul mercato dei propri prodotti equivalenti a base di latanoprost al maggio 2010.

Un illecito «molto grave», ha sentenziato l'Antitust: Pfizer è riuscita a mantenere - di fatto - l'esclusiva nella commercializzazione di farmaci a base di latanoprost, anche successivamente al venir meno della copertura brevettale e ha reso più oneroso per i genericisti il costo effettivo di ingresso sul mercato, in termini di programmazione e di efficacia.

Secondo l'Authority il prolungamento della rendita monopolistica di circa sette mesi avrebbe fruttato alla multinazionale un guadagno extra di circa 17 milioni di euro, dato stimato sulle quote guadagnate dai generici nei primi sette mesi di ingresso sul mercato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

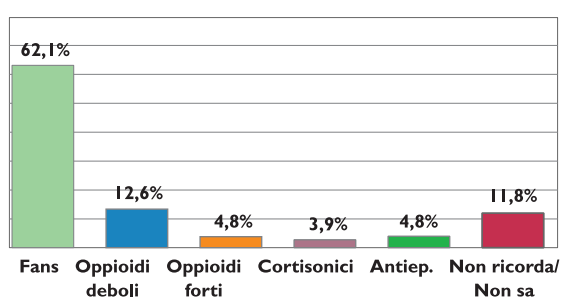
INDAGINE «CUPIDO»

Dolore cronico: metà dei pazienti senza terapie

Meno della metà (47,7%) degli italiani che lamentano dolori cronici riceve una terapia, che in oltre 8 casi su 10 (83% circa) si rivela comunque inefficace. Più di un paziente su 2 (52,3%) non assume quindi alcun trattamento, e soltanto la metà (50,9%) viene seguito da un medico. Sono alcuni risultati di una ricerca condotta dall'Associazione vivere senza dolore, durante la campagna «Cupido» (Cura previeni il dolore), promossa nel 2011 con il patrocinio del ministero della Salute. Il tour ha toccato 14 città della Penisola, con gazebo dove i cittadini potevano incontrare specialisti e rispondere a un questionario. Quasi 7 persone su 10 (67,3%) hanno detto di soffrire di dolore cronico, non legato a tumori in più di 9 casi su 10 (93,4%).

Dall'indagine, sostenuta da Mundipharma con un grant incondizionato e presentata la settimana scorsa a Milano, risulta in generale che i pazienti conoscono poco la legge 38 che dal marzo 2010 tutela il diritto a un'assistenza equa e qualificata. Sette volte su 10 hanno difficoltà a individuare sul territorio i centri specializzati, e fra chi si rivolge a un camice bianco pochissimi (5,8%) fanno riferimento a un terapista del dolore. Chi soffre, inoltre, ritiene non adeguati i farmaci prescritti: perlopiù si tratta di antinfiammatori non steroidei-Fans (38,5% delle risposte) che alleviano i sintomi solo nel 17% circa degli intervistati, mentre gli oppiodi forti vengono utilizzati nel 3,1% dei casi. Si conferma, infine, il pesante impatto del dolore sulla vita quotidiana che risulta compromessa per quasi 9 pazienti su 10.

Farmaci impiegati per il controllo del dolore



Alla luce di questi dati, l'Associazione vivere senza dolore organizzerà dal 15 febbraio al 30 giugno prossimi una nuova campagna itinerante. Il progetto si chiama «Hub2Hub» e si propone di sondare l'applicazione della legge 38 negli ospedali sede di un centro di terapia del dolore. Verranno coinvolte circa 15 strutture in tutto il Paese. «Molti cittadini, ignorando i contenuti della legge 38, non sanno dove recarsi per chiedere assistenza e finiscono per ricevere terapie che non rispondono alle loro esigenze antalgiche», dice Marta Gentili, presidente dell'Associazione vivere senza dolore. Gentili sottolinea che «la sofferenza fisica non grava solo sul malato, fino a spegnerne a volte la voglia di vivere, ma anche sull'intera famiglia», e auspica che «il ministero e la Commissione dolore proseguano l'ottimo lavoro svolto finora a tutela di chi soffre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TECNOLOGIE

«Tandem massa» alle Scotte

● Si chiama "Tandem massa" il nuovo spettrofotometro di massa, in dotazione alla Pediatria neonatale del policlinico **Santa Maria alle Scotte**: il sofisticato apparecchio consente, attraverso l'analisi di poche gocce di sangue o del liquido amniotico, la diagnosi precoce del danno cerebrale nel feto e nel neonato, attraverso l'analisi di particolari biomarker che misurano lo stress ossidativo. Il macchinario, del valore di circa 400mila euro, è stato acquistato con il contributo della **Fondazione Monte dei Paschi di Siena** e della onlus **Fondazione Euraibi** (Europe Against Brain Injury).

RIABILITAZIONE

La Tms riattiva dopo l'ictus

● La stimolazione non invasiva del cervello potenzia la riabilitazione motoria dei pazienti colpiti da ictus. È quanto emerge da una ricerca italiana coordinata dall'**Università di Bologna** con ricercatori dell'**Università Politecnica delle Marche** e degli **Ospedali Riuniti di Ancona Torrette** e pubblicata su **Neurology**. La nuova tecnica (stimolazione magnetica transcranica - Tms) è stata testata su 30 pazienti cronici con ictus e disturbi motori, per 2 settimane: in tutti si è avuto un netto e stabile miglioramento dell'arto malato per tutti i 3 mesi di monitoraggio.

ONCOLOGIA

«Vero» a Como stana i tumori

● Si chiama **"Vero"** l'acceleratore lineare per la cura dei tumori - unico nel suo genere in Italia - da poco installato e presentato pochi giorni fa all'**Ospedale S. Anna di Como**. L'apparecchiatura - finanziata con 6 milioni di euro dalla **Regione Lombardia** - può ruotare intorno al paziente e "inseguire" le lesioni tumorali con altissima precisione e massimo rispetto dei tessuti sani. La prima terapia è stata effettuata l'8 novembre: da allora sono stati trattati cinque pazienti. A pieno regime potranno essere curati 25-30 pazienti al giorno.

SERVIZI ON LINE

Somatropina, sito dedicato

● Annunciato da **Merck Serono** Spa il lancio del sito Internet **clickserviceonline.it**, un sito di assistenza tecnica dedicato ai pazienti che utilizzano i dispositivi di autosomministrazione per il trattamento con il farmaco a base di somatropina (ormone della crescita umano ricombinante). Grazie al nuovo servizio tecnico di assistenza dedicata il paziente potrà ordinare tutto il materiale necessario (aghi, accessori per i dispositivi di autosomministrazione, manuali tecnici), 24 ore su 24, per 7 giorni a settimana, e riceverlo a domicilio.

BIG PHARMA

Acquisizioni per 224 miliardi

● Il valore di fusioni e acquisizioni nel farmaceutico nel 2011 è salito a 224 miliardi di dollari, il più alto mai registrato dal 2007 secondo una ricerca dello studio legale internazionale **«Freshfields Bruckhaus Deringer»**. Si tratta di una cifra in crescita del 18% rispetto al 2010, sebbene più bassa del record del 2006, quando raggiunse quota 303 miliardi a livello globale. Le industrie puntano ad accaparrarsi piccole aziende proprietarie di progetti promettenti o collocate in mercati in crescita: nel mirino in particolare le economie Bric (3% del totale).

DISTRIBUZIONE

De Iure guida l'associazione

● L'avvocato **Mila De Iure** è il nuovo segretario generale di **Assoram**, l'associazione degli operatori commerciali e logistici che provvedono alla "distribuzione primaria" dei prodotti farmaceutici, parafarmaceutici, cosmetici, dietetici, veterinari, diagnostici, erboristici, articoli sanitari a grossisti, cooperative, farmacie, ospedali, Asl, informatori scientifici, laboratori di analisi, erboristerie, parafarmacie, centri di estetica e, in casi specifici, anche direttamente a pazienti.

Nel 2011 sono state vendute 7.397 scatole di Ru 486: oltre il 50% in tre Regioni

Aborti, 8mila con la pillola

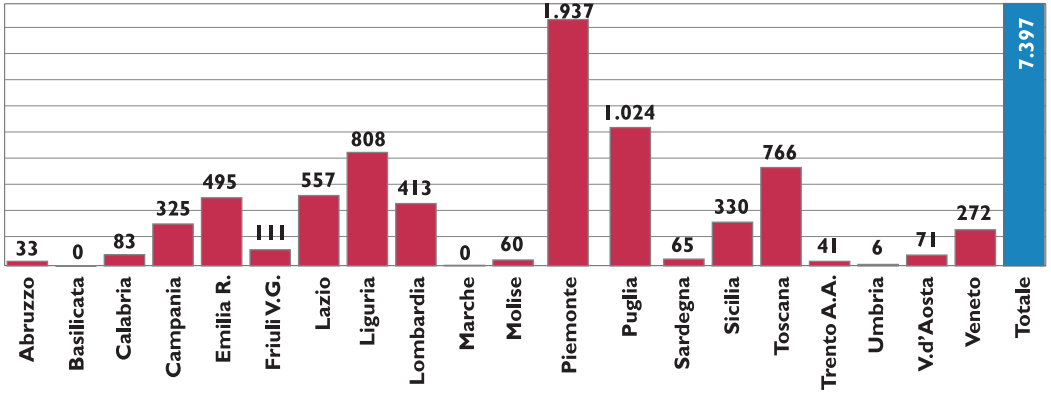
Un quarto delle «Ivg» entro le sette settimane avviene con il farmaco

BILANCI

Una donna su quattro che ha abortito entro le prime sette settimane di gravidanza ha scelto la Ru 486. Che nel 2011, vero primo anno a regime della contestata pillola in commercio dal 1° aprile del 2010, comincia dunque a prendere piede nelle corsie degli ospedali come reale alternativa al bisturi, almeno in un drappello di Regioni: in particolare Piemonte, Puglia, Liguria e Toscana.

L'anno scorso, secondo i dati che «Il Sole-24 Ore Sanità» è in grado di anticipare, sono state ordinate alla «Nordic Pharma», l'azienda che si occupa di distribuire in Italia il farmaco, 7.397 confezioni di Mifegyne - questo il nome commerciale - per oltre 22mila pillole (ce ne sono tre per ogni scatola). Il che significa che almeno 8mila interruzioni volontarie di gravidanza sulle oltre 30mila stimate ogni anno tra le donne con meno di due mesi di gestazione (tempo limite massimo per usare la Ru 486) sono avvenute per via farmacologica, visto che in alcune Regioni, come l'Emilia Romagna, si effettua anche più di una procedura abortiva per ogni scatola.

Le confezioni vendute nelle Regioni nel 2011



Rispetto al 2010, quando secondo il ministero della Salute sono stati registrati 3.775 aborti con la Ru 486, è dunque un balzo in avanti. Praticamente il doppio. Il dato che comunque salta subito all'occhio, come già avvenuto in un primo "censimento", è l'uso molto variabile tra Regione e Regione. Se in Piemonte ne sono state acquistate 1.937, in Puglia 1.024, in Liguria 808 e in Toscana 766; ci sono alcune Regioni che sono praticamente a secco di ordinativi: a cominciare dalla Basilicata e dalle Marche (zero scatole), fino all'Umbria (6 confezioni), all'Abruzzo (33), al Molise (60) e alla Sardegna (65). Ma anche in grandi Regioni, come la Lombardia e il Lazio - dove si stimano ogni anno rispettivamente almeno 5mila e 3.500 aborti entro le sette settimane -, gli ordini sono stati modesti: 413 scatole per gli ospedali lombardi e 557 in quelli del Lazio, dove comunque va segnalato un aumento importante rispetto al 2010 quando gli acquisti si contavano sulle dita di una mano.

A pesare su questa variabilità regionale è indubbiamente la chiarezza che è stata fatta da un drappello di Regioni che hanno deciso, attraverso linee guida o delibere regionali molto puntuali, di regolare fino al minimo dettaglio l'impiego della Ru 486. Alcune, come la Lombardia, si sono affrettate a fissare paletti molto stringenti, stabilendo che per l'assunzione della pillola ci vuole il ricovero ordinario per almeno tre giorni, come chiesto e ribadito più volte in passato dal ministero della Salute. Altre Regioni (come Toscana, Emilia Romagna e Puglia) hanno invece optato per il day hospital: la donna, in sostanza, dopo l'assunzione della Ru 486 torna a casa e si reca in ospedale per le visite di controllo.

Diverso invece il comportamento di molte Regioni del Sud che finora hanno dato poche o nessuna indicazione sulle strutture dove poterla utilizzare. E con quali modalità. E così molti ospedali e ginecologi, in attesa di chiarimenti, per ora hanno limitato il ricorso all'aborto farmacologico.

Il boom di ordini per il Piemonte invece va spiegato, almeno in parte, con la lunga esperienza con la Ru 486 che era stata sperimentata negli anni passati nelle strutture piemontesi con protocolli molto precisi: tra tutti l'ospedale S'Anna di Torino, il primo a testarla in Italia ancora prima della sua autorizzazione ufficiale dell'Aifa, avvenuta nel luglio del 2010.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA

charta FONDAZIONE

Il Sole 24 ORE Sanità

charta FONDAZIONE

LAVORO&PROFESSIONE

A PAG. 22 **INPDAP.** Le regole sui congedi per chi assiste familiari con handicap

A PAG. 22 **CIMO.** Proposta di legge del sindacato per ridisegnare il ruolo dei camici bianchi nel Ssn

A PAG. 23 **CORTE DEI CONTI.** La responsabilità contabile per le violazioni sull'intramoenia

Enpam: medici di medicina generale, specialisti e pediatri sul piede di guerra in difesa dell'Ente previdenziale

«Le nostre pensioni non si toccano»

Quattro giorni di sciopero a febbraio - Prosegue la riforma di contributi ed età pensionabile

Niente visite dal medico di famiglia il 10 e il 13 febbraio e niente chiamate urgenti alla guardia medica l'11 e il 12 febbraio. I generalisti della Fimmg hanno proclamato 4 giorni di sciopero contro il decreto salva Italia per difendere l'autonomia dell'Enpam che con la previsione di innalzare il periodo di garanzia di copertura da 30 a 50 anni avrebbe difficoltà per circa sette anni, a meno di non mettere ancora mano a struttura e contributi.

«I medici di famiglia, di fronte alla grave crisi economica, non si sono sottratti dai sacrifici, ma non si faranno scippare i propri risparmi»: spiega il segretario nazionale Fimmg, **Giacomo Milillo**, illustrando le ragioni della protesta. E ricorda che «quando i medici anni fa hanno deciso di accettare la privatizzazione dell'ente di previdenza in cambio della gestione autonoma, hanno rinunciato all'ombrello protettivo dello Stato».

Anche il Sumai Assoprof è pronto a concordare con la Fimmg e gli altri sindacati che vorranno aderire, azioni sindacali e scioperi a difesa dell'Enpam, ha annunciato **Roberto Lala**, segretario nazionale del sindacato. «L'autonomia dell'Enpam - ha spiegato - è seriamente messa a rischio e il Governo non ha ancora voluto ascoltarci. Ed è proprio per difendere la gestione autonoma dei nostri risparmi che siamo obbligati ad attivare e concordare analoghe iniziative rispetto alla Fimmg».

Anche i pediatri della Fimp hanno preso posizione a difesa dell'Enpam. «Le azioni del sindacato hanno come base - ha spiegato il presidente **Pino Mele** - tre punti: diniego di una gestione pubblica dei risparmi previdenziali dei medici; difesa dell'autonomia delle casse che offrono migliori rendimenti dei contributi e la corretta tutela del patto tra le generazioni; rifiuto a rappresentare un ulteriore aggravio per l'erario attraverso l'Inps».

Dl salva Italia, le ipotesi Enpam. In attesa che ci sia una schiarita sul versante delle scelte del Governo, l'Enpam fa alcune ipotesi per affrontare le nuove norme. Che potrebbe presentare al ministro **Elsa Fornero** nel giro di quindici giorni se si concretizzerà l'incontro ventilato in questi giorni per l'8 febbraio, a ridosso cioè degli scioperi e che quindi avrebbe il senso di un tentativo di ricucire i rapporti con i sindacati medici.

Sull'onda dell'ordine del giorno votato dalla Camera con il decreto salva Italia e che impegna il Governo a cercare una soluzione per i bilanci degli Enti previdenziali privatizzati, la possibilità sarebbe quella di un'interpretazione da parte del ministero del Welfare della norma che invece di considerare la copertura previdenziale come obbligo di legge, innalzasse l'obbligo di riserva legale da un importo pari a 5 volte le pensioni erogate a 6 volte. Cosa che favorirebbe tutti gli enti privatizzati e soprattutto quello dei medici la cui copertura legale è già pari a undici volte gli importi delle pensioni. Resta comunque aperta la richiesta di poter considerare valido l'utilizzo del capitale non solo previdenziale e l'Enpam per andare incontro alla riforma sta studiando la possibilità di innalzare il minimo per le pensioni di anzianità di sei mesi in sei mesi fino al raggiungimento dei 58,6 anni.

Via libera alle riforme dell'Ente. L'Ente previdenziale dei medici intanto, ha proseguito la scorsa settimana con l'analisi e l'approvazione da parte delle consulte delle varie professionalità che ne fanno parte delle riforme già prospettate a fine anno per garantire la copertura a 30 anni prevista dalla Finanziaria 2007. Ora saranno sottoposte alla base prima dell'invio ai ministeri vigilanti.

Per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta si tratta di un aumento dell'aliquota a partire dal 2015 che passerà dall'attuale 16,5% al 26% nel 2026 con la riduzione del coefficiente di rendimento da 1,5 a 1,4. Per gli specialisti ambulatoriali l'aumento dell'aliquota dal 2015 passerà dall'attuale 24% al 32% nel 2022, mentre il coefficiente di rendimento resta invariato a 2,25. Per gli specialisti convenzionati esterni l'aumento dell'aliquota contributiva dal 2015 (1% annuo) la farà passare dal 12,5 al 15,5% nel 2017. I contributi saranno dovuti sui redditi libero-professionali fino a 93.622 euro (oggi 54mila e oltre era previsto un contributo dell'1%). Il coefficiente di rendimento passerà da 1,75 a 1,5 (ma in futuro potrebbe scendere a 1,4). Infine per i medici dipendenti soggetti già a un'altra forma di previdenza obbligatoria (a esempio i dipendenti ospedalieri con l'Inpdap) verrà mantenuta la possibilità di pagare un'aliquota ridotta.

P.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Balduzzi: «Ruolo chiave ai sindacati»

Primo incontro medici-Balduzzi. La scorsa settimana il ministro ha ricevuto 26 sigle sindacali, rappresentative di tutte le componenti professionali della Sanità: medici dipendenti e convenzionati con il Ssn e dell'ospedalità privata, veterinari, dirigenti sanitari, tecnici, professionali e amministrativi dipendenti.

I professionisti della Sanità - ha detto l'intersindacale al ministro - non vogliono essere costretti a subire le scelte sugli assetti del loro lavoro, ma chiedono un coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano attraverso la definizione di percorsi condivisi. E hanno spiegato a Balduzzi alcune criticità: la riqualificazione della rete ospedaliera e la riorganizzazione delle cure primarie, l'abuso di contratti atipici che produce un diffuso precariato, anche in rapporto alla prossima carenza di medici e dirigenti del Ssn, il problema acutissimo della responsabilità professionale, la necessità di affermare i princìpi della trasparenza e del merito professionale, valorizzando il ruolo dei professionisti in un nuovo modello di governo clinico e recuperare le prerogative della contrattazione, almeno a livello aziendale.

I sindacati hanno richiamato poi la necessità di essere coinvolti nella definizione del Patto per la salute la cui agenda non può escludere le questioni attinenti al personale e il ministro si è dichiarato disponibile a fare da elemento propulsore di un Patto che renda i professionisti come interlocutori essenziali.

LA LETTERA

«Ecco tutta la verità sull'intramoenia»

DI COSTANTINO TROISE *
CARLO PALERMO **

Caro direttore, la libera professione intramoenia (Lpi) dei medici e dirigenti sanitari dipendenti del Ssn come un fiume carsico periodicamente torna alla ribalta, sempre, però, in una accezione negativa che alimenta la richiesta di limitare, o vietare del tutto, tale attività. L'argomento, giuridicamente complesso e variegato sotto il profilo organizzativo, coinvolgendo diritti degli utenti e dei professionisti, andrebbe affrontato con cautela evitando anche titoli fuorvianti, quale può apparire quello su Il Sole-24 ore Sanità n. 1/2012 («Intramoenia, briciole al Ssn»).

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

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

CONTINUA A PAG. 22
LA RIFORMA CIMO A PAG. 22

LE SCADENZE FISCALI DI GENNAIO — DI ALBERTO SANTI

Martedì **31**

■ **Spesometro - Comunicazione delle operazioni rilevanti**
I soggetti Iva che effettuano operazioni rilevanti ai fini di tale imposta, devono presentare esclusivamente in via telematica la comunicazione delle cessioni di beni e le prestazioni di servizi rese e ricevute, i cui corrispettivi sono pari o superiori a tremila euro al netto dell'Iva. Se si tratta di operazioni per le quali non vi è obbligo di emissione della fattura, il limite è elevato a tremilaseicento euro, al lordo dell'imposta. Per il 2010, la soglia è elevata a venticinquemila euro e la comunicazione è limitata alle sole operazioni soggette all'obbligo di fatturazione (art. 21 del Dl 31 maggio 2010, n. 78).

■ **Iva - Operazioni con paesi "black-list" - Presentazione elenchi**
Oggi è l'ultimo giorno entro il quale i contribuenti che effettuano operazioni con operatori economici aventi sede, residenza o domicilio in Paesi o territori a fiscalità privilegiata devono presentare gli elenchi riepilogativi delle operazioni effettuate nel mese precedente.

■ **Studi di settore - Segnalazioni inerenti alle anomalie - Comunicazione**
Per i contribuenti soggetti agli studi di settore, scade il termine per comunicare le cause che giustificano le anomalie o gli scostamenti relativi alla dichiarazione Modello Unico 2011, mediante utilizzazione del programma informatico sul sito dell'agenzia delle Entrate.

■ **Iva intracomunitaria - Dichiarazione e versamento per gli acquisti degli enti non commerciali**
Oggi è l'ultimo giorno entro il quale gli enti, le associazioni e le altre organizzazioni non commerciali che non siano soggetti passivi Iva devono presentare la dichiarazione relativa agli acquisti intracomunitari registrati nel mese di dicembre e versare la relativa imposta, ai sensi dell'art. 49 della legge n. 427/93.

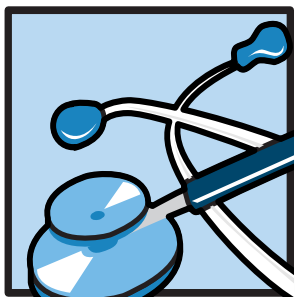
■ **Iva - Scheda carburanti**
Termine ultimo, a disposizione dei soggetti che impiegano mezzi di trasporto nell'ambito della propria attività d'impresa, per eseguire l'annotazione delle relative percorrenze chilometriche mensili o trimestrali sulla scheda carburanti (art. 4 del Dpr 444/1997).

■ **Iva - Autofatture e fatture integrative per le operazioni intracomunitarie**
Se il contribuente non ha ricevuto dal cedente o dal prestatore, entro il mese di dicembre, la fattura per le cessioni di beni o prestazioni di servizi intracomunitari effettuate nel corso del mese precedente, il cessionario o committente nazionale deve emettere autofattura entro oggi. Analogamente, se lo stesso soggetto ha ricevuto a dicembre per le stesse operazioni una fattura che indichi un corrispettivo inferiore al reale, deve emettere un'apposita fattura integrativa (articolo 46, legge 427/1993).

■ **Iva - Fatturazione di imballaggi e recipienti non restituiti**
Oggi è l'ultimo giorno per emettere la fattura per gli imballaggi e i recipienti di cui all'articolo 15 del Dpr n. 633/72 non restituiti in conformità alle pattuizioni contrattuali (art. 73 del Dpr 633/72 e Dm 11 agosto 1975).

L'articolo 6 del decreto salva-Italia lascia senza tutela chi si ammala al lavoro

Cancellate le cause di servizio



Equo indennizzo addio - Colpo di spugna sui trattamenti privilegiati

Nei contratti, di solito, son quelle scritte in piccolo, in fondo al testo. E sono delle fregature. Nel caso della manovra del governo Monti, la cosiddetta "salva Italia", invece, era in bella mostra, ma sembra che non se ne sia accorto nessuno. Di botto vengono cancellate cause di servizio ed equo indennizzo. Che tradotto in soldoni, lascia senza tutela e senza speranza di vedersi riconosciuto in giudizio un equo risarcimento le persone che si sono ammalate al lavoro. I casi sono tanti, migliaia, in particolare per due categorie: coloro che vengono fatti oggetto di mobbing sul posto di lavoro e coloro che si ammalano per essere stati a contatto con l'amianto.

Hanno indetto uno sciopero del settore pubblico contro la manovra Monti, ma non appare nessun riferimento all'articolo 6 nei comunicati della mobilitazione. Anche su tutti i principali quotidiani nazionali non c'è traccia della norma. Ma la gravità della decisione, che salva solo i dipendenti pubblici del «comparto sicurezza, difesa e soccorso pubblico», pare passare inosservata. Questa norma colpirà tutti quelli che si ammalano lavorando. Quanto all'art. 6 del decreto Monti, ora convertita in legge, ecco un breve catalogo delle possibili implicazioni.

Infortunio in itinere. La casistica più frequente circa l'applicazione della causa di servizio e degli istituti a essa collegati si riscontra in riferimento alle lesioni dell'integrità fisica riportate dai lavoratori a causa di incidenti stradali.

Infortuni durante l'attività. Il corollario del sovraffollamento delle classi è l'aumento del rischio di incorrere in infortuni durante l'attività didattica. Si pensi, per esempio, ai rischi per l'incolumità fisica connessi alla necessità di prendersi cura degli alunni portatori di handicap. In modo particolare nei casi di disturbi del comportamento (caratteriali) o di patologie mentali.

Assenze per malattia. La cancellazione dell'istituto della causa di servizio comporterà, inoltre, l'impossibilità per il lavoratore infortunato, di giovarsi della relativa esenzione dalla trattenuta Brunetta sulle assenze per malattia. E in più, le relative assenze saranno conteggiate anche ai fini del raggiungimento del periodo massimo di assenze per malattia superato il quale scatta il licenziamento (periodo di comporto).

Fine della pensione privilegiata. Insieme alla cancellazione di tutti questi istituti il decreto Monti ha passato anche un colpo di spugna sulla pensione privilegiata. Si tratta di una particolare forma di pensione che veniva corrisposta ai lavoratori che, sempre a causa del servizio, avessero contratto invalidità o infermità di tale gravità da non poter più svolgere le mansioni. E dunque si applicava nel caso in cui la cessazione dal servizio risultasse necessitata. Non era previsto dunque alcun limite di età o di contribuzione e l'importo veniva calcolato in due modi. Se l'infortunio era talmente grave da essere iscritto nella tabella A allegata alla legge 834/81, la pensione veniva calcolata come se il lavoratore avesse svolto materialmente 40 anni di servizio. Nei casi meno gravi, invece, la pensione veniva in parte decurtata, ma in ogni caso non poteva essere di importo inferiore agli 8/10 dell'importo massimo (art. 65, Dpr 1092/73).

Ma c'è di più, anzi di peggio. L'approvazione di questo famigerato e poco noto articolo 6 del decreto "salva Italia" è ancor più penalizzante per il lavoratore del pubblico impiego, e quindi dei medici, anche alla luce della nuova riforma delle pensioni di anzianità. È bene ricordare, infatti, che con le nuove disposizioni, in primis, viene abolito il sistema delle quote, ragione per cui per accedere a questo trattamento saranno necessari: nel 2012, 42 anni e un mese di contributi per gli uomini e 41 anni e un mese di contributi per le donne. In ogni caso, se il pensionamento avviene prima dei 62 anni, si applicherà una penalizzazione. In questo contesto ammalarsi diventerà sempre più un lusso!

Il nostro auspicio è che su questo nodo ci sia un'immediata correzione di rotta, altrimenti invece di cancellare privilegi, si cancellano i diritti dei più deboli.

Michele Ladisa
Responsabile Osservatorio politiche sulla disabilità del Sindacato dei medici italiani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

È nato l'«Osservatorio politiche per la disabilità» dello Smi

Il sindacato dei medici italiani in prima linea sul fronte delle tutele dei medici disabili. Il progetto, lanciato nel Consiglio nazionale, tenutosi a Napoli il 19 novembre scorso, è stato proposto da Michele Ladisa, medico dirigente pugliese, da anni impegnato nella difesa dei diritti dei disabili e che ne gestirà l'attività.

Dalle prime analisi fornite dal neonato Osservatorio «oltre 2/3 delle persone colpite da disabilità perde il lavoro nei primi 15 anni dalla diagnosi, con una maggiore incidenza nei primi 5 anni». Un dato preoccupante e tutto da approfondire, anche guardando alla legislazione vigente, alle ricadute sulle aziende sanitarie e alla loro organizzazione.

L'Osservatorio ha intanto attivato un indirizzo di posta elettronica per fare segnalazioni, per confrontarsi, per dare la propria disponibilità a collaborare: politichedisabilita@sindacatomedicitaliani.it

SANITÀ RISPONDE

Per facilitare i lettori, i quesiti dovranno specificare l'area di interesse, identificandola nel modo seguente:

- A Lavoro e professione
- B Organizzazione e gestione
- C Diritti, doveri, etica
- D Fisco
- E Previdenza
- F Sanità privata

I quesiti possono essere inviati tramite fax al n. 0630226484 o all'indirizzo e-mail: redazione.sanita@ilsole24ore.com oppure possono essere spediti a: Il Sole-24 Ore Sanità, "Sanità Risponde" Piazza Indipendenza 23 b/c - 00185 Roma

E QUANDO LA PENSIONE PUÒ SLITTARE

In riferimento alla nuova disciplina in materia di lavoro pongo alla Sua attenzione il caso di un lavoratore (non medico) che ha compiuto 65 anni di età nel 2011. Sembrano fuori discussione i diritti per il lavoratore di avvalersi delle vecchie regole per l'accesso alla pensione di vecchiaia in presenza di adeguata anzianità contributiva. Il quesito che Le pongo riguarda invece il datore di lavoro che, ai sensi dell'articolo 16, comma 1, del Dlgs 503/1992, così come modificato dall'articolo 72, comma 7, della legge 133/2008, ha facoltà di accogliere o meno la richiesta di trattenimento in servizio per un biennio oltre il 65° anno di età. Trattandosi di una discrezionalità sancita in epoca in cui i 65 anni di età erano il limite di riferimento per la pensione di vecchiaia, limite raggiunto, nel caso in esame, nel 2011 prima dell'entrata in vigore del decreto Monti che introduce la facoltà di rimanere al lavoro fino a 70 anni, è possibile oggi, nel 2012, considerare chiuso il rapporto di lavoro del dipendente anche contro la volontà dello stesso? In altre parole l'eccezione che lascia immuni dalla riforma previdenziale i lavoratori che hanno i requisiti al 31/12/2011 va interpretata solo come facoltà (o diritto) del lavoratore o si estende anche alle prerogative del datore di lavoro?

(F.V.)

Si ritiene che non essendo stata esercitata da parte del datore di lavoro l'interruzione del rapporto d'impiego al sopravvenire del limite d'età per pensionamento di vecchiaia (65 anni) per il personale medico dipendente da un'azienda sanitaria previsto dalle precedenti normative, allo stesso dipendente siano attribuibili, dal 1° gennaio 2012, i termini indicati dalla nuova normativa per il pensionamento di vecchiaia: 66-70 anni.

E INPDAP/1: COSÌ LE ISTANZE DI RISCATTO

Sono un medico dipendente iscritto all'Inpdap, chiedo se gli iscritti a questo istituto previdenziale possono presentare più di una domanda di riscatto per lo stesso periodo, o per differenti periodi? Possono chiedere il riscatto di un periodo, poi rinunciare e, successivamente riproporre la stessa domanda?

(S.Q.)

Sì, gli iscritti a questo Istituto possono presentare più di una domanda di riscatto per lo stesso periodo, o per differenti periodi. Oppure, possono chiedere il riscatto di un periodo, poi rinunciare e, successivamente, riproporre la stessa domanda. In questi casi l'Inpdap determinerà il contributo di riscatto sempre con riferimento alla data di presentazione di ogni domanda. Una dichiarazione di rinuncia al periodo oggetto di riscatto è valida solo per la domanda alla quale si riferisce il provvedimento stesso e non anche per le successive ed eventuali domande di riscatto.

E VALUTAZIONE DEL SERVIZIO DI LEVA

Il periodo relativo al servizio militare, già valutato ai fini di quiescenza attraverso la concessione del trattamento pensionistico di privilegio, può essere valorizzato in un ulteriore trattamento di quiescenza?

(A.F.)

Il servizio militare che ha determinato un trattamento privilegiato è valutabile in un successivo trattamento di quiescenza a condizione che tale pensione di privilegio sia concessa ai sensi del quinto comma dell'articolo 67 del decreto del Presidente della Repubblica 29 dicembre 1973, n. 1092 (cosiddette pensioni privilegiate tabellari).

E INPDAP/2: D'OBBLIGO IL FONDO CREDITO

Si possono avere notizie più dettagliate in merito al contributo dello 0,35% del Fondo credito dell'Inpdap?

(R.B.)

Il contributo dello 0,35% della retribuzione contributiva e pensionabile da destinare al fondo credito, disposto dal Tu approvato con Dpr 1032/1973 all'articolo 37, come modificato dall'articolo 1, comma 245, della legge 662/1996, è obbligatorio per tutti gli iscritti all'Inpdap. Inoltre si precisa che il decreto ministeriale attuativo n. 463 del 28 luglio 1998 all'articolo 6, 1° capoverso, prevede l'obbligo d'iscrizione al Fondo di cui trattasi «fino alla data di cessazione dal servizio per qualunque causa».

a cura di Claudio Testuzza

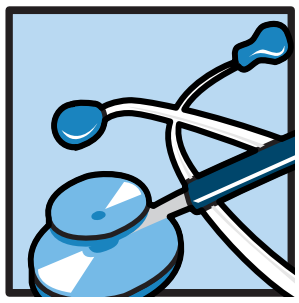
F ESCLUSIVITÀ E DIRIGENZA NON MEDICA

Avremmo un dubbio interpretativo in ordine al Protocollo per la dirigenza non medica dipendente da ospedali classificati, Irccs (già ospedali classificati) e presìdi che abbiano già ottenuto l'approvazione da parte del ministero del Regolamento ex articolo 26 del Dpr 761/1979. In particolare, quando si parla di anzianità ai fini dell'indennità di esclusività, si intende a decorrere dall'assunzione (e, dunque, tenendo conto dei periodi in cui al personale in argomento non era ancora stata attribuita la qualifica dirigenziale) o a decorrere dal 2006 (data di stipula del suddetto protocollo)?

(S.A.)

L'accordo nazionale 27 marzo 2007, nel disciplinare l'indennità di esclusività per i dirigenti non medici di area sanitaria, non ha - in effetti - precisato il dies a quo dal quale far decorrere l'anzianità di servizio. Nondimeno, un criterio interpretativo può desumersi dalle modalità di computo della medesima anzianità ai fini del primo inquadramento nell'area dirigenziale; ai sensi del Protocollo del 1° marzo 2006, infatti, per il conferimento degli incarichi professionali attribuiti ai dirigenti con anzianità superiore a cinque anni sono stati considerati validi tutti gli anni precedenti all'istituzione della dirigenza non medica. Utilizzando il medesimo criterio, si ritiene corretto considerare gli anni in questione anche ai fini dell'indennità di esclusività.

a cura di Giovanni Costantino (Studio Costantino)



Chiarimento dell'Inpdap sul beneficio che spetta a chi aiuta familiari con handicap

Disabili, congedi a chi li assiste

Al dipendente un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione

Durante i periodi di congedo straordinario per assistenza ai familiari disabili il dipendente ha diritto a una indennità economica corrispondente all'ultima retribuzione percepita, con riferimento alle voci fisse e continuative. È quanto ha precisato, tra l'altro, l'**Inpdap** nella **circolare n. 22/2011**, illustrando le novità introdotte dal Dlgs 119/2011.

Il beneficio riguarda i lavoratori dipendenti che assistono una persona disabile in situazione di accertata gravità, ma non ricoverata a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo che i sanitari richiedano la presenza del soggetto che presta assistenza. Soggetti aventi diritto sono il coniuge; i genitori, naturali o adottivi; il figlio convivente; i fratelli e sorelle. L'Inpdap sottolinea che all'elenco corrisponde un preciso ordine di priorità stabilito dalla nuova disciplina; per cui, il congedo non può essere fruito indifferentemente dai predetti familiari, ma solamente rispettandone la priorità. L'Istituto evidenzia che nipoti, cugini, generi e altri familiari, pur assistendo in convivenza con un familiare con handicap grave, non hanno mai diritto al congedo. Inoltre, diversamente dal passato, ora non è più necessario, per il lavoratore richiedente, dimostrare l'impossibilità di prestare assistenza da parte di altri familiari conviventi aventi pari diritto, stante l'esclusiva riconducibilità all'autonomia privata e familiare della scelta su chi, nella famiglia del disabile, debba prestare assistenza (a riguardo si veda anche la circolare Inps n. 112 del 3 agosto 2007).

In ordine all'esatta portata del requisito della "convivenza", l'Inpdap spiega che a seguito di nuove precisazioni ministeriali occorre far riferimento in via esclusiva alla residenza, e non al domicilio, e che non serve la coabitazione. Ciò perché la sentenza n. 19/2009 della Corte costituzionale precisa che occorre in via primaria «assicurare la continuità nelle cure e nell'assistenza del disabile che si realizzano in ambito familiare, al fine di evitare lacune nella tutela della salute psicofisica dello stesso». Così come per i permessi lavorativi, la considerazione indispensabile per la richiesta del congedo è che il disabile da assistere sia stato accertato come disabile in situazione di gravità. Il congedo può essere richiesto anche nel caso in cui l'assistenza sia rivolta a un familiare disabile che svolga, nel periodo di godimento del congedo, attività lavorativa. I congedi e i permessi non possono essere riconosciuti a più di un lavoratore per assistenza alla stessa persona. Fa eccezione l'ipotesi di assistenza allo stesso figlio con handicap in situazione di gravità. In tal caso i diritti sono riconosciuti a entrambi i genitori, anche adottivi, che possono usufruirne alternativamente. L'Inpdap ancora spiega che, in base alle nuove norme in vigore dall'anno scorso (Dlgs 119/2011), chi fruisce del congedo straordinario ha diritto a un'indennità economica corrispondente all'ultima retribuzione percepita, con riferimento alle voci fisse e continuative del trattamento. L'indennità, al lordo della relativa contribuzione, spetta fino all'importo complessivo annuo pari a 44.276,33 euro (valore dell'anno 2011). Tale importo, dunque, rappresenta il tetto massimo complessivo annuo sia dell'indennità che della relativa contribuzione riferita alla quota a carico dell'ente datore di lavoro e a quella a carico del lavoratore.

Serve il requisito della convivenza

L'indennità, per espressa previsione della nuova disciplina, va corrisposta dall'amministrazione o ente datore di lavoro a cui, peraltro, il lavoratore è tenuto a inoltrare domanda per ottenere il beneficio. Ai fini contributivi, spiega infine l'Inpdap, poiché si tratta di un congedo retribuito non è prevista la formula dell'accredito figurativo. Per cui è l'amministrazione o l'ente datore di lavoro che deve provvedere a versare la relativa contribuzione da quantificare sulla base dei trattamenti corrisposti. Invece il trattamento non è assoggettato alla contribuzione Tfr/Tfs, in quanto il congedo non rileva ai fini del trattamento di fine rapporto.

Claudio Testuzza

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PROFESSIONI

Oltre 2.800 abusivi stanati dai Nas

Sono oltre 2.800 i falsi professionisti sanitari che negli ultimi due anni sono stati stanati dai Nas e segnalati all'autorità giudiziaria. Quarantuno sono finiti in manette. I dati, estrapolati dalle tabelle del Nucleo anti-sofisticazione dei Carabinieri, si riferiscono alle operazioni condotte dal primo gennaio 2010 al 30 novembre 2011. E rivelano uno spaccato, quello dell'abusivismo, che Ordini e associazioni di categoria denunciano da tempo.

Analizzando nel dettaglio le varie professioni, si scopre che gli abusivi si concentrano soprattutto tra i dentisti e gli infermieri. Nel corso dei 434 controlli effettuati dai Nas per scovare falsi odontoiatri, i militari hanno segnalato (in ambito penale) ben 672 persone all'autorità giudiziaria ed eseguito un arresto. Hanno inoltre sequestrato beni per una valore di oltre 75 milioni di euro.

Nell'area infermieristica, invece, nel corso di 216 controlli, le persone segnalate penalmente sono state 1.017. Molti però sono stati considerati abusivi perché non iscritti all'Ipasvi (Federazione nazionale collegi infermieri), anche se in possesso del titolo professionale (laurea).

I Nas hanno poi denunciato 34 falsi dietologi e sequestrato beni e strutture pari a 1,3 milioni di euro. Ricco il capitolo fisioterapisti: sono stati segnalati in ambito penale 94 abusivi, una decina dei quali finiti in manette. Circa tremila (2.962) le sanzioni penali, 49 quelle amministrative. Oltre 400 i sequestri per un valore di 96,1 milioni di euro.

Non mancano i finti farmacisti: su 70 controlli effettuati, tutti non conformi, sono state segnalate 96 persone. Per 21 di loro sono scattate le manette. I sequestri sono stati 17 per un controvalore di oltre 3 milioni di euro. Quanto alle altre professioni, tra cui veterinari e psicologi, i controlli sono stati 384, le persone denunciate 715, gli arrestati 12.

SEGUE DA PAGINA 20

LA LETTERA

«Ecco tutta la verità sull'intramoenia»

come la Toscana, l'Emilia Romagna, la Liguria. In tutta evidenza, non si tratta esattamente di briciole.

L'altra forma di attività Lpi è quella cosiddetta "allargata", sviluppatasi soprattutto nelle regioni meridionali per la mancanza di adeguate strutture aziendali, in cui i costi aziendali sono limitati alle procedure amministrative, non implicando spazi né attrezzature i cui oneri economici rimangono in carico al professionista. La trattenuta sulla tariffa pagata dal cittadino è in media intorno al 10 per cento.

L'ultima tipologia di attività Lpi è quella chiesta dall'azienda per le proprie esigenze, particolarmente sviluppata nelle condizioni di carenza di medici per il blocco delle assunzioni o di liste di attesa eccessivamente lunghe. Le aziende pagano a prezzi calmierati ore di lavoro aggiuntivo da parte dei propri dipendenti incassando i proventi dei ticket. Questo flusso economico, però, non risulta nei dati presentati pur potendo ammontare a decine se non centinaia di milioni di euro e il saldo tra ricavi e quanto corrisposto al personale appare negativo, come accade in Lombardia, Lazio, Molise e Umbria, influenzando certamente il dato totale.

Le aziende, quindi, hanno la possibilità di mettere le mani su apprezzabili partite economiche, rappresentando la Lpi uno dei pochi flussi di denaro "fresco" intercettato dalle loro esangui casse invece di andare ad alimentare il settore privato. Nel 2009 la quota a favore delle aziende sanitarie è stata di circa 160 milioni di euro, calata nel 2010 a 74 milioni, che rappresentano comunque un utile. Meglio farne a meno? Si pensi che la Regione Toscana ha deciso di caricare una quota parte (19 milioni per anno sui 60 previsti) del ticket relativo alla specialistica previsto dalla "manovra Tremonti" proprio sui cittadini che accedono alla Lpi. E non si dimentichi che i professionisti, sul miliardo circa incassato, che non esisterebbe senza il loro lavoro prestato al di fuori dell'orario di servizio, pagano più di 400 milioni di tasse allo Stato.

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

Si stenta a comprendere che la Lpi rappresenta un valore aggiunto, anche economico, per le aziende permettendo ai cittadini di acquisire prestazioni diagnostiche e terapeutiche garantite dal Ssn e contribuendo a contenere le liste d'attesa attraverso il lavoro aggiuntivo dei professionisti, a costi calmierati ma a recupero fiscale certo.

Pesano sospetti di interferenza tra attività istituzionale e Lpi, che però in regime ambulatoriale rappresenta meno dell'8% della prima e in regime di ricovero meno dell'1%, percentuali lontane dal 100% dei volumi prestazionali istituzionali consentito.

Chi vuol impedire ai medici e ai dirigenti sanitari del Ssn l'esercizio della libera professione vuole in realtà regalare questa attività al privato, allocando consistenti risorse al di fuori del sistema sanitario pubblico, contribuendo a un suo impoverimento così da identificare il Ssn come luogo di tutela della salute per i poveri. Negando , inoltre, ai medici ospedalieri il diritto di mettere la propria competenza professionale a disposizione dei pazienti che decidono liberamente di scegliere il professionista di fiducia in un momento difficile della propria esistenza.

** Segretario nazionale Anaao assomed*
*** Coordinatore dei segretari regionali Anaao Assomed*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PROPOSTA DELLA CIMO

«Ai primari piena autonomia»

Riconoscere ai primari piena autonomia gestionale, intesa come governance delle attività affidate alla struttura. Restituire agli altri medici la gestione del paziente e della clinica con autonomia decisionale legata al proprio ruolo. E rivedere le regole della contrattazione, prevedendo la stessa controparte (ministero della Salute e Regioni) sia per i dipendenti che per i convenzionati.

Punta a rimettere il camice bianco e le sue peculiarità al centro del sistema sanitario l'ipotesi di proposta di legge che la Cimo presenterà a Roma giovedì 26 gennaio nell'ambito del convegno «Il medico che vogliamo: un nuovo ruolo del medico nel Ssn».

La proposta parte dalla definizione di atto medico e sottolinea che il camice bianco dovrà essere l'unico soggetto cui farà capo la responsabilità finale delle decisioni su prescrizione, esecuzione e diretta supervisione delle attività cliniche. «In questo momento storico di riforma su scala globale e non solo delle professioni, riteniamo sia inevitabile riflettere anche sulla professione medica e sul suo stato giuridico», spiega **Riccardo Cassi**, presidente Cimo-Asmd. «È giunto il momento di riportare lo stato giuridico del medico italiano a essere più coerente con la sua professione consentendogli di entrare fattivamente nella gestione dei processi di diagnosi e cura».

Va in questa direzione la revisione della carriera dirigenziale proposta dal sindacato: se oggi l'unica differenza economica concreta tra i direttori di struttura e gli altri medici è dovuta allo stato giuridico e all'anzianità precedenti la riforma, in futuro bisogna prevedere per i primari un chiaro autonomo livello. E l'incarico dovrà essere loro assegnato con procedure selettive che privilegino le specifiche capacità professionali. Quanto agli altri medici, assunti a tempo indeterminato tramite concorso, saranno verifiche tecniche a permettere loro progressioni di carriera.

La Cimo riconosce che va "adeguato ai tempi" anche il percorso di formazione specialistica del medico, che dovrà avvenire presso strutture del Ssn in stretta interazione con l'Università per la componente didattica. E chiede che siano riviste le norme sulla colpa medica, che attualmente alimentano medicina difensiva, moltiplicazione dei costi, ritardi nei risarcimenti e "cacce alle streghe".

La proposta di legge, infine, indica una nuova via per la contrattazione. Partendo dalla considerazione che il rapporto con il Servizio sanitario può essere sia di dipendenza sia convenzionale, la cui attività è sempre più integrata, si chiede che la messa a punto dei contratti e delle convenzioni avvenga con la stessa controparte (ministero della Salute e Regioni) e che preveda gli stessi livelli di contrattazione decentrata (regionale e aziendale). Un passo necessario, secondo Cassi, dopo la riforma del Titolo V della Costituzione: «La prevalente competenza regionale e la sempre maggiore integrazione ospedale-territorio richiedono una modifica della controparte, nonché contenuti specifici che colgano le differenze del lavoro del medico sia come tipologia di attività sia come organizzazione del lavoro rispetto alla dirigenza statale e regionale».

Manuela Perrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORTE DEI CONTI/ Condannato l'addetto all'ufficio relazioni con il pubblico di un'Ao

Malpractice, paletti all'Urp

Risarcisce l'Erario se omette di trasmettere la denuncia di un paziente

Produce danno erariale, oltre che illecito disciplinare, la disattenzione di un dipendente dell'Ufficio relazioni con il pubblico che dopo avere ricevuto da un paziente la denuncia di un possibile caso di malpractice omette di trasmetterla agli uffici preposti affinché sia istruita, determinando l'impossibilità da parte dell'ospedale di attivare la copertura assicurativa.

È con tale motivazione che la Corte dei conti della Lombardia, con la **sentenza 793/2011** del 12 dicembre scorso ha condannato un dipendente amministrativo di un ospedale lombardo a rifondere all'ente 7mila euro.

Questi in sintesi i fatti: il 26 luglio 2006 l'ospedale sottoscrisse con un paziente un atto transattivo per prevenire l'insorgenza di una lite per inesatto adempimento della prestazione sanitaria. La denuncia segnalava che il pagamento era da attribuire alla condotta del dipendente pubblico, addetto all'Urp, cui il paziente si era rivolto più volte a partire dal 1996 per chiedere il risarcimento dei danni biologici e permanenti procurati dalla condotta dei medici, responsabili a suo dire di non aver diagnosticato prontamente il "Morbo di Pott", e dunque di aver impedito cure tempestive e una riduzione dei pregiudizi subiti.

Non solo, dall'istruttoria emerse che il funzionario si era prodigato con varie telefonate per dare al paziente suggerimenti sugli esami da fare per il proficuo svolgimento della pratica. L'inadempimento, oltre a ingenerare nel paziente la convinzione che la pratica fosse stata correttamente istruita, aveva reso impossibile all'Ao, per avvenuta prescrizione, la chiamata in garanzia dell'assicurazione a copertura dell'asserita condotta colposa dei dirigenti medici.

L'azienda ospedaliera, venuta a conoscenza dei fatti solo nel 2006, avviava un procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ammetteva il comportamento contestato senza addurre particolari giustificazioni, se non lamentando genericamente la confusione amministrativa dell'ufficio. Per la condotta, all'esito del procedimento disciplinare, veniva irrogata la sanzione della sospensione del servizio con la privazione della retribuzione per la durata di giorni 30 a norma dell'art. 5, comma 4 del Regolamento per l'applicazione delle norme sulla responsabilità disciplinare dell'azienda ospedaliera.

La Corte ha comunque esercitato il suo potere riduttivo determinando in meno di un terzo dell'effettivo esborso il danno erariale in capo al dipendente. Il Collegio osserva che nessun dubbio può esservi sulla connotazione gravemente colposa del comportamento del convenuto e sul nesso causale con l'evento lesivo (il pagamento di 25mila euro a favore del paziente). Considerazione avvalorata dal fatto che per la vicenda il funzionario è stato sanzionato anche in ambito disciplinare.

Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ON LINE

I testi delle sentenze

www.24oresanita.com

CORTE DEI CONTI/ 2

Quei danni da intramoenia violata

Con la **sentenza n. 615/2011** del 22 novembre la II Sezione giurisdizionale centrale della Corte dei conti si è occupata, quale giudice d'appello, dei profili di responsabilità amministrativa conseguenti alla violazione delle norme sull'attività libero-professionale da parte dei medici Ssn.

La sentenza di primo grado (Corte conti, Sez. giur. Umbria, n. 49/2005) aveva accertato che un medico in servizio presso un ospedale umbro, professore universitario di ruolo, aveva reso le proprie prestazioni, per un periodo significativo, in una clinica privata di Roma. Il sanitario, tuttavia, era legato all'azienda ospedaliera di appartenenza da un rapporto di lavoro esclusivo, e dunque poteva esercitare la libera professione nei soli casi stabiliti dalla legge, ossia nei limiti delle prestazioni intramoenia (art. 15-*quinquies*, Dlgs 502/1992), anche "allargata". Nella vicenda in esame, l'Ao aveva autorizzato il medico a esercitare tale attività esclusivamente nel proprio studio, sito nel territorio di competenza dell'azienda stessa.

La circostanza che le prestazioni fossero state rese in tutt'altra sede aveva indotto i giudici di primo grado a ravvisare in capo al sanitario una violazione consapevole e volontaria degli obblighi di servizio, e a condannarlo a risarcire il danno cagionato al patrimonio e all'immagine dell'amministrazione.

La Sezione d'appello, adita dal medico, ha condiviso in linea generale tale inquadramento della vicenda, respingendo i rilievi sollevati dall'appellante sull'attendibilità del materiale probatorio e ribadendo il carattere illecito della condotta accertata in primo grado. Quanto al danno, i giudici hanno fatto propria la tesi, già accolta in prime cure, per la quale il medico aveva arrecato all'Erario una lesione patrimoniale pari alla differenza tra la retribuzione percepita e quella che gli sarebbe spettata là dove avesse optato per l'extramoenia, dal momento che le sue prestazioni, rese al di fuori dei vincoli previsti per l'intramuraria, non potevano che essere assimilate all'altra tipologia.

E così, considerato che per i medici universitari «lo svolgimento di attività libero-professionale intramuraria comporta l'opzione per il tempo pieno e lo svolgimento dell'attività extramuraria comporta l'opzione per il tempo definito» (art. 5, comma 3, Dlgs 517/1999), la voce di danno è stata determinata in un importo pari alla differenza tra gli emolumenti erogati al medico (dall'ospedale e dall'Università) nel periodo di riferimento, calcolati secondo il criterio del tempo pieno, e quelli che gli sarebbero stati corrisposti in regime di tempo definito.

L'appello è stato invece accolto in relazione al danno all'immagine dell'amministrazione, escluso anche in quanto si era trattato di un «illecito singolare e isolato».

Arturo Iadecola

© RIPRODUZIONE RISERVATA