



Il Sole **24 ORE**



# Sanità

Anno XV - n. 25  
Poste Italiane Sped. in A.P.  
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,  
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale  
26 giu.-2 lug. 2012  
[www.24oresanita.com](http://www.24oresanita.com)

*Tutti i sindacati scendono in piazza dopo otto anni: tagli e manovre distruggono il servizio pubblico*

## Rischio clinico, pronto il decreto

**Balduzzi: Di omnibus con la riforma dell'intramoenia - I medici: «Giù le mani dal Ssn»**

**I**n arrivo il «decretone» sulla Sanità. E tra le misure annunciate la scorsa settimana ai medici dal ministro Balduzzi c'è la previsione di nuove regole sul rischio clinico per abbattere i contenziosi: parametri oggettivi di riferimento per le assicurazioni, un albo regionale dei periti, limiti alle disdette "selvagge" delle polizze, la creazione di un fondo grandi rischi (alimentato dalle stesse polizze) per i risarcimenti di un certo livello. Nel decreto ci sarà anche la revisione dell'intramoenia, con la proroga al 30 novembre della cancellazione dell'attuale forma allargata e tutte le misure

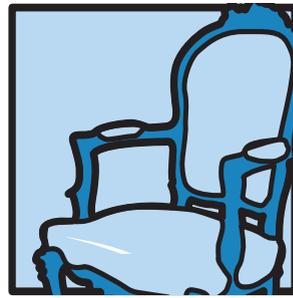
concordate dal ministro e dai parlamentari nei mesi scorsi.

Intanto i sindacati hanno deciso di scendere di nuovo in piazza dopo otto anni per difendere il Ssn da tagli e manovre che «mettono a rischio professione e qualità». Giovedì 28 è previsto un «Sanità day» che si svolgerà in tutti i capoluoghi di Regione con conferenze stampa e assemblee negli ospedali e il 27 ottobre tutti i sindacati della dirigenza Ssn, Mmg e dei dottori della Sanità privata saranno in corteo a Roma contro la «distruzione» del servizio pubblico.

Medici e dirigenti: manifestazione in tutte le città d'Italia a luglio e corteo a Roma in ottobre

# «In piazza a difesa del Ssn»

Decreto in settimana: rischio clinico e proroga dell'intramoenia



**M**edici e dirigenti del Ssn in piazza dopo otto anni. E ancora una volta, come nel 2004, a difesa del servizio sanitario pubblico. Tutte le sigle di dipendenti, convenzionati e della Sanità privata hanno organizzato per il 28 giugno il «Sanità day», una giornata nazionale di mobilitazione per difendere il Ssn pubblico da quello che giudicano il rischio di «distruzione» del sistema universalistico. Poi il 27 ottobre saranno tutti in piazza in una manifestazione a Roma per far conoscere il malessere della categoria.

La protesta nasce dalle riduzioni già operative sui bilanci regionali realizzati con le ultime manovre economiche (17 miliardi) e dalle previsioni di ulteriori tagli in arrivo con la spending review che, seppure è stato assicurato ai medici che non li coinvolgerà con i previsti tagli di personale della Pa, secondo i dottori mette nelle condizioni il Ssn di non garantire la qualità dei servizi e apre le porte al ricorso alla Sanità privata.

Autunno rovente quindi per i sindacati. Che la scorsa settimana hanno mitigato i toni solo grazie all'annuncio del ministro della Salute **Renato Balduzzi** dell'inserimento in quello che ha definito «decreto» in materia sanitaria, della proroga per l'intramoenia allargata. Anzi, della revisione della legge 120/2007 già concordata con i parlamentari di Camera e Senato (v. tabella a fianco). E di un'altra novità: nuove regole per rischio clinico e responsabilità medica per contrastare il boom di denunce e la medicina difensiva che costa al Ssn nazionale oltre 10 miliardi di euro l'anno, circa il 12% del Fondo sanitario. Nel decreto in oltre sono annunciate, tra le altre, norme sulle farmacie, sulle sperimentazioni cliniche, sulla Sanità elettronica e sull'Onaso.

**Rischio clinico.** Le novità che dovrebbero comparire nel «decreto» secondo quanto annunciato ai sindacati, riguardano la previsione di parametri oggettivi di riferimento per le assicurazioni, un albo regionale dei periti, limiti alle disdette «selvage» delle polizze, la creazione di un fondo grandi rischi (alimentato dalle stesse polizze) per i risarcimenti di un certo livello. Si tratta in sostanza della trasposizione di parte dell'accordo ministero-sindacati sottoscritto ad aprile e di cui i medici non avevano avuto più notizie. Di quel documento mancherebbero però alcune parti che comunque i dottori giudicano importanti: l'inserimento nel Codice civile di una norma che limiti il ricorso alla medicina difensiva, ristabilendo «il principio della necessità dell'esistenza del rapporto causa ed effetto nella responsabilità professionale, compresi i casi di omessa informazione» e la messa a punto di un

I cardini della protesta dei medici
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La crisi della Sanità pubblica, stretta tra defianziamento, spending review, conflitti istituzionali, commissariamento dei commissari regionali alla Sanità, espone il Ssn al reale pericolo di una progressiva disgregazione mettendone a rischio universalismo ed equità</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuisce il perimetro di intervento pubblico; crescono i ticket pagati dai cittadini e aumenta tutta la spesa privata; sale il carico fiscale mentre calano quantità e qualità dei servizi sanitari erogati, soprattutto alle fasce più povere della popolazione</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il lavoro in Sanità diventa più gravoso e più rischioso, più raro e più precario. Il medico è sempre più solo alle prese con cittadini arrabbiati e magistrati che gli negano ciò che rivendicano per se stessi: il diritto di giudicare in serenità richiama il diritto di curare in serenità</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Regioni giocano con inaccettabile spregiudicatezza la carta della riduzione numerica delle strutture complesse e semplici, ospedaliere e territoriali, tagliando servizi ai cittadini, e nello stesso tempo appaiono impegnate insieme con il ministero della Salute a produrre a getto continuo ipotesi di ridefinizione delle competenze professionali in Sanità</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manca ancora una soluzione strutturale per la libera professione intramoenia «allargata», ancora incerta, nel merito e nella tempistica</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sopravvivenza del sistema sanitario pubblico dipenderà anche da quanto le ragioni sociali riusciranno a imporsi su quelle economiche e a mantenersi aderenti ai principi costituzionali</li> </ul>

contratto unico valido su tutto il territorio per garantire uguale tutela a tutti i medici.

**Intramoenia.** Le autorizzazioni all'attuale forma di intramoenia allargata negli studi scadranno il 30 novembre 2012 e non più il 30 giugno. Gli spazi esterni per la libera professione intramuraria dovranno essere trovati acquistando, affittando (bilanci permettendo) o tramite convenzioni con soggetti pubblici, le strutture necessarie. Solo nelle aziende dove non sia davvero possibile seguire questa modalità, potranno essere autorizzati programmi sperimentali (non di routine) per l'utilizzo «in via residuale» di studi professionali, purché però siano collegati in rete e il professionista si «convenzioni» con l'azienda in base a uno schema tipo di accordo deciso in Stato-Regioni. Le Regioni intanto, avranno tempo fino al 31 dicembre 2014 per realizzare gli spazi interni con le risorse messe a disposizione dal programma di investimenti in edilizia sanitaria, poi saranno revocati i relativi accordi di programma. E ai direttori generali che non si adegueranno alla norma verrà tolto il 20% della retribuzione di risultato e potranno anche essere destituiti.

**Sanità day.** «No a un sistema sanitario pubblico povero per i poveri» è lo slogan che guiderà il 28 giugno la prima tornata di proteste in attesa della manifestazione del 27 ottobre con incontri in tutti i capoluoghi di Regione. I punti cardine della protesta sono sei (v. tabella) e riguardano soprattutto la crisi della Sanità pubblica, stretta tra defianziamento, spending review, conflitti istituzionali, commissariamento dei commissari regionali alla Sanità e che espone il Ssn al reale pericolo di una progressiva disgregazione mettendone a rischio l'equità.

«La Sanità sta passando in mano al privato profit - ha sottolineato **Costantino Troise** (Anao) - con l'aumento della spesa diretta dei cittadini tra ticket e carico fiscale. Una tassa elevata per servizi sempre più scadenti che rischiano di smantellare il servizio pubblico con la perdita di un forte e importante elemento di coesione sociale».

«La dirigenza del Ssn non sembra debba essere «colpita» dai tagli al personale in programma per la spending review - ha detto **Riccardo Cassi** (Cimo Asmd) - ma resta il problema della distribuzione sul territorio: è un danno che le Regioni non riorganizzano gli organici, non solo per la gestione, ma anche per le cure che con carichi di lavoro eccessivi rischiano di essere di tono minore da una zona all'altra d'Italia».

«Tagliare ancora in Sanità - ha aggiunto **Massimo Cozza** (Fp Cgil medici) - è una scelta disennata e miope, aumenta i costi del sistema e manda verso il privato i cittadini così come accade negli Usa dove i costi sono più che doppi rispetto al nostro Ssn».

**Salta il riparto, Regioni da Monti.** E sempre in tema di manovre e finanziamenti fumata nera intento ancora una volta la scorsa settimana per il riparto del fondo sanitario 2012: le Regioni in assenza di novità non hanno partecipato alla conferenza, intervenendo solo all'Unificata. Ma una novità in più c'è rispetto alle scorse settimane: martedì 27 giugno alle 17 i governatori incontreranno il presidente del Consiglio Mario Monti. Sul tappeto i temi più importanti sono proprio quello della Sanità, il trasporto pubblico e le riforme.

Paolo Del Bufalo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Le misure sull'intramoenia

- La risoluzione degli accordi di programma per l'assegnazione delle risorse previste dal programma di edilizia sanitaria si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi di ristrutturazione edilizia per l'intramoenia per i quali la Regione non abbia conseguito il collaudo entro il 31 dicembre 2014
- Le Regioni garantiscono che aziende ed enti eseguano entro il 31 ottobre 2012 una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'intramoenia sulla base della quale possono autorizzare l'azienda sanitaria per l'intramoenia ordinaria, se necessario e nell'ambito delle risorse disponibili, ad acquisire, tramite acquisto, locazione, stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari verificati dal Collegio di direzione o da una commissione paritetica aziendale di sanitari che esercitano l'intramoenia. I risultati della ricognizione sono trasmessi dalle Regioni all'Agenas e all'Osservatorio nazionale sull'attività libero-professionale
- Se per qualche azienda non è possibile acquisire gli spazi, le Regioni possono autorizzare solo queste aziende a un programma sperimentale per lo svolgimento dell'intramoenia in via residuale presso studi professionali collegati in rete e con la sottoscrizione di una convenzione tra il professionista interessato e l'azienda di appartenenza
- La verifica del programma sperimentale è effettuata entro il 28 febbraio 2015 dalla Regione in base a criteri fissati con accordo Stato-Regioni. In caso di verifica positiva, la Regione può consentire in via permanente e ordinaria lo svolgimento dell'intramoenia presso gli studi professionali collegati in rete. In caso di verifica negativa o di mancata verifica per qualsiasi causa, l'attività cessa entro il 28 febbraio 2015
- Entro il 31 marzo 2013 le Regioni devono predisporre una infrastruttura di rete per il collegamento telematico, in condizioni di sicurezza, tra l'ente o l'azienda e le singole strutture in cui sono erogate le prestazioni di intramoenia, interna o in rete, prevedendo in via esclusiva il servizio di prenotazione, l'inserimento obbligatorio e la comunicazione in tempo reale, all'azienda sanitaria competente, dei dati relativi all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni e agli estremi dei pagamenti
- È possibile concedere, su domanda degli interessati, la temporanea prosecuzione dello svolgimento di attività libero-professionali presso studi professionali già autorizzati oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete e non oltre il 30 aprile 2013. Gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione sono a carico del titolare dello studio
- Il pagamento di prestazioni di qualsiasi importo è effettuato direttamente all'azienda mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, a suo carico, entro il 30 aprile 2013
- Va definito con i dirigenti interessati un tariffario che preveda, per ogni prestazione, un importo minimo e un importo massimo. L'importo minimo deve remunerare i costi sostenuti dalle aziende, compresi quelli per le attività di prenotazione e riscossione degli onorari ed evidenziare le voci relative al compenso minimo del professionista, i compensi dell'équipe, del personale di supporto e i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature. Il 5% del compenso del professionista è trattenuto e destinato a interventi di prevenzione o alla riduzione delle liste d'attesa. L'importo massimo è determinato in relazione alla fissazione di un tetto massimo entro cui può essere determinato il compenso del professionista
- Per i direttori generali inadempienti le Regioni assicurano il rispetto delle previsioni della legge 120/1997 anche con l'esercizio di poteri sostitutivi e con la decurtazione della retribuzione di risultato pari ad almeno il 20% ovvero la loro destituzione

## A RISCHIO LE FASCE DEBOLI

# Compartecipazione: le insidie della franchigia

**B**enché ancora catalogata come pura ipotesi di lavoro è attraverso la franchigia, che il Governo pensa di recuperare parte dei 5 miliardi di euro che mancano all'appello. D'altronde il ministro della Salute, dopo le polemiche di questi giorni, è ben consapevole che l'idea di nuovi ticket è un rospo che nessuna forza politica è disposto a mandar giù. Lontani dai microfoni, i tecnici del ministero lavorano da qualche tempo «alla soluzione franchigia», persuasi che consentirebbe una maggiore equità e omogeneità e alla fine otterrebbe il via libera di Parlamento e Regioni.

In fondo - ragionano a Lungotevere Ripa - nessuno può negare che, data la necessità di reperire

soldi, tutti i cittadini siano tenuti a pagare ciascuno secondo le proprie possibilità il costo delle prestazioni sanitarie. E certamente l'idea di una partecipazione alla spesa sanitaria fino al raggiungimento di una quota percentuale del proprio reddito, oltre la quale si accederà gratuitamente ai servizi sanitari, incontrerebbe il consenso del popolo.

Però sarebbe interessante sapere come il Governo abbia potuto calcolare esattamente quanto recupererà con questo sistema, che pur modulato su reddito e prevedendo l'introduzione dell'Isce e quindi il reale stato economico di

una famiglia, nasconde le sue insidie. In primis, nessuno può prevedere con precisione i dati epidemiologici relativi al 2014 e le percentuali di cittadini che con il nuovo sistema ricorrerebbero alla franchigia rivolgendosi al pubblico e quanti, invece, opterebbero per il privato.

Ma fattore ancor più grave da considerare è il rischio, quasi scontato, che si finisca per incentivare gli italiani ad abusare di prestazioni sanitarie senza alcuna necessità: tanto una volta raggiunta la franchigia, l'assistenza è gratis, con costi notevoli per lo Stato e in beffa a quell'appro-

piatezza, assunta a paradigma di un sistema sanitario moderno ed efficiente.

Il cofinanziamento alla spesa sanitaria, qualsiasi sia la forma, vale la pena di ricordarlo, oltre a essere un mezzo per far cassa, deve servire (o dovrebbe) a educare i cittadini a sottoporsi a esami e indagini soltanto se necessari. È di grande rischio imboccare una strada che segnerebbe la fine di ogni forma di responsabilizzazione degli italiani verso il consumo di prestazioni sanitarie. Non c'è lotta agli sprechi nella Sanità che tenga se non si pone un argine alla diffusa mentalità di sotto-

porsi a indagini inutili che creano un ingente danno al Ssn oltre a incidere sulla disorganizzazione della Sanità, provocando un ulteriore allungamento delle liste di attesa e una riduzione della qualità dell'offerta sanitaria. È con l'appropriatezza che si abbattano gli sprechi e si eliminano le disfunzioni dell'assistenza sanitaria. È per questo che va ricercata una terza via che consentirebbe allo Stato di fare cassa, di tutelare le fasce deboli, facendo pagare di più chi più ha, ma in ossequio all'appropriatezza e all'efficienza.

Al di là di una rimodulazione

dei ticket o dell'introduzione della franchigia, si preveda per le diverse patologie un corretto percorso diagnostico e terapeutico, i cui meccanismi sono già in possesso delle varie società scientifiche, in modo da assicurare accessibilità oltre ad appropriatezza ed efficacia, rendendo impossibile ogni uso inappropriato.

L'unico investimento durevole è potenziare le linee guida e gli strumenti già esistenti per guidare il malato nel suo percorso sanitario. Con appropriatezza perché oltre non c'è diritto, ma un suo abuso.

Raffaele Calabrò  
Senatore Pdl

© RIPRODUZIONE RISERVATA