



Audizione FNOMCeO presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera

“La sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”

8 luglio 2013

Illustre Presidente, onorevoli Deputati

Grazie per questa audizione della Fnomceo nel contesto di una indagine che affronta la questione della sostenibilità del nostro sistema di tutela della salute stretto tra le esigenze emergenti ed i vincoli di finanza pubblica in considerazione dei suoi prioritari profili di elevata sensibilità sociale e civile.

Fin dalla sua nascita il nostro modello di SSN si è sempre qualificato come un immenso cantiere della complessità che, come è noto, non ha soluzioni risolutive e stabili ma governi più o meno efficaci delle criticità emergenti.

I processi riformatori che nei decenni si sono succeduti, compresa quella federalista, sono la testimonianza di un *work in progress* che oggi ha dinnanzi a sé il dilemma più difficile e per molti aspetti più radicale, se cioè questo nostro Paese può reggere nel presente e nel prossimo futuro, sul piano economico e sociale questo SSN finanziato in modo solidaristico dalla

fiscalità generale progressiva, e fondato sull'universalismo dei destinatari e sull'equità di accesso.

Crediamo che le possibili risposte debbano sciogliere nodi che attengono a profili istituzionali, economici, gestionali-organizzativi e tecnico professionali; nodi che stanno fortemente condizionando al ribasso l'equità e l'universalismo del nostro servizio sanitario pubblico, erodendo in alcune aree del paese anche delicati aspetti di qualità, efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate.

Sul piano istituzionale, le vicende di questi ultimi anni hanno, con varie modalità, evidenziato come il nostro servizio sanitario necessiti di un Ministero della Salute con funzioni e compiti di governo e di indirizzo più incisivi tanto che, in situazioni definite, si possa e debba costituire come sovraordinato ai poteri organizzativi e gestionali costituzionalmente affidati alle Regioni.

Si tratta infatti di garantire indistintamente a tutti i cittadini italiani un diritto protetto dalla Costituzione e, come tale, unico ed indivisibile, al netto di un federalismo gravato da non poche ombre, anche facendo ricorso ad atti sostitutivi, in caso di accertate inadempienze e/o evidenti inefficienze che compromettono l'effettiva erogazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza).

Basterebbe già rendere questi atti e misure compatibili con le note modifiche al titolo V della Costituzione ed in parte già previste al comma 2 nell'art.120 della Costituzione, bilanciando quelle ideologiche visioni delle autonomie territoriali che hanno pesantemente condizionato lo sviluppo di un federalismo sanitario cooperativo e solidale, cristallizzando se non accentuando, invece, insostenibili disparità di tutele nel paese.

Inoltre, in coerenza con lo spirito ed il dettato della nostra Costituzione che, unico tra i diritti previsti, definisce come fondamentale quello alla tutela

della salute, andrebbero diversamente bilanciati gli ambiti di autonomia e di poteri del Ministero della Salute rispetto a quello dell'Economia.

Questo riequilibrio, pur configurato all'interno di uno schema che misura la sostenibilità della spesa sanitaria nell'ambito dell'intera spesa pubblica (ne costituisce circa il 14%) ne valorizzerebbe specificità e rilevanza sociale e civile dando altresì significato a quel dato negletto che certifica come la nostra spesa pubblica per la sanità sia da tempo tra le più basse dell'Europa a 15.

La logica dei tagli lineari, che nel quadriennio 2011-2014 comporterà un definanziamento pubblico per la sanità stimato cumulativamente e per difetto in circa 18 mld di euro, è figlia legittima di questo sostanziale anonimato della sanità pubblica nelle *policy* economico-finanziarie degli ultimi anni che ha forse un simile riscontro nella spesa per l'istruzione.

La stessa versione più sobria e accattivante della *spending review* sta in realtà operando con le stesse modalità e, paradossalmente, sta registrando la sua insostenibilità, come dichiarato dalle regioni più virtuose, capofila nel 2012 nel non sottoscrivere il Patto della Salute e dalla FIASO che, a sua volta, denuncia l'impossibilità a raggiungere quegli obiettivi di risparmio a parità di servizi erogati, anche al netto di correzioni delle inefficienze e mala gestione.

Sul piano generale della compatibilità economica, la nostra spesa sanitaria si è presentata all'appuntamento con la stretta finanziaria sui bilanci pubblici degli ultimi anni, più stringente in Europa successivamente al patto di Stabilità e Crescita ed emergenziale nella seconda metà del 2011 per la minaccia di *default* del nostro debito sovrano, con una dinamica di crescita fortemente ridimensionata nell'arco temporale 2007-2012 registrando un tasso medio dell'1,7%, ben al di sotto cioè da quel 6,4% medio che aveva caratterizzato il periodo 2000-2006.

Dalla lettura del DEF 2013 recentemente approvato dalle Camere, la sanità ha contribuito in modo significativo a quel riequilibrio della finanza pubblica che ha portato il nostro paese ad un disavanzo pubblico sotto le soglie del 3% del PIL, conseguendo nel 2013 quel pareggio di bilancio in termini strutturali previsto dal Patto di Stabilità e Crescita dell'Unione Europea e da poco introdotto nel nostro ordinamento costituzionale.

Il Consiglio ECOFIN dell'UE ha nella scorsa settimana definito l'uscita dell'Italia dalle procedure di *deficit* eccessivo pur con alcune raccomandazioni, questo ci consentirà di accedere a quote di fondi europei e soprattutto di conseguire una maggiore flessibilità del bilancio pubblico, determinante in questa terribile congiuntura per riavviare un processo virtuoso di crescita della economia reale, quella delle imprese e del lavoro per i giovani e i meno giovani espulsi dal lavoro, per sollevare quel disagio materiale e contrastare quella povertà che va reclutando strati sempre più vasti della società.

I dati del DEF specifici del settore, ci confermano in modo più analitico che la nostra sanità ha svolto i compiti a casa; la spesa pubblica del settore relativa al 2012 è in valore assoluto di poco superiore a quella del 2009 con una percentuale di rapporto al PIL in decrescita dello 0,2% (7,1% rispetto al 7,3%).

Per il 2013 è indicata una crescita della spesa sanitaria sul 2012 di circa lo 0,2% mentre dal 2014 al 2017 è indicata una previsione di crescita con un tasso medio dell'1,9% a fronte di una contestuale crescita del PIL nominale media del 3,2%.

Questo differenziale porta ad una stima della spesa sanitaria pubblica sul PIL in decrescita raggiungendo nel 2017 il valore del 6,7% che rafforzerebbe la nostra posizione nell'UE 15 tra i paesi a più bassa spesa in termini percentuali ed assoluti procapite.

E' opportuno ricordare che nel periodo 2001-2011, il differenziale finanziamento pubblico/spesa sanitaria ha raggiunto cumulativamente la cifra di 40 miliardi, dei quali poco più di 30 sono rimasti a carico dei bilanci regionali.

Questo differenziale finanziamento/spesa è nettamente diminuito nel triennio 2010-2012, più in ragione del rallentamento del trend di crescita della spesa che non dell'incremento del finanziamento pubblico, in significativa correlazione alla attivazione dei piani di rientro per le regioni in grave disavanzo.

Il recente provvedimento di parziale saldo dei debiti della PA ha previsto la anticipazione di cassa per circa 14 mld di euro nel biennio 2013-14 per quelli in conto agli enti del SSN stimati in circa 40 mld dalla Corte dei Conti.

Si tratta di un intervento parziale ma importante per dare fiato alle imprese del settore e ai servizi oramai allo stremo ma che dà anche la cifra di una condizione economico finanziaria difficile e solo parzialmente risolta.

Concludendo su questi profili della questione ci dichiariamo concordi con quanto ormai da più parti, autorevoli e terze, viene detto: il SSN non può sopportare ulteriori politiche di definanziamento pubblico, salvo scontare inaccettabili cadute dell'universalismo e della equità.

Solo pochi mesi fa ed ancor oggi il Presidente Vasco Errani, nel rappresentare il pensiero unanime delle Regioni e Province autonome, ha chiesto che il finanziamento dei SSR, erogato nel 2012 pari a 107, 880 miliardi, resti tale anche per il 2013, evitando il taglio netto di 1 miliardo, come da legge di stabilità 2013, e denunciando l'effetto devastante sulla tenuta dei sistemi della previsione, relativa al 2014, di un ulteriore definanziamento per 2 mld da coprire con forme di compartecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni, bocciata dalla Corte Costituzionale nella versione ticket.

Le misure di compartecipazione alla spesa, sanitaria variamente definite a livello regionale, hanno raggiunto circa i 4 miliardi di euro; contestualmente le Regioni in piano di rientro hanno portato al massimo le aliquote IRPEF regionali, tanto che l'aliquota media è passata dall'1,19% all'1,49% che, aggiungendosi agli altri tributi regionali (IRAP, immatricolazioni etc.), ha portato a oltre 4 miliardi il prelievo complessivo diretto per la sanità, a cui si aggiungono circa 3,5 mld di finanziamento stornati dai bilanci regionali per reggere la spesa.

Il combinato disposto ticket/aliquote Irpef regionali raddoppia nel prelievo diretto dai cittadini quelle relativa all'IMU prima casa, eppure non godono di pari attenzione.

Nell'affannosa ricerca di ulteriori forme di finanziamento, la leva dei ticket è oggettivamente diventato uno strumento distorsivo dell'equità e della stessa efficacia, favorendo fenomeni di *opting out* dal sistema pubblico o in assoluto dal sistema delle cure (in una recente ricerca l'AGENAS ha stimato che circa il 60% dei previsti incassi del superticket sulla specialistica siano effettivamente entrati nelle casse dei SSR creando così un disavanzo ulteriore); i ticket sui farmaci sono aumentati del 40%, le prestazioni sanitarie complessive sono diminuite del 20%.

Non sorprende che in queste condizioni non si sono ancora realizzate le condizioni per stipulare il Patto della Salute, cioè quella cornice di programmazione delle attività e dei relativi finanziamenti nella quale poter prevedere altresì una revisione dei LEA e affrontare la *vexata quaestio* delle cure a lungo termine e purtroppo se ne avvertono le conseguenze.

Il CENSIS, in una rilevazione del 2012 sulla soddisfazione globale per i servizi offerti dal SSN, ci consegna un dato preoccupante: al centro-sud oltre un terzo dei cittadini denuncia un peggioramento dei livelli di servizio e una quota prossima al 60% li giudica inadeguati.

Non mancano anche al nord percentuali significative che denunciano un peggioramento (circa il 18%) e un'insoddisfazione (circa il 20%).

Per quanto riguarda le cure odontoiatriche non ricomprese nei LEA, si segnala come le visite negli studi odontoiatrici continuino a calare facendo venir meno anche alcuni presidi di carattere preventivo, non solo relativi alle patologie più comuni ma anche alle lesioni precancerose o cancerose in stadio iniziale e questo fenomeno colpisce in modo maggiore i soggetti più vulnerabili.

La nota plethora italiana dei dentisti non ha comportato un significativo incremento di una offerta accessibile non considerando tali alcune discutibili iniziative di un mercato *low cost*, frammentario e con finalità prevalenti di *marketing* piuttosto che di un sistema stabile.

Nelle strutture pubbliche odontoiatriche, l'utilizzo delle stesse in ragione del personale impiegato è stimato da fonti ufficiali intorno alle 3,24 ore al giorno lavorativo nel contesto di una offerta sul territorio nazionale a macchia di leopardo con differenze sostanziali non solo tra regione e regione ma spesso anche tra Asl e Asl della stessa regione e vale la pena ricordare che i ticket di molte prestazioni odontoiatriche sono sovrapponibili al costo che il paziente pagherebbe in uno studio odontoiatrico privato.

L'odontoiatria è gravata di costi elevati sia nel pubblico che nel privato in relazione ai fattori produttivi impiegati non comprimibili (personale, attrezzature, materiale e tecnologia) salvo scontare cadute di qualità e sicurezza.

Tutto ciò a fronte di una spesa odontoiatrica complessiva stimata in circa 9,6 mld di euro/anno (Fonte Ministero della Salute – Quaderni della Salute) quasi totalmente *out of pocket*.

Il SSN arretra nelle tutele e chiede la compartecipazione economica dei cittadini in una società che manifesta gravi sofferenze: nell'audizione del 28 marzo presso la Commissione Speciale della Camera, il Presidente

dell'ISTAT Prof. Giovannini, oggi Ministro del lavoro, dichiarava che tra il 2011 e il 2012 la quota d'individui in famiglie deprivate, ovvero con 3 o più sintomi di disagio economico, è passata dal 16% al 22,2%, quella gravemente disagiata dal 6,9% all'11,1%.

Aumentano dal 33,3% al 38,4% le famiglie che non possono permettersi spese impreviste per 800 euro e dall'11,2% al 17,9% quelle che non possono riscaldare adeguatamente l'abitazione.

In questo contesto le politiche del rigore hanno comportato una riduzione al lumicino dei fondi pubblici per il sistema integrato delle prestazioni sociali (pari nel 2012 a circa un decimo di quelle relative al 2008) e stiamo parlando di aiuti all'infanzia, alle famiglie, al contrasto della povertà, alle disabilità.

Questo arretramento delle tutele più propriamente assistenziali ha avuto delle ricadute negative sul delicato settore dell'integrazione socio sanitaria, lasciando al palo la cruciale questione delle cure a lungo termine .

Crediamo che una possibile soluzione possa trovarsi all'interno di un mix di interventi che da una parte riqualifichi il finanziamento pubblico e riorganizzi le multiformi modalità d'intervento in capo a soggetti diversi (sanità, assistenza e previdenza) e dall'altro favorisca lo sviluppo di fondi integrativi e non sostitutivi per l'erogazione di servizi alla persona e alle famiglie, nelle forme già previste da una legislazione vigente da anni.

Poche settimane fa, la Direttrice generale dell'OMS Europa, Dott.ssa Zsuzsanna Jacab, a conclusione di un meeting internazionale preparatorio ad un *draft* che nel prossimo settembre sarà presentato in versione definitiva sull'impatto in Europa della crisi economica sulle politiche sanitarie, ha affermato: *“in tempi di crisi è forse ancora più importante proteggere il finanziamento dei sistemi sanitari, dal momento che i bisogni di salute possono crescere rapidamente; assicurare l'accesso ai servizi di salute è un aspetto cruciale di una più ampia rete di sicurezza sociale. Tagli inappropriati*

possono solo peggiorare i sistemi sanitari che devono fare di tutto per minimizzare gli sprechi e perseguire l'appropriatezza. Potenziare piuttosto che alleggerire le politiche e i servizi di prevenzione; allo stesso modo proteggere poveri, persone improvvisamente senza lavoro e categorie vulnerabili dal rischio di essere estromesse dal sistema delle cure è una scelta strategica volta a scongiurare ulteriori impoverimenti e il peggioramento degli stili di vita.”

È questo un monito perfettamente in sintonia con il programma UE 2014-2020 intitolato “Salute per la crescita”, e che condividiamo nel suo profilo strategico di politica anti crisi.

La sostenibilità del sistema sanitario pubblico non è solo una partita economico-finanziaria non potendo essere conseguita e soprattutto mantenuta nel tempo se continuano a sopravvivere sacche di inappropriata tecnica, inefficienze organizzative e gestionali, di vicinanza improprie tra gestione del consenso politico e gestione del merito e della qualità professionale, di allarmanti fenomeni corruttivi ed inquinamenti malavitosi al di là di meridiani e paralleli ed infine esasperazioni consumistiche ed inappropriata di domanda favorite dell’ “azzardo morale” intrinseco a tutti i servizi pubblici a libero accesso.

Sul piano organizzativo-gestionale va ripensato il modello aziendalista dominante, provando ad invertire l'ordine dei fattori e cioè partendo dal rispetto delle finalità sanitarie per arrivare a quello dell'equilibrio dei conti.

Crediamo che questa sfida trovi sostanzialmente impreparate anche le grandi scuole di economia sanitaria, mediamente non attrezzate sul piano culturale a considerare, al di là dei costi che generano, la complessità immateriale dei servizi erogati e la criticità sugli esiti delle competenze professionali e dei valori che animano i produttori dei servizi a cominciare dai medici.

Su questa spiaggia arida di pensieri e volontà innovatrici, è sostanzialmente naufragata l'illuministica visione della *clinical governance*, per anni araba fenice di prolusioni, di ardite previsioni e di speranze deluse adottandola, nella migliore delle ipotesi, per definire più o meno buone procedure amministrative, gestionali e tecnico professionali.

Ci permettiamo, ancora una volta, di sottolineare come e quanto sia fondamentale reclutare il lavoro, le intelligenze ed i valori dei professionisti alle finalità delle organizzazioni sanitarie, per ragioni non corporative ma molto pratiche, perché senza questa *compliance* le organizzazioni si inaridiscono di partecipazione, di innovazioni, di qualità e di valori etici e civili.

Più in generale pensiamo siano da potenziare nella sua specificità, le capacità di *governance* gestionali ed organizzative, favorendo una più mirata formazione dei manager, sollecitando la diffusione delle migliori pratiche, affiancando i più esperti a quelli meno, rilanciando una idea di cooperazione solidale che sta tutta dentro i valori etici del sistema

Nell'ottica di garantire sostenibilità ed efficacia al nostro Servizio Sanitario, riteniamo vadano portate a sintesi più efficienti ed efficaci antiche ma perduranti antinomie ancora aperte ed ulteriormente esasperate dalle ristrettezze che stiamo vivendo.

Ci riferiamo, ad esempio, al tema di una compiuta continuità assistenziale tra cure specialistiche ospedaliere e cure primarie, che preferiamo così definire considerando concettualmente limitativa la vecchia dizione "ospedale-territorio".

Non è un lezioso esercizio lessicale, ma esso stesso un concetto guida, richiamando la centralità del processo sui bisogni del paziente e non sui luoghi spaziali di cura ed assistenza.

Il ridimensionamento e la riqualificazione strutturale e funzionale della rete ospedaliera ed il potenziamento e riorganizzazione delle cure primarie devono innanzitutto corrispondere in modo armonico alla transizione

epidemiologica tra malattie acute e croniche e tra malattia e salute e tutto questo non necessariamente può comportare minore spesa ma probabilmente solo una migliore qualificazione della stessa.

Siamo dinnanzi a trasformazioni di larga portata ma le affrontiamo con centinaia di migliaia di professionisti della salute sospesi ormai da anni in un clima d'incertezza economica e professionale che, all'interno delle organizzazioni sanitarie, si percepiscono e spesso sono effettivamente considerati come anonimi fattori produttivi, macchine banali di un sistema produttivo che subordina le finalità sanitarie alla tenuta dei conti.

A mero titolo di cronaca recente vale la pena ricordare che le Camere stanno discutendo la conversione in legge del Decreto che blocca a tutto il 2014 non solo contratti e convenzioni ma anche le retribuzioni individuali ai valori del 2010 nonostante questi istituti siano finanziati con fondi contrattuali che invece crescono per i fenomeni di quiescenza ed il cui diverso utilizzo non comporterebbe incrementi di spesa.

Come sostengono gli stessi manager delle aziende sanitarie, questa occhiuta ragione contabile, peraltro immotivata nei presupposti, taglia le gambe ad ogni possibilità di innovazione delle organizzazioni.

Basta pensare alla riduzione strutturale dei posti letto ospedalieri che necessita di un pari riordino delle funzioni organizzative e professionali sul complesso della nuova rete e alla riorganizzazione delle medicina di famiglia, guardia medica e specialistica ambulatoriale nelle UCCP ed alle enormi potenzialità di questi modelli operativi nella continuità assistenziale ed H 24, nelle attività di educazione alla salute, di prevenzione primaria e secondaria, nel favorire pratiche assistenziali di iniziativa sui gradi fattori di rischio, nella formazione e sviluppo continuo professionale, nella gestione e diffusione della ICT.

Gli ultimi dati ci dicono che dal 2010 è sostanzialmente ferma la spesa per i medici a rapporto convenzionale, quella relativa al personale dipendente

ha registrato invece un calo percentuale cumulativo di circa il 4% sul complesso della spesa sanitaria (nel 2012 un -1,5% sul 2011) e tale riduzione è solo in parte relativa ad un rallentamento del *turn over*.

Se sono corrette le stime di perdita cumulativa di retribuzione, questa vacanza contrattuale per la dirigenza medica e sanitaria comporta una perdita equivalente alla quota di debito pubblico medio procapite; stanno facendo i loro compiti a casa.

Molti, troppi di questi professionisti che il conto consuntivo dello Stato stima nel 2011 tra i 35-40 mila di cui almeno 8.000 medici sono con rapporto a tempo determinato, senza contare altre forme di precarietà che raggiungono punte altissime in settori nevralgici dell'assistenza in alcune Regioni.

Al di là delle già note considerazioni, vogliamo aggiungere come questo fenomeno sia un vulnus che indebolisce la qualità del sistema rendendo precari quei profili strategici delle moderne organizzazioni sanitarie fondate sull'addestramento continuo dei team professionali, sulla condivisione degli obiettivi, sulla pratica delle innovazioni.

Qualche riflessione a parte merita lo sviluppo della *e-health*, in realtà già attivo nel nostro sistema, basti pensare alle procedure elettroniche di certificazione malattia, alla ricetta elettronica, allo sviluppo della telemedicina, alle procedure standardizzate di rilevazione di prestazioni ed attività.

Ovviamente questo è solo l'*incipit* di un progetto più vasto emblematicamente rappresentato dal fascicolo sanitario elettronico che segue il cittadino nella sua storia di salute e di malattia.

Queste innovazioni porteranno certamente ad una riduzione dei costi di gestione ed ad una maggiore qualità dei servizi contribuendo alla sostenibilità del sistema ma non possiamo non manifestare una perplessità sul fatto che si

parli solo di questo senza quantomeno prospettare i costi aggiuntivi legati allo *start-up* dell'innovazione.

Sostenibilità vuol anche dire rafforzare l'autorevolezza tecnico scientifica che sostiene l'appropriatezza e quindi l'esigibilità delle prestazioni sanitarie.

Lo sviluppo della ricerca biotecnologica pura e delle sue applicazioni nella pratica clinica è uno straordinario strumento di emancipazione dell'umanità ed va quindi incentivata e resa trasparente e libera da impropri conflitti di interesse ma sempre più spesso produce un differenziale tra speranze delle persone ed evidenze della scienza da affrontare con responsabilità e soprattutto con l'affidabilità delle istituzioni preposte.

E' facile intuire come questi cambiamenti a prevalente gestione professionale necessitino di una profonda trasformazione dei contenuti formativi accademici che, anche culturalmente e tecnicamente, preparino i professionisti alla pratica della continuità assistenziale; della gestione etica e civile del servizio, all'uso corretto della ICT, alla ricerca e pratica di nuovi modelli di organizzazione del lavoro che sull'intero processo favoriscano l'armonico intervento di attività multidisciplinari e multiprofessionali e a cui far corrispondere e riconoscere attribuzioni di competenze e coerenti profili di autonomia e responsabilità.

La sostenibilità passa dunque anche attraverso una nuova e diversa relazione con il sistema formativo universitario pre e post laurea.

Solo qualche numero in premessa: sono 39 le Facoltà mediche pubbliche e 4 quelle private; sono circa 106 le sedi formative; ogni anno si iscrivono ai vari corsi medici e delle professioni sanitarie circa 38 mila matricole; si stima che la popolazione in formazione nelle facoltà mediche sia prossima ai 130 mila studenti; altri 30 mila sono all'interno dei percorsi di formazione specialistica medica e di altre professioni sanitarie; oltre 30.000

letti su circa 185.000 della rete ospedaliera per acuti sono affidati in convenzione all'Università.

Al termine dei percorsi formativi, viene licenziato non solo un laureato ma, a fronte di un esame di Stato, un professionista che assume direttamente la responsabilità della tutela di un bene costituzionalmente protetto.

Questi dati, nella loro essenzialità, ci dicono che se è improbabile immaginare un Servizio Sanitario Nazionale senza l'apporto delle facoltà mediche è vero anche il contrario; in altre parole questo sistema formativo si regge su questo Servizio Sanitario Nazionale.

Non è più tempo per immaginare improbabili fortune di una parte a spese dell'altra ed è dunque necessario che entrambe concorrano – nel senso di “correre insieme” – per la migliore attuazione dell'unico pensiero, al momento forte e centrale, quello scritto nell'art. 32 della nostra Costituzione.

Da tempo abbiamo sottolineato ed anche formalizzato nelle sedi istituzionali, progetti di revisione dei percorsi formativi che guardano ai contenuti, ai soggetti ed ai luoghi della formazione, per ottimizzare le risorse limitate per tutti, riducendo i tempi morti che gravano su percorsi già lunghi di formazione ed accesso al lavoro a parità – o meglio ad innalzamento – della qualità della formazione.

Questo può solo avvenire attraverso una compenetrazione, come ha recentemente sentenziato la Corte Costituzionale, tra la *mission* propria dell'Università, incentrata su formazione, ricerca ed assistenza e quella del sistema sanitario nazionale che è prioritariamente assistenza e cure, ma anche ricerca e formazione.

Emblematico di questo ragionamento è il fenomeno che già incombe, relativo ai contratti di formazione specialistica e formazione specifica in medicina generale che interesserà nei prossimi 5 anni circa 35-40.000 neolaureati in lieve prevalenza donne.

Già quest'anno entrerà a regime il decreto MIUR che ha portato a 5 anni le scuole di specialità mediche ed a 6 quelle chirurgiche, determinando così un'insufficienza delle disponibilità di contratti di formazione che, saranno circa 500 in meno, a fronte di un'esigenza specularmente di molto superiore legato alla nota gobba demografica della popolazione medica.

A regole invariate l'anno prossimo saranno circa 2.000 in meno e in questo imbuto, se non risolto, saranno in pochi anni confinati migliaia di giovani medici senza prospettive di qualificazione professionale e di accesso al SSN; una dissipazione di risorse che, per il presente e il futuro, non ci possiamo permettere.

Nessuno potrà convincerci, ancorché autorevole come fonte, che per licenziare un bravo cardiologo occorran 5 anni o per un bravo chirurgo generale 6 anni, perché la garanzia non sta nel tempo di formazione, ma in quanto e che cosa si fa nel tempo, così come comprendiamo ma non condividiamo le difficoltà poste all'idea che la fase finale della formazione specialistica possa e debba essere formazione-lavoro anche nel SSN.

Un altro fenomeno perverso che mina la sostenibilità del nostro servizio sanitario è l'elevato costo del contenzioso per responsabilità medica e sanitaria, non solo sul piano economico ma anche su quello sociale e civile laddove aggredisce il fondamentale rapporto fiduciario tra cittadini, professionisti ed istituzioni sanitarie.

Al di là di stime, a nostro giudizio eccessive sui costi delle cosiddetta medicina difensiva, è pur vero che organizzazioni poco attente alla sicurezza delle cure scontano costi inappropriati e che, sebbene ufficialmente in fuga dal settore, tra compagnie assicuratrici italiane ed estere la raccolta dei premi è pari a circa 1 miliardo di euro, oltre il 60% a carico delle strutture sanitarie senza contare quelle delle regioni in regime di autoassicurazione e quelle situazioni di non protezione sui risarcimenti.

Crediamo che vadano affrontati e sciolti i nodi fondamentali della questione ed in questo può aiutarci la valutazione degli esiti a poco più di sette mesi dalla conversione in legge del DL Balduzzi (Legge n° 189 /2012):

- 1) Il tentativo di circoscrivere l'area di rilevanza penale di comportamenti colposi (“...*non risponde penalmente per colpa lieve se si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate...*”) ha esitato in orientamenti giurisprudenziali difformi e discordanti, sollevando in ogni caso solo i profili di imperizia e lasciando impregiudicati quelli di diligenza e prudenza.
- 2) La previsione di lasciare fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile ha altresì prodotto sentenze civilistiche difformi da una parte quelle che distinguerebbero in contrattuale la responsabilità delle strutture ed extracontrattuale quella dei professionisti operanti nelle stesse con la conseguente riduzione a cinque anni della prescrizione e il riequilibrio dell'onere della prova, altre che drasticamente riaffermano il profilo della responsabilità contrattuale.
- 3) Sono, almeno formalmente, scaduti i termini temporali (30 giugno 2013) per emanare il DPR di cui al comma 2 dell'art. 3 in particolare:
 - a) la costituzione e la gestione del fondo per garantire idonea copertura di categorie professionali ad alto rischio;
 - b) i requisiti minimi ed uniformi delle polizze con particolare riguardo alle modalità di recesso;
 - c) la definizione delle tabelle di riferimento per il risarcimento del danno biologico di cui agli art, 138 e 139 del DL 7 settembre 2005 n. 209, da integrarsi con l'evento decesso, tenuto conto che nel nostro paese la media dei risarcimenti a parità di danno biologico è di gran lunga la più alta in Europa.

A questo si aggiunge una debolezza delle fonti normative che prevedono un obbligo di tutela risarcitoria in capo alle strutture sanitarie tutta derivante da sentenze e da accordi contrattuali.

Il vantaggio economico delle cosiddette autoassicurazioni delle aziende sanitarie è sicuramente da valutare ma preoccupa l'esposizione di un risarcimento diretto al giudizio di legittimità della Corte dei Conti, che rilevando la sussistenza di una colpa grave può imporre alle aziende la rivalsa sui professionisti.

In questo coacervo di nodi irrisolti si avvita una spirale di costi e di incertezze assicurative che oggi sta letteralmente strangolando settori di attività libero professionale gravati da rischi di elevati risarcimenti e cioè ostetrici-ginecologi; ortopedici, chirurghi generali e di specialità, anestesisti.

Il ripristino delle procedure obbligatorie di mediazione reintrodotta dal recentissimo "Decreto del fare" riapre una prospettiva positiva bruscamente interrotta da un ricorso in Corte Costituzionale.

Occorre dunque produrre una azione legislativa a vasto raggio che intervenga in modo armonico su tutti questi profili, per detendere l'enorme pressione che va accumulandosi nel sistema che determina elevati costi per le aziende sanitarie ma anche per quelle categorie che non trovano offerte assicurative accessibili perché tali non possono definirsi premi assicurativi da 25.000-30.000 euro/anno con massimali a tre milioni e su cui grava un'imposizione fiscale del 22,25%.

Abbiamo tralasciato altre questioni ma non dimenticato quelle che consideriamo critiche e come cittadini e come professionisti riteniamo che questo sia campo su cui misurarci per il nostro paese e per l'Europa a cui guardiamo, l'Europa dell'equità, della solidarietà, dell'universalismo dei diritti fondamentali dei cittadini.

Con pari convinzione affermiamo che il nostro SSN non è né un costo insopportabile né un carrozzone inefficiente ed inefficace ma una grande

opera tecnico professionale, civile e sociale che garantisce ricerca e sviluppo, occupazione qualificata e soprattutto nei principi di universalismo ed equità, coesione sociale ed identità civile al nostro paese.

Sul piano dell'economia reale, la cosiddetta filiera della salute è un segmento del PIL pari a circa il 12,5% con produzione di beni e servizi ad alti indici di investimenti in tecnologie ed elevati livelli di qualificazione professionale, con ampie ricadute positive su altri settori della produzione (agroalimentare, istruzione, trasporti, ambiente, etc).

Crediamo che sia altresì una ricchezza, tutt'altro che immateriale del nostro paese il profilo politico culturale insito nel SSN ovvero il sistema di valori che supportano le scelte degli individui e delle collettività sui temi della salute con ampie ricadute sociali (i principi di equità, solidarietà nel rispetto dei diritti umani, delle libertà individuali, della coesione sociale) infine delle responsabilità intergenerazionali e cioè la sfida di quale salute oggi per quale salute domani.

Grazie ancora per l'attenzione che avete inteso riservarci.