

# BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLVIII - SUPPLEMENTO DOSSIER 2/2017

CONVEGNO

## SSN “QUO VADIS”? VERSO LE “MUTUE”? VERSO ASSICURAZIONI INTEGRATIVO-SOSTITUTIVE ?”

SABATO 1° LUGLIO 2017  
DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna  
Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna  
Coordinano: Avv. Gianfranco Iadecola, Dott. Giancarlo Pizza

SUPPLEMENTO AL BOLLETTINO NOTIZIARIO 10/2017 - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% - CN BO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA  
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 BOLOGNA - TEL. 051.399745  
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)



# BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE  
DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA**

## **DIRETTORE RESPONSABILE**

Dott. Alessandro Nobili

## **CAPO REDATTORE**

Dott. Andrea Dugato

## **REDAZIONE**

Abbate dott. Pietro  
Balbi dott. Massimo  
Bondi dott. Corrado  
Cernuschi dott. Paolo  
Fini dott. Oscar  
Lumia dott. Salvatore  
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Publicazione mensile  
Poste Italiane Spa -  
Spedizione in abbonamento postale 70% -  
CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna  
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi  
ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:  
Renografica - Bologna

**Direzione, redazione e amministrazione:**  
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna  
Tel. 051 399745

**[www.odmbologna.it](http://www.odmbologna.it)**

Convegno

## SSN “QUO VADIS” ? VERSO LE “MUTUE”? VERSO ASSICURAZIONI INTEGRATIVO-SOSTITUTIVE ?”

**SABATO 1° LUGLIO 2017 DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30**

Presso la Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna  
Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna

- 8:30-8:40 **Dott. Giancarlo Pizza:** Introduzione
- 8:40-9:10 **Avv. Gianfranco Iadecola:** Il diritto costituzionale alla salute- Legge 833-Sentenze della Cassazione
- 9:10-9:40 **Prof. Stefano Zamagni:** Diritti costituzionali e sostenibilità economica
- 9:40-10:10 **Prof. Ivan Cavicchi:** SSN - definanziamento strisciante. Passaggio dalla fiscalità generale alla solidarietà mutualistica. Cosa cambia?
- 10:10-10:40 **Dott. Roberto Carlo Rossi:** Esiti del definanziamento del SSN
- 10:40-11:10 **Dott. Guido Quici:** Perché il NO al definanziamento del SSN visto dalla CIMO
- 11:10-11:40 Coffee-break
- 11:40-12:10 **Dott. Carlo Palermo:** Perché il NO al definanziamento del SSN visto dall'ANAO
- 12:10-12:40 **Dott. Giuseppe Lavra:** Perché il NO al definanziamento del SSN visto dal maggior Ordine italiano
- 12:40-13:10 Discussione
- 13:10-13:40 Coordina Pizza: (4 minuti ciascuno): Iadecola-Zamagni-Cavicchi-Rossi-Quici-Palermo-Lavra
- 13:40 Quick lunch in piedi presso la sede

*Con i medici ne discuteranno un Avvocato, un Economista, un Sociologo.  
Le Associazioni dei pazienti, i cittadini, gli organi di stampa sono invitati al dibattito.*

## RESOCONTO DEL CONVEGNO

**Dott. Giancarlo Pizza** Signori, buon-giorno. Grazie per essere qui. Soprattutto grazie ai nostri ospiti che hanno accettato di essere qui, con noi, in un sabato mattina che in genere viene speso per altre cose. D'altra parte, un po' sono abituati perché li sottraggo frequentemente da queste incombenze familiari. Questa riunione nasce per colpa o, meglio, per merito di Ivan Cavicchi. Perché Ivan Cavicchi qualche mese fa si è accorto che c'era una tendenza, molto probabile, a ridurre il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale. Si è accorto che questa riduzione poteva avere un significato perché c'era una cosa stranissima che non era stata vista praticamente da nessuno. Se ne era accorto soltanto lui. E cioè che lo Stato aveva deciso, nel *jobs act*, di defiscalizzare i danari che venivano messi a disposizione dalle imprese per i lavoratori, trasformandoli in *benefit* per attività assistenziali sostanzialmente sostitutive al Servizio Sanitario Nazionale. Questo tipo di preoccupazione è stata colta da alcuni. Io sono uno di questi. E quindi è iniziato un dibattito sul Quotidiano Sanità. Il timore che si era palesato era quello di vedere da un lato favorite le persone che avevano attività lavorativa, dall'altro, però, poteva esserci un contraccolpo su chi un lavoro non l'aveva. Quindi finché si è occupati si hanno determinati vantaggi. Io mi fermo qui. Il mio compito è quello di gestire la giornata e, soprattutto, il dibattito tra i nostri ospiti. E poi con il pubblico che spero si accresca di qualche unità a breve. L'avvocato Iadecola è noto. È stato giudice presso la Corte d'Appello a Bologna per parecchi anni, poi è stato un cassazionista. Poi si stancato di queste

cose ed è passato all'attività libero professionale diventando un avvocato con un'esperienza consistente alle spalle, come potete immaginare. È particolarmente ferrato in ambito sanitario, tanto è vero che ormai lo si vede in tutte le tavole rotonde in cui si parla di sanità e giustizia. Eravamo insieme tre settimane fa a Bologna alla Sala Borsa. Io non vado oltre, facciamo parlare gli ospiti.

**Avv. Gianfranco Iadecola** - Grazie al presidente Pizza per questo invito. La sua incessante e fervida curiosità intellettuale, la sua sensibilità anche agli stimoli che provengono dagli approfondimenti più avveduti su questa materia, lo hanno indotto a proporre oggi questa tematica che, a ben vedere, non presenta aspetti di interesse per una figura professionale quale può essere quella dell'operatore giudiziario. Il quale deve sforzarsi in ogni caso, e non può fare altro che questo, di individuare un versante attraverso il quale questa tematica possa assumere una rilevanza per l'ordinamento. E quindi ritrovare un profilo giuridico, se esiste, in quanto esista. Un profilo giuridico di sostegno, di avallo o anche di contrasto, rispetto a quello che è il principio che immediatamente si coglie, è affermato nel dibattito che oggi ci riguarda. E cioè il principio della necessità che alla tutela della salute pubblica non vengano introdotti ridimensionamenti ma che la stessa possa essere garantita nella misura più adeguata possibile, naturalmente nel senso della compatibilità con le altre esigenze primarie dello Stato e della collettività. Il tema, considerando anche la lettera che il presidente ha inviato al Quotidiano Sanità, ha una rilevanza deontologica, anche.

Perché ci si potrebbe chiedere, come io mi sono chiesto, perché interessa e interpella il medico. Solo come atto sensibilità, rispetto al diritto costituzionalmente garantito? La federazione fa dei buoni codici deontologici. Dico la verità, quest'ultimo forse non è il migliore di tutti, soprattutto con riferimento alle modalità e alla formulazione dei principi. E però poi, naturalmente, questi principi oltre che ben descritti, ben enunciati e ben individuati devono essere ben applicati. Dovrebbero essere applicati. È un punto di riferimento imprescindibile, per la classe medica, la regolamentazione deontologica che, per altro, va assumendo, come sappiamo, un'importanza sempre maggiore nell'ambito dell'ordinamento giuridico generale dello Stato, perché la giurisprudenza nelle cause ordinarie, e quindi nei giudizi civili e nei giudizi penali, non manca di richiamarla alla legislazione deontologica. Anche perché, essa, su alcuni temi è riuscita ad intervenire prima di quanto non abbia fatto la legge dello Stato. Penso alla disciplina del consenso che ancora faticosamente staziona in ambito parlamentare con varie prefigurabili difficoltà di una sollecita approvazione. La norma deontologica all'art.3 pone tra i doveri generali del medico, oltre a quello della tutela della vita, della salute psico-fisica, del trattamento del dolore e del sollievo dalla sofferenza, la necessità che la tutela di questi beni avvenga senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali in cui opera. Ma più che questa disposizione, che potrebbe avere un carattere eccessivamente lato e generale, quella dell'art.5, in cui si stabilisce che il medico collabora all'attuazione di idonee politiche educative di preven-

zione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute. Questo secondo me è il punto di riferimento che interpella anche il medico, rispetto a problematiche come quelle poste da questa disciplina di novello conio che induce preoccupazioni. Quale può essere il contributo da un punto di vista dell'esperienza giuridica alla tematica di cui oggi trattiamo? È principio assolutamente condivisibile che la salute non tolleri riduzioni nel senso della sua protezione e della sua garanzia. Esiste un fondamento giuridico nell'ordinamento dello Stato rispetto a un tale principio di ragionevolezza, di buon senso, di senso comune? Esiste un fondamento giuridico primario, va detto, che è nella Carta costituzionale e nel precetto dell'art.32 della Costituzione. Perché questo precetto è importante? Questo precetto è importante non soltanto per quanto viene comunemente evocato, e cioè per il disposto nel secondo comma in cui viene garantita la volontarietà ordinaria del trattamento che è il principio giuridico della regola del consenso del paziente, ma è decisivo per il precetto contenuto nel primo comma in cui viene stabilita la fundamentalità del diritto alla salute. Si dice che la salute costituisce un diritto fondamentale. Attenzione, è l'unico diritto della persona che viene accompagnato da questa aggettivazione. Nessun altro diritto fondamentale viene connotato di fundamentalità. E questo, nel disegno costituente di un costituente consapevole come a volte dimostra di non essere il nostro legislatore, evidentemente aveva un significato primario. Rappresentava e costituiva, nella prospettiva di ricostruzione del paese, una regola assolutamente vincolante dalla quale non si potesse decampare. Naturalmente nei limiti



della esigibilità. Perché tutto è fatto di contemperamento degli interessi che vengono in gioco. E allora quali sono gli elementi sintomatici di questa fondamentale del bene della salute alla luce delle applicazioni giurisprudenziali in tutte le materie in cui questo bene viene in gioco? Un primo profilo. La fundamentalità del diritto alla salute è stata perfino intesa, per molto tempo, come indisponibilità assoluta di questo bene. Per cui voi ricorderete, prima che trionfasse la regola volontaristica, cioè il principio del consenso a partire nella nostra giurisprudenza dagli anni 90, che si sostenesse l'esistenza di un limite alla rilevanza della volontà del paziente, come vincolante per il medico, ogni volta in cui il paziente esprimesse una volontà che significasse dismissione di questo bene. Che significasse rifiuto di cure; non rifiuto di qualsiasi cura ma rifiuto di cure salva vita. Il problema del testimone di Geova che rifiutasse la trasfusione di sangue a cospetto di un medico che gli ricordava le implicazioni di questo suo rifiuto essendo il paziente *compos sui*, capace di intendere e di volere ed adulto, veniva costantemente risolto, e senza molte discussioni, anche a livello di provvedimenti di urgenza, dal procuratore della Repubblica, interpellato dal medico che non sapeva come regolarsi, nel senso che la trasfusione andasse fatta. Perché la rilevanza della volontà del malato incontra un limite nella indisponibilità del bene che viene a rischio e quindi ogni volta in cui essa esprima una dismissione di questo bene o incida su questo bene come incide il rifiuto di trattamenti necessari *quoad vitam*, quella volontà non era vincolante per il medico. Riemergeva la posizione di garanzia del sanitario nel

suo impegno di tutelare ad ogni costo il bene della salute. La fundamentalità uguale indisponibilità. E non bastava il capoverso dell'art.32 della Costituzione, ove è sancita la regola dell'ordinaria volontarietà, per contraddire questa applicazione. Perché si affermava che la previsione di quella norma dovesse essere storicizzata e dovesse aver un significato più ristretto nella sostanza, anche se importante. Il costituente aveva presente le sperimentazioni che si facevano nei campi di concentramento. E voleva prefigurare che quelli non si potessero ripetere. I giudici, anche i giudici del merito, anche i pretori dell'epoca, interpellati per provvedimenti d'urgenza a fronte di rifiuto di trasfusioni da parte di Testimoni di Geova, e quindi interpellati dal medico per essere autorizzato ad intervenire comunque contro la volontà del malato, ricordavano che il capoverso dell'art. 32 della Costituzione, utilizzando la formulazione di un pretore siciliano, non potesse diventare la *magna carta* degli autolesionisti e dei suicidi. Questa era la lettura del tempo: la fundamentalità del bene della salute come bene indisponibile anche da parte del soggetto che ne fosse titolare. Sappiamo che da allora il sentire sociale e le correlative traduzioni nelle pronunce giurisprudenziali hanno profondamente mutato queste regole. Sappiamo che è diritto vivente, alla luce dei casi Welby e del caso Englaro in particolare, la regola della disponibilità del bene della salute perché condizione necessaria in ogni caso, anche quando vi fosse rischio di vita del paziente, per intervenire su di lui è l'acquisizione del suo consenso informato. Un consenso libero consapevole espressione della sua volontà. Sappia-

mo che questa volontà è stata talmente accentuata nella sua rilevanza che si conferisce vincolatività per il medico persino a manifestazioni di volontà non attuali ma dirette a regolare scelte future del paziente come accade per le cosiddette direttive anticipate nell'applicazione che esse ricevono oggi dalla giurisprudenza e che rendono necessario un intervento normativo per limitare contraddittorietà inevitabili viceversa di decisioni. La fundamentalità del bene la ritroviamo in un orientamento giurisprudenziale in materia di responsabilità civile del medico che è alla base della riforma Gelli-Bianco e che era stata la base della riforma Balduzzi, non avendo in quell'occasione prodotto i suoi effetti per una formulazione normativa del tutto impropria in realtà. Mi riferisco all'ambito della responsabilità civile del medico. La regola della necessaria allocazione del danno subito dal paziente. Il pregiudizio alla salute va immediatamente riparato e funzione del diritto civile è garantire comunque questa riparazione. La Corte di Cassazione che è giudice riflessivo, che è giudice che fa nomofilachia e non introduce regole nuove in questo settore, è pervenuta alla creazione, viceversa, di un sistema di regole speciali che riguardano unicamente la responsabilità professionale civile del medico. Stabilendo i noti principi del contatto sociale generatore di un rapporto di tipo contrattuale, con implicazione dannose per il medico sul piano della prescrizione del diritto al risarcimento che diventa decennale e sul piano degli oneri probatori cioè della dimostrazione in giudizio delle proprie ragioni, che alla stregua di questa interpretazione grava essenzialmente, se non unicamente, sul sanitario. Qual è

il fondamento di questo nuovo orientamento giurisprudenziale per cui la giurisprudenza a partire dal 1999, senza che nessun segnale sia pervenuto da parte del legislatore, cambia indirizzo e stabilisce questa regola? Il fondamento è l'essenzialità del bene e la necessità assoluta che esso abbia ristoro quando riceve un pregiudizio. E allora il criterio è quello dell'allocazione del danno. Si parla anche di regole economiche applicate al diritto. Chi ha avviato l'intrapresa pericolosa e ha prodotto danno sul piano oggettivo deve garantire il risarcimento, arrivando quasi ad assimilare la posizione del medico a quella di un imprenditore privato che agisca per fine di profitto. Naturalmente poi è accaduto, per una sorta di contraccolpo non controllato, che, in nome della maggiore tutela di questo bene, si sia prodotto l'effetto della medicina difensiva per cui in realtà siamo tutti curati di meno. E, cioè, questo bene è il meno garantito. Questo bisogna dirlo ed è questa la ragione che ha fondato gli interventi normativi del 2012 e poi delle legge Gelli-Bianco. Ma, e concludo, è ancora la Corte di Cassazione che ci ricorda che non può essere accolto in alcuna struttura un paziente che abbia bisogno di essere curato secondo metodiche e con l'ausilio di strumenti e di mezzi che quella struttura non possenga. Non è possibile per il sanitario, a fronte di un paziente che necessiti di un intervento che egli non è in grado di garantire senza incorrere in rischi, a parte i rischi inevitabili insiti nella prestazione, accogliere quel paziente. L'impegno del medico deve essere quello di inviarlo presso la struttura attrezzata più vicina. Senza cimentarsi, naturalmente al di fuori dei casi dell'estrema urgenza, con una

prestazione di cui non sia in grado di garantire il risultato per evidenti carenze anche strutturali: il principio è quello della fundamentalità della tutela del bene che non può essere esposto al rischio di sua compromissione, a parte situazioni di emergenza. E concludo con l'esempio forse più emblematico della valenza non riducibile di questo bene, con riferimento alla lettura che la Corte di Cassazione dà delle benedette linee guida. Ricordiamo una sentenza importante del 2012, la sentenza Grasinì, che è stata molto equivocata. Perché purtroppo queste sentenze, che talvolta non sono scritte in un linguaggio semplice ma in un linguaggio aulico, talvolta anche per esprimere concetti complessi, non rendono in modo facilmente comprensibile il senso e il significato. Questo ha dato luogo a controverse letture. Per cui molti medici ha detto di non avere capito bene che cosa si debba fare di queste linee guida, perché se le applica comunque corre il rischio di essere incriminato per colpa e se non le applica analogamente. Nel caso concreto qual è il principio che esprime la Cassazione ed è molto importante? Esprime tra le altre cose, occorre dire, la regola secondo cui le linee guida che abbiano una ispirazione amministrativa-economicistica, che sono ispirate alla regola del risparmio e che non hanno ad oggetto primario la tutela del bene della salute, non devono essere applicate da parte del medico. La Cassazione fa carico al medico di una serie di controlli in quanto alle linee guida. Questo è un tema che è stato sottovalutato. È stata la prima difficoltà di applicazione della legge Balduzzi. Quando molti hanno affermato che alla fine, richiamando le linee guida, si semplificasse il sistema,

si desse al medico un criterio di orientamento e al giudice un criterio di tassatività e di precisione (il giudice sa a quali parametri deve confrontare l'eventuale colpa del medico, come deve apprezzarla), in realtà ci si è subito avveduti che la difficoltà primaria consisteva nella selezione da parte del medico della linea guida applicabile (e lo stesso per il giudice). Cioè l'individuazione della linea guida è stata un grande problema. La Cassazione esige un impegno di selezione che il medico non poteva garantire. Perché si sarebbe dovuto controllare -nella concitazione, che so del Pronto Soccorso o di un servizio di emergenza- la provenienza delle linee guida. Non soltanto il credito scientifico e il consenso di cui esse godessero nella comunità internazionale, ma anche, per esempio, la provenienza sotto il profilo dell'esistenza di conflitti di interesse privati o pubblici, la compatibilità o l'incompatibilità dei soggetti che le avessero redatte. Salvo naturalmente la verifica fondamentale della compatibilità dell'adeguatezza della linea guida alle specificità del caso concreto. Che rimane il punto fondamentale di passaggio, poi, che bisogna tenere presente quando noi ci orientiamo a dire che il medico è troppo vincolato dalla legge Gelli alle linee guida e che la medicina è diventata una medicina statalizzata e burocratizzata. Bisogna tenere presente questo aspetto, che alla fine lì rimane la cruna attraverso la quale occorre passare. Scegliere bene una linea guida vuol dire scegliere la soluzione più confacente al caso concreto. Un riverbero della fundamentalità del bene della salute lo troviamo anche in relazione alla censura da parte dei giudici della Cassazione all'operato di un medico che avesse



acriticamente applicato linee guida di formazione ospedaliera, le così dette linee guida parrocchiali (come mi pare che vengano tal volta definite), ispirate ad intenti di risparmio. Il bene della salute è un bene fondamentale. È un bene indisponibile, gli si deve garantire la massima tutela. Per cui quel medico che aveva tenuto un infartuato per 8 giorni, secondo le indicazioni anche della Società Italiana di Cardiologia, si è visto imputare la colpa della morte del paziente che il nono giorno, dimesso, ha avuto un secondo insulto ed è deceduto. Ma l'argomento lì è stato (ecco la necessaria parametrizzazione della linea guida al caso concreto) che a quel paziente quella linea guida non poteva essere applicata. E non è bastato al medico far presente che la linea guida da lui applicata fosse la linea guida del suo Ospedale quando si tratta, appunto, di una scelta che non tiene in conto le particolarità delle condizioni di un paziente e che è ispirata unicamente a intenti di risparmio. Quel paziente era un plurinfartuato, aveva altre patologie gravi. E quindi la Cassazione ha avuto facile modo di affermare che quella linea guida, fatta per un soggetto al primo infarto, non poteva avere valenza vincolante per il caso concreto. Ma qual è la regola di fondo? La ratio della decisione? Ancora la fondamentale del bene della salute. I giudici penali, e i giudici civili ancor meno, non fanno sconti ogni volta in cui il medico dovesse operare scelte che non siano ispirate primariamente alla tutela di questo bene. Ecco allora la fondamentale, anche per via giurisprudenziale, affermata e riconosciuta di questo bene. Ed ecco una allora un avallo all'argomentazione di politica sanitaria che lo vuole non trascurato, e non

sminuito, nella eventuale nuova regolamentazione della attività sanitaria. Grazie

**Dott. Giancarlo Pizza** - Molto bene Gianfranco. L'avvocato Iadecola ci ha tratteggiato accuratamente l'aspetto della fundamentalità che non può essere aggredita neanche da una sottrazione dei fondi al Servizio Sanitario Nazionale. Perché questo vuol dire correre il rischio di avere ambienti non idonei a curare adeguatamente il paziente, il cui diritto fondamentale ci è ricordato è sancito. Grazie, era un po' quello che speravo venisse fuori dalla tua conversazione. E adesso affidiamo al vero colpevole di questa riunione, al professor Ivan Cavicchi, la parola. Gliela affidiamo chiedendogli di non tracimare, ma non sarà facile.

Il professor Cavicchi è un docente di una delle università romane, un filosofo, un sociologo ma anche un medico. Perché ha avuto una laurea *honoris causa* e quindi siede a questo tavolo con la duplice funzione. È quello che ha messo in moto questa riunione quando si è accorto di quello che stava accadendo. Ma non voglio togliervi la sorpresa.

**Prof. Ivan Cavicchi** - Buongiorno. Io comincerei delimitando e descrivendo il problema di cui dobbiamo discutere. Usando anche delle espressioni un po' rozze per essere compreso. La mia idea, ragionando su una serie di processi in corso, è che è in atto un cambio di sistema. Molto semplice. Cioè il sistema pubblico, il sistema universalistico è in qualche modo messo di fronte a delle decisioni della politica che, secondo me, nel medio, anche breve, periodo lo ridimensionerà in maniera significativa. Primo punto è che, secondo me, è

in atto un cambio di sistema. Secco. Io voglio rimarcare, perché? Perché è intervenuta una novità. Mi viene da citare Socrate che si lamentava della moglie. Disse: “tanto tuonò che piovve”. Noi di privatizzazione del sistema sanitario ne stiamo parlando da 20 anni. Ecco stavolta non ne parliamo più. Stavolta è successo qualcosa. Ed è intervenuta una discontinuità. Questa discontinuità ha delle caratteristiche. Non si tratta di cambiare il sistema facendo una legge contro il sistema, cioè facendo un atto controriformatore. Il sistema corre il rischio di cambiare in ragione delle politiche economiche che sono in campo. È l'economia che, a mio avviso, cambierà il sistema con dei suoi meccanismi, con delle sue logiche. Questo lo voglio rimarcare perché tutti quelli che sono seduti intorno a questo tavolo ricorderanno che negli anni passati se qualcuno voleva fare una controriforma presentava un disegno di legge di controriforma. Per esempio la 180 ha avuto tanti tentativi. Questa è un'altra strada. Non si tratta di cancellare, si tratta di svuotare, di ridimensionare, di ridurre, di marginalizzare usando dei meccanismi economici. Giancarlo citava il *jobs act*, che è la base della politica economica di questo governo e di quello che è venuto prima, riconducendo, quindi, il problema a certe politiche del lavoro. Questo è già una cosa importante. Questo a me, che mi ritengo un osservatore attento dei problemi della Sanità, era sfuggito. Perché è un tavolo che io non seguivo. Il tavolo della defiscalizzazione e il tavolo del *jobs act* io non l'ho seguito. Poi mi sono reso conto che, sul quel tavolo, decidevano le sorti del Sistema Sanitario Nazionale. E già questo a me non è piaciuto. Pongo subito un problema a tutti voi:

se sia giusto cambiare un sistema senza consultarci. Cioè senza coinvolgere gli Ordini, i sindacati e i cittadini. Perché non è un cambio marginale, è un cambio di paradigma. Le logiche che stanno dietro sistema sono molto semplici. Cioè, semplici per modo di dire. L'idea di questo governo è di accrescere la ricchezza in questo Paese e io la trovo molto analoga a Trump. Ma senza fare accostamenti ideologici. Parlo proprio di concezione dell'economia.

L'idea è di accrescere la ricchezza in questo Paese sviluppando il lavoro. Per sviluppare il lavoro si vogliono defiscalizzare alcune cose, ridurre i costi del lavoro, ridurre il reddito di impresa e mettere in condizioni l'imprenditore di reinvestire. L'idea del *jobs act* è di creare delle condizioni, degli incentivi, delle facilitazioni tali da poter reinvestire e creare ricchezza. Che c'entra questo con noi? L'idea che c'è dietro è quella di dare ai dipendenti solo una parte di salario. Al posto dell'altra parte di salario viene data una mutua, viene dato un *benefit*. Se tu prendi una mutua al posto di un pezzo di salario, hai diritto di essere completamente defiscalizzato. Ma non solo hai diritto ad essere defiscalizzato tu, ha diritto ad essere defiscalizzata l'impresa. In questo modo si riducono i costi del lavoro e la speranza di Renzi, di quelli che hanno determinato il *jobs act*, è che creando questa condizione si possa reinvestire. Questo crea subito un problema nuovo. Questa è la novità. Fino a ieri avevamo delle mutue integrative di un certo tipo. Che si chiamavano mutue integrative, e poi tanto integrative non erano. Però non creavano problemi più di tanto. Le mutue integrative noi le abbiamo sempre avute. Però finché la mutua era pagata un po' dal dipendente un po' dall'azienda non era un

problema. Ma adesso la mutua è pagata dallo Stato, praticamente. Cosa si crea? Una situazione di anomala competitività. Nel senso che lo Stato finanzia allo stesso tempo un sistema pubblico e un sistema concorrente al sistema pubblico, che è un sistema mutualistico. C'è una regola in ecologia che dice, più o meno, che quando due specie concorrono per spartirsi una risorsa limitata, alla fine una delle due soccombe. E la mia idea, se guardo i dati, è che rischia di soccombere la Sanità pubblica rispetto al sistema concorrente. Perché immediatamente dopo tutte le misure di defiscalizzazione c'è stato subito un aumento dei fondi sanitari integrativi incredibile. Credo che siamo a 360 e oltre. Diciannove milioni di persone sono coperte da una doppia tutela cioè hanno sia la sanità pubblica sia una sanità di tipo mutualistico assicurativo. Vi faccio notare a questo si oppone il dato che un cospicuo pezzo di questa società ha il contrario, non ha neanche una tutela o ha una mezza tutela. L'ingiustizia, la discriminazione è molto forte. E quindi che succede? L'ultimo DEF, che è stato fatto pochi mesi fa, lo dice con molta chiarezza. Dice, sostanzialmente, meno soldi alla Sanità pubblica e più incentivi al *welfare* aziendale. La connessione è dichiarata, non è che dobbiamo fare un'ipotesi interpretativa. L'intenzione è quella di sviluppare un sistema contro l'altro. Questo è il problema. È una cosa grave che si cambino le regole del gioco, indipendentemente dai giocatori. Anzi, mentre Gianfranco parlava, mi veniva in mente di collegare le cose che diceva sulle linee guida, le cose che diceva Giancarlo sull'appropriatezza, le cose che riguardano l'obbligatorietà dei vaccini, eccetera. La sensazione che ho, da studioso

di fenomeni sociali, è che viviamo in un contesto un po' troppo totalitario, un po' troppo dispotico. Dappertutto c'è qualcuno che ci vuole imporre qualcosa. Addirittura imporci un cambio di sistema senza dirci niente, lo trovo un tantino esagerato. Ma non rivendico tanto un diritto così astratto alla partecipazione democratica. Siccome qui ci sono degli Ordini, ci sono dei sindacati, rivendico il diritto a partecipare a una decisione perché a seconda di quella decisione varia la mia professione. Perché fare il medico in un sistema pubblico e fare il medico in un sistema privato non è la stessa cosa. I contesti influiscono enormemente sull'espressione della professione. Per cui io direi che le professioni abbiano il diritto di dire quali sono le condizioni migliori perché la professione si esprima senza essere alterata nei suoi presupposti deontologici. Raccontavo ai miei amici che ho cominciato la mia carriera dalle mutue. E io mi ricordo come si faceva la medicina nelle mutue. Cioè, non era una medicina uguale a quella che facciamo adesso con tutti i finanziamenti del mondo. Allora era un sistema di tutela importante perché non avevamo nulla. Adesso ne parliamo male ma nel dopo guerra la mutua è stata una grande soluzione. Era una medicina di massa, aveva dei valori. Giustamente, poi, è stata superata per varie ragioni, comprese quelle finanziarie. Questo ritorno alle mutue non è proprio un ritorno alle mutue. Perché quello che vedo non è il ritorno alla mutua di una volta ma è un ripensare il nostro sistema dentro una concezione mutualistica, tipicamente americana, che si chiama *welfare on demand*. Ieri sera parlavamo di Bismarck e di Beveridge. Ci stiamo spostando da Beveridge a Trump, nel senso che

la mutua che si sta definendo è una mutua di tipo fiscale, cioè *welfare on demand*. Non è la vecchia mutua nostra. È un processo in corso, si sta espandendo. Mancano ancora tre milioni di lavoratori all'appello. Tutto il pubblico impiego ancora non ha rinnovato i contratti. Sono sistemi di tutela sanitaria allargati, nel senso che includono anche i familiari. Quindi, come capite, si fa presto a conquistare pezzi di mercato con questa roba. Già adesso, a me impressiona il fatto che 19 milioni di persone abbiano la doppia tutela. Già questo mi colpisce moltissimo. Non c'è bisogno di fare leggi. Quando spiego ai miei studenti uso la frase che amano molto i logici e che è una frase cautelativa. Dicono così: "a condizioni non impedito succederà x". Questa è la frase che si usa. Quando io dico che "a condizioni non impedito perderemo la Sanità pubblica", non penso ad un crollo o ad una catastrofe. Penso ad una trasformazione lenta, inesorabile e continua di svuotamento, di impoverimento, cioè di riduzione dello spazio vitale. Questo è quello che vedo. Inesorabile. Che è già in atto da tanti anni. E a causa di questo impoverimento, a parte i malati, la professione medica, essendo in una posizione nevralgica, è la prima che soffre. È la prima che è esposta. L'impoverimento del sistema si trasforma in un impoverimento della professione, sotto varie forme. Il blocco del turnover è una forma di impoverimento. il condizionamento dell'autonomia è una forma di impoverimento. Quando parliamo di queste robe, io vedo che è in atto una trasformazione, anche a questo livello, piuttosto grave. Io sostengo che il primo a revocare o a condizionare la fiducia verso i medici non è il cittadino, con il contenzioso le-

gale, la medicina difensiva, ma è lo Stato. Perché tutta la prestazione medica è una prestazione d'opera che si basa sul rapporto fiduciario. Teoricamente lo Stato dice: "Io ti pago perché tu mi devi curare i malati, ma non ti dico come li devi curare perché ho un rapporto fiduciario". Questo non è più.

Adesso lo stato dice: "Tu mi devi curare i malati ma ti dico io come li devi curare". Quindi la prestazione d'opera è cambiata. Ed è cambiata in un contesto di questo tipo. Quindi non vorrei che separassimo le questioni. Perché questo è accaduto o sta accadendo? Questo è importante. Sicuramente perché ci sono degli interessi collaterali. Le assicurazioni. Sto in una regione dove le assicurazioni stanno riconquistando un mercato. Voi dovete pensare che quando, nel '78, abbiamo fatto il servizio sanitario pubblico abbiamo creato un monopolio pubblico su un diritto. Questo ha marginalizzato tutti gli interessi privati. Adesso gli interessi privati stanno tentando di riprendersi il mercato perduto nel '78. e tutti dicono che il futuro business è qui, è nella sanità. lo dicono tutti, lo dicono in Confindustria. Hanno trovato sponde politiche favorevoli, sensibili a questi interessi. A queste passano pregiudizi sui problemi di sostenibilità del sistema. Io ritengo che sia un pregiudizio sostenere che la sanità pubblica sia insostenibile. È veramente una stupidaggine. Siccome in questi giorni si parla molto di evidenze scientifiche, ne vorrei una che mi dimostrasse che il sistema sanitario pubblico sia insostenibile. Non è vero. È quello che costa meno per tante ragioni. Ma, a mio avviso, ci sono anche dei difetti nostri. Noi abbiamo anche creato degli spazi, delle debolezze nostre. Forse non abbiamo cambiato tan-

to, abbiamo cambiato poco. Forse non abbiamo combattuto tanto certe cose, avremmo dovuto combattere di più. Sta di fatto che un cambio di sistema non è un'operazione semplice. Avviene se tu crei anche le condizioni favorevoli. Perché oggi c'è il cambio di sistema e non c'era venti anni fa? Venti anni fa non è che i problemi fossero molto diversi. È che oggi ci sono condizioni favorevoli. Quadri politici favorevoli. Idee sbagliate. Mettere la ricchezza contro la salute è un'idea, secondo me, sbagliata. Perché di fatto è così. Pensate che nella mozione che ha fatto Renzi, per le primarie, c'è un capitolo che riguarda proprio la Sanità dove è scritto che non esiste più il diritto dell'articolo 32, ma esiste un nuovo diritto che si chiama diritto alla protezione. Faccio notare che il concetto di protezione se andate a vedere gli articoli 1, 2, 3 della riforma sanitaria non compare mai. Noi usiamo il concetto di tutela non di protezione. E nella mozione si usa il concetto di protezione nel senso americano. Cioè la protezione ce l'hai in rapporto al lavoro, in rapporto al salario. Capite che questo ha un'implicazione controrivoluzionaria perché significa che i diritti sono legittimati solo dall'economia. Il che vuol dire che mezza Italia non avrebbe diritti perché non ha economia o ha economia debole. Quindi la posta in gioco è davvero molto alta. Perché succede questo? Succede per queste ragioni e alcune distorsioni stanno venendo fuori. Nella nostra legislazione non è vero che non avevamo le mutue. Noi le mutue le abbiamo recuperate con la 502, poi con la 229. Erano mutue integrative. Che voleva dire? Che la mutua "dava ciò che lo stato non dava". In un certo senso erano un modo per estendere il concetto di universalità.

Ma ormai non siamo più alle mutue integrative. Ormai siamo apertamente alle mutue sostitutive. Cioè se andate a vedere i nomenclatori, questi danno tutto ciò che passano i LEA. Piccolo inciso a proposito dei LEA: allargano i LEA, fanno tutta l'operazione sui LEA, ma li finanziano per la metà. Questa è la condizione preliminare per creare il mercato. Io non finanzia più la tutela, la finanzia di meno e ti costringo, per curarti, a trovarti le soluzioni da altre parti. Questo è in gioco. Quando ne ho parlato con Giancarlo, gli ho detto: "Ho l'impressione che, davanti a un problema così grande, da parte nostra ci sia una sottodeterminazione, ci sia una sottovalutazione, una disattenzione. Caspita, ci incavoliamo per ogni cosa, non ci incavoliamo per questa roba qua?" Questo era il mio sconcerto. Questa, lui l'ha definita riunione. E anch'io continuo a definirla riunione. È una riunione importante. A me risulta che sia la prima che si fa. Qui dobbiamo renderci conto che quello che sta accadendo è una varianza, un cambiamento paradigmatico. È un altro paradigma, un'altra idea di sanità, un'altra idea di medico. E dobbiamo capire che si fa. Io sono solo un intellettuale, ma, di accettare passivamente questa roba, io non me la sento. Per cui, con i miei mezzi, ho cominciato a rompere le scatole. Che facciamo? Rivendichiamo un tavolo? Vi faccio notare che, in tutta questa partita, mentre decidevano la defiscalizzazione sul terreno del *jobs act*, il nostro ministro della sanità non ha detto niente. Non è che ha detto a noi: "guardate stanno decidendo questo, facciamo quell'altro". Niente. Completamente accondiscendente. Ma io non credo che non abbia capito. Io non suppongo mai la stupidità degli



altri. Però non ci ha detto niente. Questo è sicuro. Non è che ha chiamato gli Ordini, i sindacati, e gli ha detto: “gira questo, gira quello, che ne dite?”. Non è avvenuto. Tutto questo viene fatto ufficialmente in nome della sostenibilità. Io ho scritto questo libro “La quarta riforma” dove non contesto il problema della sostenibilità, perché il problema della sostenibilità esiste, ma contesto, a questo governo, come vuole risolvere questo problema. Perché se lo vuole risolvere distruggendo la sanità pubblica non sono d’accordo. Vorrei risolverlo in un altro modo. Mi rendo disponibile a risolverlo in un altro modo. Ma non a far fuori il diritto, non a far fuori l’articolo 32. Poi dovremo metterci d’accordo su cosa voglia dire sostenibilità. Io, ad esempio, non condivido l’idea di sostenibilità del governo perché è un’idea puramente compatibilista. Nel senso che il governo ragiona così: ho pochi soldi da darti (non che ho pochi soldi in assoluto) e tu te li devi far bastare. Questa è l’idea di compatibilità. Allora io dico che, se ha pochi soldi da darmi, forse io potrei trovare delle soluzioni in un altro modo. Per esempio potrei abbassare le malattie, fare un progetto di salute primaria, cambiare gli ospedali, riorganizzare un po’ le cose, rivedere il ruolo del lavoro, delle professioni. Cioè, ci sto a discutere di sostenibilità. Però discutiamo sui modi. Alla fine io vorrei risolvere i problemi di sostenibilità e allo stesso tempo salvare la sanità pubblica. Perché, secondo me, perderla sarebbe un atto di inciviltà. Noi siamo all’inizio del processo, non siamo a regime. Questo dobbiamo capirlo. Tutto questo è solo all’inizio. Noi dobbiamo immaginare questa cosa quando andrà a regime. Cioè, quando questo sistema competitivo al pubblico si al-

largherà nello spazio sociale. E come si allargherà? Fino adesso, la legislazione impone a chi vuole fare mutue e assicurazioni di ricorrere a dei servizi accreditati. E già le mutue e le assicurazioni stanno lavorando per superare questo vincolo. Perché loro vogliono in realtà farsi gli ospedali per proprio conto. Quindi entrare in piena competizione, fare proprio i servizi alternativi. Ho fatto un convegno con la regione Veneto. E su questo, la regione Veneto, è stata molto decisa. Diceva alle mutue: “Calma voi i servizi non ve li fate per conto vostro. Voi dovete passare attraverso di noi. Siamo noi che vi diamo il permesso di fare le cose, perché passa attraverso l’accreditamento”. Il tentativo di queste mutue è di sostituire il concetto di integrazione con il concetto di sostituzione allargata. Dare tutto. Carlo citava Metasalute. Metasalute, ai metalmeccanici, mica gli dà solo il dentista. Gli dà tutto. Se andate a vedere il nomenclatore degli interventi chirurgici, gli dà tutto.

Allora com’è che si trasformerà la sanità pubblica, Giancarlo? In attesa di sostituirla, anche strutturalmente con dei servizi di altro tipo, il meccanismo per il quale la sanità cambierà è il modo di usare in senso mutualistico la cosa pubblica. Ho parlato con dei direttori generali, anche vostri, e, soprattutto, con la vostra Regione, che sta tentando di mettere le mani su questa cosa delle mutue, e si stanno sfregando le mani dicendo: “Con le mutue possiamo rimediare un po’ di risorse”. Perché la mutua può andare da un direttore generale e dirgli: “Mi servono 1000 appendicectomie; me le dai?” “Te le do” “Quanto vuoi?” E gli impone il prezzo. Le appendicectomie gliele facciamo noi nel pubblico alle condizioni della

mutua. Cioè, alle condizioni di prezzo della mutua. E questo, se lo estendete alla specialistica, alla diagnostica avete l'idea di quello che può succedere. Allora non c'è bisogno di sostituire il sistema pubblico *tout court*, basta che tu lo usi in senso mutualistico che lo hai già sostituito. Questa è la fase attuale. E i direttori generali sono tutti contenti perché non vedono l'ora di fare accordi con le mutue per vendere le loro prestazioni. Ma le loro prestazioni sono fatte nel pubblico. Vi dicevo che da ragazzo lavoravo nelle mutue: mi occupavo di radiologia. E io mi ricordo come si faceva radiologia nelle mutue. Era rigorosamente standardizzata. Non potevi fare una lastra in più. E lo *standard*, la regola, è il prezzo della prestazione. Non c'è altro. Quindi, quando questo sistema andrà a regime, Carlo, non solo produrremo una pessima medicina ma correremo il rischio di riprodurre il *default* del dopo guerra. Cioè questi sistemi sono destinati ad essere finanziariamente incrementali. Quando tu hai un sistema di cura, fatalmente il sistema di cura ha una natura finanziaria incrementale. Cioè, cresce. Perché basta che tu prenda un farmaco dell'ultima generazione e cresce la spesa. Se hai una nuova tecnologia, cresce la spesa. L'unico modo per raffreddare la crescita della spesa è produrre salute primaria, razionalizzare, eccetera. Ma se tu non fai questo, ed è quello che è successo con il sistema mutualistico, il sistema mutualistico a un certo punto andrà in *default*. Costerà talmente tanto che non potrà essere finanziato ragionevolmente. Vi faccio notare che la Germania ha alla base del suo sistema delle mutue. La Merkel ogni tanto, ogni sei mesi, paga i debiti della mutua. Perché vanno in disavanzo. Quello che vo-

glio dire è che ci stanno facendo fuori un sistema che costa poco. Un sistema che, con tutte le magagne che ha, comunque copre più di 60 milioni di persone. La cui qualità media, comunque, non è proprio male, nonostante tutto. E al suo posto mettono un sistema che ti dà di meno, con una pessima qualità e che è destinato a fallire. Capite che è impossibile accettare una condizione del genere. Ecco perché è importante riunione che ci ha offerto Giancarlo. È una prima riunione naturalmente, però, di questo, noi ne dobbiamo parlare. Come vedete questa roba io l'ho scoperta un po' di tempo fa, però ormai siamo alla vigilia delle vacanze. Alla ripresa abbiamo la legge elettorale, a settembre, e poi entriamo in campagna elettorale perché andremo a votare nel 2018. Adesso siamo tutti presi dai vaccini e a nessuno viene voglia di discutere questa roba qui. Quindi dobbiamo trovare, Carlo, anche un'occasione, creare un'interlocuzione politica su un problema del genere. Io non so come fare. Mi rivolgo a te, mi rivolgo a Guido, perché voi siete dei sindacati. Però, un'interlocuzione con il governo su questa roba ci vuole. Aprire un tavolo, creare dei dubbi, avanzare delle perplessità, delle problematiche. Ma non è possibile stare fermi. Cioè, non è possibile sottodeterminare la questione. Questa riunione, Giancarlo, e ti ringrazio, per me è importante perché tra persone intelligenti e ragionevoli si comincia a parlare di questa cosa. Perché non si può farla passare in cavalleria, non è possibile. Parlavo l'altro giorno con dei sindacalisti i quali mi dicevano che addirittura c'è in atto una decontribuzione da introdurre nella forma della defiscalizzazione che è un incentivo in più. Chiudo dicendo questo. Signori

abbiamo due sistemi in concorrenza. Uno pubblico e uno che chiameremo mutualistico alla vecchia maniera. Entrambi sono finanziati dallo Stato. Al sistema pubblico danno sempre di meno. E io lo chiamo defianziamento programmato. E l'obbiettivo è ridurre la spesa sanitaria pubblica di un punto, un punto e mezzo rispetto al PIL, nel tempo. I soldi che non danno a noi, li danno a quell'altro. È giusto? È opportuno? E perché una roba del genere dovrebbe interessare la professione medica? Per quale ragione noi dovremmo preoccuparci di questo? Noi in particolare? Secondo me se ne dovrebbero preoccupare anche gli infermieri. Perché il sistema non fa sconti a nessuno. La drammaticità è un po' questa. Questi ormai sono processi che sono partiti difficili da recuperare. Lui citava il contratto dei metalmeccanici, che è un contratto sottoscritto. Come fai a recuperarlo? Però, se ci fosse un'interlocuzione con il governo, si potrebbe dire: "Intanto chi ha detto che gli devi dare tutti sti soldi in futuro? Chi ha detto che devi fare così?" Rispetto a tutta questa roba noi abbiamo, secondo me, il dovere di disporre una contro prospettiva. Davanti alla prospettiva di far morire la sanità pubblica ci vuole una contro prospettiva. E, come alcuni di voi sanno, per me la contro prospettiva non è semplicemente la difesa del sistema. Io di questo sono convintissimo. Non basta chiedere più soldi, anche se chiedere più soldi sarebbe giusto. Non basta l'apologia del diritto, c'è l'articolo 32, eccetera. Bisogna fare i conti con questa roba della sostenibilità. Quindi per me la risposta deve essere una risposta riformatrice. Nel senso che questa sanità pubblica tu la difendi se la cambi. Perché così com'è non è tanto difendibile.

Ci sono cose che non funzionano, cose che non sono mai cambiate. Ma anche sul piano del negoziato noi saremmo più forti se, anziché difendere in linea di principio un valore, controproponessimo delle cose per difendere quel valore. Ma non basta più. Qui ci sono dei sindacati. Il sindacato deve difendere degli interessi ma per difendere degli interessi deve portare a case delle cose. Qui operazioni di retribuzione se ne fanno poche, i contratti sono quelli che sono. Sul valore del lavoro, sono io che ho inventato il termine decapitalizzazione. Mica perché mi piaceva la decapitalizzazione, ma perché il capitale professionale è completamente svalutato. Siamo in un periodo molto difficile, "tanto tuonò che piovve". Cioè, ormai non siamo più al pericolo della privatizzazione. Ci sono dei processi che stanno privatizzando e voglio ricordarvi, giusto per darvi un'idea storica, che questa roba ufficialmente non è iniziata ieri. Perché nell'ultimo governo Berlusconi avevamo come ministro Sacconi, che tirò fuori il libro bianco, e fu lui a teorizzare per primo il sistema multipilastro. Quella proposta del sistema multipilastro l'hanno accettata tutti gli altri. Letta c'ha provato non gli è andata bene, Renzi e Gentiloni l'hanno presa sul serio. Che cos'è il sistema multipilastro? Un po' di mutue, un po' di assicurazioni e quel poco che basta a difendere i più deboli con un po' di sanità pubblica. Questo è il problema. Io mi sono limitato a descrivere il problema perché la cosa più interessante è capire che facciamo. Grazie.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Grazie Ivan. Abbiamo capito che ci sono problemi di natura deontologica, di natura giuridica e di natura sindacale. Io non ho

problemi domani ad allargare il tavolo a Landini e compagni, oltre che ai sindacati medici, perché chiederemo loro che vantaggi avranno con questo passaggio. Perché, se non se ne sono accorti, questi vantaggi, una volta che poi gli operatori vanno in pensione, scompaiono. Finiscono in un'altra piattaforma. Che è la piattaforma che si trovava nel progetto Renzi quando si è preparato per le primarie. Andiamo avanti. Giustamente Ivan Cavicchi ha sollecitato le opinioni dei sindacati e abbiamo due importanti rappresentanti di due grandi sindacati ospedalieri. I sindacati dei medici di medicina generale hanno avuto dei problemi di organizzazione interna e non son potuti venire. Poi abbiamo i rappresentanti del mondo ordinistico. I più grossi Ordini attualmente presenti, cioè l'Ordine di Roma con il dottor Lavra e l'Ordine di Milano con il dottor Rossi. Non mi sottrarrò, a tempo debito, a fare un'altra riunione allargata anche ai soggetti che oggi mancano. Dicevo che oggi manca il professor Zamagni, per un problema personale sopraggiunto. Ci avrebbe parlato di problemi più strettamente economici accanto al rispetto dei diritti. Adesso tocca al dott. Carlo Roberto Rossi che è il presidente dell'Ordine dei Medici di Milano ed è anche, incidentalmente, segretario regionale di uno dei sindacati di medicina generale, lo SNAMI

**Dott. Carlo Roberto Rossi** - Buongiorno a tutti. Ringrazio Giancarlo per l'invito. Io ho ereditato questo intervento e quindi ho un mandato: quello di un farvi una carrellata sulla situazione regionale. E quindi è un mandato un po' particolare un po' settorializzato. Mi scuso per le diapositive che ho prepara-

to stanotte tra i fumi della cena offerta da Giancarlo, che è stata particolarmente piacevole.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Insomma, è colpa mia se qualcosa non va!

**Dott. Carlo Roberto Rossi** - Assolutamente! Come sempre. Dico sempre questa battuta, ormai un po' trita. Io mi immagino che i padri costituenti probabilmente, quella sera lì, anche loro erano stati invitati da qualcuno ed erano un po' nei fumi dell'alcool. Perché voi vedete che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo. Chi mi ha preceduto ha già magistralmente trattato questo elemento, ma la tutela della salute è un impegno forte. È già stato ricordato che la 833 prende in pieno questo tipo di dettame e istituisce il Servizio Sanitario Nazionale di stampo universalistico, come lo conosciamo noi oggi. Cercherò di dividere quello che vi dirò in due parti. La prima è una velocissima carrellata che mi consente di assolvere il mandato che mi è stato affidato. Poi cercherò di prendere gli ultimi minuti parlando più a ruota libera e raccontandovi della situazione lombarda. Perché secondo me questa riflessione che faremo sulla situazione lombarda, e che offro anche a Ivan come la perversione della perversione, è una riflessione utile a tutti. Eccoli lì i due responsabili. Quello di destra lo riconoscete tutti, con il suo bravo elmo chiodato, il buon Bismarck e quello di sinistra è sir Beveridge. È un avvocato, economista, sociologo. È morto nel 1963. È nato in India, come per ogni buona famiglia inglese di altissimo livello nelle colonie, ed è morto a Oxford. È un signore che, non so se sia entrato in un governo Churchill,

ma comunque era il suo consigliere dal punto di vista dell'economia sanitaria. Quello che vedete alla vostra sinistra è la distribuzione dei sistemi come sono oggi. Vedete quello che è successo in Italia: si è passati nella fine degli anni 70 da un sistema mutualistico a un sistema finanziato dalla fiscalità generale e di stampo universalistico. Il finanziamento della medicina del territorio avviene a quota capitaria più progetti che vengono fatti. In Italia c'è la funzione di *gatekeeper*, tutte cose che noi sappiamo. Si scoprono delle cose interessanti. Ci sono dei sistemi, molti buoni, che seguono il sistema Bismarck e ci sono dei sistemi così, così che seguono il sistema Beveridge. Dipende insomma. Sicuramente il sistema Bismarck è forse il più rappresentato. Questi sono un po' i primi sistemi sanitari al mondo. Questa roba, che sembra molto complicata, è il rapporto che tutti gli anni viene pubblicato sul gradimento dei consumatori di sistemi sanitari. L'Olanda è sempre al primo posto da molti anni, ormai. È un sistema tendenzialmente universalistico anche se ci sono in realtà dei correttivi. L'Italia è messa nella cosiddetta *amber zone*. È gialla perché alcuni indicatori non sono pienamente soddisfatti. E l'autore commenta che i due grandi sistemi universalistici, cioè la Spagna e l'Italia, sono nella zona gialla perché non tutto il paese è omogeneo. Cioè ci sono alcune regioni che passerebbero l'esame, e sarebbero verdi, e alcune che non lo passerebbero, e sarebbero addirittura rosse. Però la media evidentemente dà giallo e la stessa cosa in Spagna. Caro Ivan ora ci avviciniamo ad una serie di diapositive che ti danno ragione. Quella vedete è la spesa del Servizio Sanitario Nazionale. Guardatela là in fondo. Come potete vedere

la differenza 2010-2015 è dello 0,6% sul PIL. Guardate quello che è successo invece negli anni precedenti, c'era un delta molto più rilevante. Ma la cosa che mi interessa maggiormente farvi vedere è la spesa sanitaria privata corrente. Voi vedete che aumenta. Se fate il rapporto fra gli aumenti della spesa pubblica e gli aumenti della spesa privata, vedete che in questo momento si è marcatamente invertito l'aumento della spesa privata rispetto all'aumento della spesa pubblica. È un trend che noi abbiamo adesso, sta succedendo dal 2010 al 2015. Se voi vedete i rapporti precedenti, facendo 90 e 2015, no. Aumenta un po' più la spesa privata ma dopo marcatamente gli altri rapporti vedono aumentare la spesa pubblica molto di più della spesa privata. Adesso invece 06 e 22, fate il rapporto, e vedete cosa è successo. I dati sono dati del Ministero della Salute e del rapporto OASI. Sono dati Istat, tutti contenuti nel rapporto OASI, che sapete è un rapporto che tutti gli anni viene pubblicato. Lo trovate molto facilmente sul sito della Bocconi. Basta che vi registriate in maniera gratuita e li potete scaricare. Questa è un classico. Lo sanno già molte persone se ne parla in tutti i convegni: l'Italia è un sistema sanitario che costa abbastanza poco. Vedete, altri sistemi sanitari costano di più; arriviamo agli Stati Uniti che costano molto, molto di più. Negli Stati Uniti vige essenzialmente il sistema privatistico spinto. Ingenera una concorrenza importante. È questa è una delle cause che determina l'aumento della spesa sul PIL, rispetto agli altri paesi. È un sistema che oltre a essere poco universalistico, poco "giusto" dal nostro punto di vista, costa anche molto. Il dato è che, nonostante il nostro sistema non costi tanto, la tendenza è



quella di ridurlo, di definanziarlo, Nel senso che la variazione 2014-2010 non è gigantesca, ma pensate come i costi siano aumentati notevolmente. Quindi, in realtà, è giustamente definanziato. Questa è la copertura pubblica della spesa sanitaria che, facendo i vari rapporti, è aumentata negli anni passati e invece adesso è pesantemente diminuita: - 2,9% è una cifra importante. Nonostante tutto il nostro sistema è un sistema che funziona. Ci sono dei metodi, degli indicatori che gli organismi internazionali utilizzano per definire la bontà di un sistema sanitario. Adesso c'è un bouquet di indicatori ampio e abbastanza approfondito devo dire. E da questo bouquet di indicatori ne esce che l'Italia è posizionata in alto, cioè è un sistema che, in vari modi lo si analizzi, è un sistema che in questo momento dà dei buoni risultati. Gli indicatori sono moltissimi, si trovano facilmente sul sito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questa è l'aspettativa di vita alla nascita. Vedete che l'Italia è messa parecchio bene. E questo è uno degli indicatori che si utilizzano: il consumo di alcool, il consumo di tabacco. Non ho messo l'obesità perché è un argomento che non mi piace molto. e l'Italia è messa bene anche lì. Entriamo nel merito delle Regioni. Dovreste guardare la spesa pro-capite post mobilità, al netto della mobilità, perché è la cosa più corretta da fare. Come potete vedere le regioni a statuto speciale spendono tanto perché hanno tanti soldi. E questo è un problema di cui si sta parlando in questi ultimi anni, finalmente. Io ho un grande rispetto per le regioni a statuto speciale, soprattutto per il Trentino l'Alto Adige, per la Val d'Aosta, eccetera, però mi chiedo e molti si chiedono se è giusto finanziarle in questa maniera, così

divaricata rispetto alle altre. Come potete vedere ci sono delle insospettabili, terrificanti differenze in un Paese che dovrebbe invece essere, bene o male, un po' più omogeneo. L'Emilia Romagna, mica male. Nel senso che i pazienti vengono qua a curarsi quindi si guadagna qualcosa. La Lombardia, da cui provengo. Siamo vicini, ma noi siamo più bravi. Questa è l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL regionale. Io non mi soffermo più di tanto. Vi voglio solo far notare questo è un altro elemento. Perché naturalmente la percentuale di quello che una regione produce e poi spende in spesa sanitaria è anche questo è un elemento rilevante. Non basta dire quanto si spende pro-capite. Dipende anche da quanti soldi hai a disposizione. Vi faccio vedere che ci sono delle relevantissime differenze. Dal 5,28% della Lombardia al 10,65% della Puglia, a me sembrano delle cose rilevanti. Anche pensando al discorso che ho fatto adesso, cioè quanti soldi hai e quanto spendi, questo è un Paese che questa figura dimostra essere tutt'altro che omogeneo. È un paese che va per conto suo.

Questo è molto interessante perché dà il termine della spesa privata. Perché voi vedete che è la spesa delle famiglie pro-capite. Quindi qui non c'è il dato solo pubblico, c'è il dato anche privato. Questo ci dà il fatto che le famiglie del Trentino hanno più soldi in tasca, evidentemente. E vedete che la Lombardia e l'Emilia Romagna Stanno bene insieme perché sono evidentemente due regioni ricche. Se fossi il mio amico Silvestro Scotti sarei un po' incavolato, nel senso che guardate invece dov'è la Campania. Che, come adesso vedremo, ha anche un altro problema. Si può fare lo stesso gioco, che abbiamo fatto sulle

nazioni, sulle regioni cioè si possono andare a prender gli indicatori di salute. Questa è la mortalità femminile. Vedete che ci sono delle differenze importanti. Vi faccio notare 82,2 su diecimila della Campania e 67,2 su diecimila dell'Emilia Romagna. Se fossi una donna campana sarei un po' arrabbiata. Questa è la speranza di vita per genere e per regione. C'è anche il confronto 2011-2015 e di nuovo vengono fuori cose un po' inquietanti. Guardate di nuovo la Campania 17,5 maschi e 20,5 femmine, nel 2015, e 19,2 maschi e 22,2 femmine in Emilia Romagna. C'è una certa differenza e la differenza c'è anche nel delta, anche se qui i dati sono più drammaticamente stabili. Non è che si migliori molto se si va male ma neanche se si va bene perché la Lombardia come delta ha sempre zero. Anche se la *performance* è sicuramente migliore.

Questa era la prima parte del discorso. Nella seconda vi racconterò la situazione lombarda. La delibera che voi vedete è la seconda di GR, una delibera di giunta regionale, non è una legge regionale. La Lombardia ha recentemente fatto una legge regionale che riforma la legge precedente, quella è una legge del consiglio regionale, e che come principio ha un principio condivisibile e cioè quello di mettere insieme l'ospedale e il territorio. Francamente è un po' la storia di Gesù bambino e della Befana. Nel senso che io ne sento parlare da quando sono laureato che bisogna fare questa operazione. Tutti tentano e nessuno ci riesce. Adesso è stato messo nella legge, sono stati escogitati dei percorsi e il ministero ha detto che questa legge non è compatibile con le leggi dello stato e che vengono dati 5 anni di sperimentazione per poterla fare. A me sembra una concessione un po' bislac-

ca perché non dovrebbe essere il ministro a farla ma qualcun altro. Ma questo è in questo momento. Voi sapete che la presidenza del consiglio dei ministri può andare in corte e far notare che una legge regionale confligge con qualche legge nazionale e quindi farla abrogare ma il governo si è impegnato a non farlo perché vuole vedere cosa succede. In seguito a questa legge sono state fatte due delibere di giunta, quindi non sono state passate per il vaglio del consiglio, che sono la 6164 e la 6551 e che provo a raccontarvi in poche parole. Quello che succede è questo. I cronici vengono divisi in 3 fasce di gravità: una fascia verde, una fascia gialla e una fascia rossa. Quelli rossi sono molto gravi. Per esempio un diabetico con una complicanza è già in fascia gialla, tant'è che la fascia gialla e la fascia verde fanno fuori tre milioni e mezzo di cittadini lombardi. Mentre nella rossa ci sono solo 200 mila cittadini lombardi. Questi cronici hanno un'assistenza budgettizzata. Nella prima delibera addirittura si diceva, poi l'ordine di Milano si è opposto, che il medico sarebbe stato remunerato anche avanzo di bilancio. Cioè quello che io avanzo dall'assistenza di un cronico me lo posso tenere. Poi questo l'hanno tirato via. Però è sempre budgettizzata, nel senso che chi gestisce il cronico, e vedrete quanto questo termine "gestisce" sia corretto, è colui che deve rispettare bene o male la spesa per quel paziente. I pazienti non sono più dati in carico ai medici di medicina generale. Che però non scompaiono perché non possono scomparire in quanto esistono per la 502 e per i contratti nazionali. E quindi si crea una sorta di doppio binario. Chi gestisce i pazienti? Possono essere due soggetti, essenzialmente. Possono essere le cooperative di

medici di medicina generale. Naturalmente la gestione del cronico implica una serie di cose che oggi non vengono fatte. Quindi si vanno a stanare a casa anche i cronici che prima non si vedevano perché sfuggivano. E questo può essere, tra l'altro, una buona cosa. Nel senso che si crea una medicina di iniziativa che va anche forse un po' nella direzione di quello che ci dice sempre il nostro amico Ivan. E cioè che l'assistenza primaria non deve essere regressiva ma deve trovare un modo nuovo per rapportarsi. Il problema è un altro. Il problema è che la gestione di questi cronici avviene su linee guida, piani diagnostico-terapeutici e quant'altro, molto ben definiti. Perché ogni cronico ha un suo PAI, un piano assistenziale individuale, ma di individualità ce n'è poca. Perché si calcola che il gestore non possa gestire meno di 30 mila cronici per poter quadrare i conti e poter portare a casa un utile. Però la delibera parla di gestori che possono gestire fino a 200 mila cronici. La gestione vuol dire che tu fornisci al paziente tutto. Quindi gli fai le ricette, lo chiami, gli dai l'appuntamento per le glicate se è un diabetico, col *fundus oculi*, eccetera. Sono appuntamenti che, in linea teorica dovrebbero avvenire in corsie preferenziali. Istituisce dei *call center* che possono essere sempre a disposizione dei cronici, hai dei *case manager* che guidano tutto il processo e hai dei *clinical manager* che guidano il processo da un punto di vista clinico.

Questa è una gestione del paziente. È qualcosa di diverso dal rapporto medico-paziente di clinica, è una gestione a 360°. Dovrebbe esserlo. La cura non interessa a nessuno. Avviene secondo il PAI che è standardizzato. Che si chiama individuale ma in realtà ovviamente non

può esserlo. In realtà il medico può entrare nel singolo PAI e cambiarlo. Ma tu prendi un gestore con 200 mila cronici. Voglio vedere quale tipo di possibilità ci sarà di cambiare e di personalizzare il piano assistenziale individuale. La risposta è nessuna. Perché ovviamente si devono seguire delle linee ben definite, per il semplice fatto che bisogna razionalizzare quello che si fa. E questo vuol dire che non bisogna spendere cioè bisogna spendere sempre quella cifra là. I gestori possono essere delle cooperative di medici di medicina generale ma naturalmente possono essere anche dei gestori erogatori, cosiddetti. Questi ultimi possono essere ospedali o grandi gruppi sanitari ma possono essere anche, in una seconda o terza battuta, quando questi signori non entreranno sul mercato o non ce la faranno ad assolvere a tutto, possono essere anche l'associazione dei pizzicagnoli piuttosto che chiunque voglia entrare a fare questo discorso. La remunerazione del PAI è l'unica vera "ciccia", se la vogliamo mettere sul piano economico, che arriverà ai medici che decidono di giocare questo ruolo. La redazione però è una redazione burocratica perché si traduce in maschere lunghe dove metter dentro dati, programmare visite, eccetera. I problemi sono innumerevoli. Quello che secondo me è il più rilevante di tutti è che il nostro codice deontologico dice che sono vietati gli accordi che sono tesi a limitare la libertà del cittadino. E questo è pesantissimamente in questa situazione. Nel senso che il cittadino verrà mandato a fare gli esami, le cose, gli accertamenti, eccetera, dal gestore. Il cittadino firma un patto di cura che l'avvocatura regionale ha tenuto a dire che ha le caratteristiche civilistiche di un vero e proprio contrat-

to e si impegna (naturalmente non ci saranno sanzioni) a seguire quello che gli dice il suo gestore. Cioè, gli si consegna mani e piedi. Naturalmente le lettere che riceverà il cittadino in ottobre saranno lettere che diranno: “Caro cittadino la regione Lombardia adesso pensa a te. Non dovrai più preoccuparti di nulla. Noi ti faremo fare tutti gli esami, ti daremo delle corsie preferenziali, farai subito tutto ciò che ti abbisogna (e che noi abbiamo deciso che per te sia necessario.. ma questo non c’è scritto) e non dovrai più preoccuparti di appuntamenti, telefonate, ricette, eccetera. La regione Lombardia penserà a te”. Questo è il messaggio sulle magnifiche sorti e progressive (come diceva Giacomo, non Milillo ma Leopardi) che arriverà in casa dei cittadini. Come dicevo non ci sarà scritto che però devi fare quello che ti dico io. Non è che puoi fare altro. Se mi viene in mente che per quel paziente, al di là del fatto dell’appropriatezza e di tutte queste cose che sono corrette, se io ritengo che per quel paziente sia necessario fare altro questo è un problema che appunto è relativo alla cura e non frega niente a nessuno. Poi ci sono altri problemi soprattutto nel dissidio della cura. Cioè, non si capisce più chi fa cosa. Perché ovviamente i medici di famiglia rimarranno e cosa faranno di questi pazienti se non aderiranno a questo sistema? Ci saranno dissidi perché il medico di famiglia deve concordare con il gestore l’assistenza al cronico.

Io non voglio concordare niente e con nessuno. La mia assistenza al mio paziente è mia. Non la voglio concordare con un altro. Non con un collega ma ancora meno con l’associazione dei pizzicagnoli che deve prendere il ragazzotto neo laureato a fare il *clinical mana-*

*ger*. Anche lui è un collega ma dovrà seguire 30, 40, 50, 100 mila cronici. Non mi metto lì a discutere con uno o più *clinical manager* di come io devo curare i miei pazienti. Da ultimo c’è il problema dei colleghi che lavorano in ospedale. L’assessore che è una brava persona e, come lui ama ripetere, è un avvocato e fino ad alcuni mesi fa non sapeva niente di sanità. Viva la sincerità ma se non andasse in giro a dirlo così sarebbe meglio. Lui si aspettava che i colleghi in ospedale fossero tutti contenti, soprattutto quelli degli ospedali pubblici, invece si è trovato, a parte i direttori generali e i direttori sanitari, ad avere una serie di risentimenti da parte dei primari, degli operatori, dei colleghi che vi lavorano. Per una ragione molto semplice: ne vanno in pensione 3, se ne assumono 1,3. Il precariato medico è sempre più diffuso, è un grossissimo problema. Io ho scritto una lettera all’assessore dicendo che io chiedo che il precariato medico si riduca ovunque ma che così precarizzano anche il territorio, perché i *clinical manager* saranno tutti dei precari. Lui mi ha risposto che in realtà non è vero perché in regione Lombardia il precariato medico sta riducendosi. E ha citato dei dati che non sono pubblici e quindi è un atto di fede. Mi fido, però mi continuano a scrivere dei ragazzi che sono spremuti come limoni, fanno un sacco di roba e vengono pagati la metà degli altri e si devono pure pagare la previdenza. E si incavolano un po’ perché magari stanno così da 20 anni e sono un po’ stufi. Ho detto il prossimo te lo mando e gli dici che è già assunto. Lui non lo sa ma ha già l’assunzione. Perché se il precariato si sta riducendo, evidentemente tutti quelli che mi scrivono o sono dei pazzi mitomani oppure hanno già l’as-

sunzione e non lo sanno. Quindi offro questa situazione alla vostra riflessione e a quello che ci siano detti fino adesso perché la via lombarda è sempre foriera di divertenti e interessanti problematiche. Vi ringrazio.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Passo la parola a Guido Quici della segreteria nazionale del sindacato ospedaliero CIMO che ci darà il suo punto di vista sulla situazione tratteggiata da Ivan Cavicchi.

**Dott. Guido Quici** - Innanzitutto ti vorrei ringraziare per l'invito e vorrei ringraziare Ivan per lo stimolo. Perché è un argomento che sto seguendo da un po' di tempo, come studio mio personale, è una cosa che mi appassiona. In realtà dovremmo parlare oggi di defianziamento. Non so se è un termine esatto perché potremmo parlare di non finanziamento o di sottofinanziamento. In questo periodo sto assistendo al classico gioco dell'oca. Non so se vi ricordate ma se si arriva al numero 19 si sta fermi 3 turni. Se si va al numero 31, il fosso o il labirinto, si aspetta chi viene a sostituirci. E questo è il nostro caso. Perché mi trovo in una situazione dove l'ultima priorità del governo, a suo tempo, era la scuola. Siamo arrivati noi. Ci siamo posizionati al loro posto. La scuola ha avuto un certo tipo di stimolo ad una ripresa, poi è discutibile quello che è stato fatto, e noi siamo fermi al palo. Altro numero molto interessante è il 42, cioè si torna indietro di 3 passi. Perché dico questo?

Perché chiunque ricorda il DEF del 2011 che dava un finanziamento di 115 miliardi, che poi è stato ridotto a 111, e poi l'ultimo DEF, quello recentissimo di pochi giorni fa, in cui è stata stabilita una decurtazione del fondo di 400 mi-

lioni di euro per il 2017 e di 600 milioni di euro per il 2018. Si fa finta di dare e poi gradualmente viene tolto. Quest'ultimo taglio rientra in un pacchetto di 3 miliardi e mezzo nel 2017 e 5 miliardi, credo, nel 2018. E noi, probabilmente per le banche venete, siamo dei grossi contribuenti per quanto riguarda altri aspetti dove lo stato è in affanno perché la volontà precisa è quella di tentare di finanziare sempre di meno. Altro aspetto che mi ha colpito è che oggi non parliamo più di tasse. In realtà oggi si tolgono i servizi e quindi si costringe il cittadino a pagare in proprio. Quindi da un lato si fa finta di non tagliare le tasse, dall'altro lato il cittadino è costretto a cacciare i soldi. Allora mi chiedo: che cosa ne vogliamo fare della nostra sanità? L'obiettivo è ben preciso. Di risorse ce ne sono sempre di meno. Perché rientra tutto in una logica molto più complessa. Cioè, a monte di tutto questo, mi chiedo che tipo di *welfare* noi immaginiamo per il futuro. Noi spendiamo circa 450 miliardi di euro di *welfare* che rappresentano il 57% circa, con il 23% del PIL. Di questi 450 miliardi, ben il 66% è legato alla previdenza, il 24% alla sanità, il 10% all'assistenza. La previdenza ha assorbito altri due punti percentuali nell'ultimo periodo quindi la previdenza rappresenta il punto cruciale. Per cui se io do cento e mi aumenta sempre di più il costo legato alla previdenza è chiaro che sulla sanità io devo ridurre sempre di più. Quindi risorse economiche ce ne saranno sempre di meno. E se è vero, come è vero, che la proiezione per il 2025 è di 210 miliardi come fabbisogno, facciamo un po' di conti: 113 miliardi, 35 miliardi *out of the pocket*, mancano oltre 50 miliardi. Che in questi sette anni certamente non saranno



messi dallo Stato. Sarà il cittadino a far-sene carico. Quindi aumenterà sempre di più la parte, diciamo privata, non a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Questo è il contesto economico nel quale ci muoviamo. Quindi, se il contesto economico è questo, considerate i famosi 35 miliardi dell'*out of the pocket*: mentre in Francia, per esempio, *out of the pocket* il cittadino paga il 30% e in Germania il 60%, gli italiani pagano l'88%. In questo momento è a totale carico del cittadino. Allora andrebbe recuperata quella quota, quell'88%, per farla ritornare di nuovo al pubblico. Attraverso una sanità integrativa e non attraverso una sanità pseudo-integrativa che oggi è veramente sostitutiva. Consideriamo, in questo scenario, i LEA. Io sono ben felice che, dopo 14 anni, siano stati messi in piedi i LEA. Ma con 820 milioni non ci facciamo assolutamente niente. Perché su questi 820 milioni c'è una riduzione di oltre 50 milioni dell'assistenza ospedaliera. Mercoledì prossimo, il 12, ci sarà la commissione LEA, di cui faccio parte, che delibererà ulteriori tagli sull'assistenza ospedaliera, sui DRG. Non saranno più 103 DRG ma saranno molti di più quelli ad alto tasso di inappropriatazza. Uscirà il *delisting* di tutte le prestazioni ambulatoriali. Per cui gli 800 milioni sono davvero insufficienti. Io mi sono trovato in una situazione critica perché noi abbiamo bocciato, come commissione, la richiesta della commissione Senato Affari Sociali e commissione Sanità per quanto riguarda le protesi personalizzate, perché si era introdotto il concetto di gara centralizzata. Dopodiché abbiamo espresso parere negativo su una serie di situazioni. Ad esempio, volevano dare l'assistenza gratuita a tutti i bambini

con *deficit* dell'apprendimento. Difficile perché è talmente vago che non si sa poi dove andare veramente a finalizzare. E adesso la finanziaria ha detto che, laddove non si è in grado di fare delle gare private, la commissione dovrà deliberare in ogni caso. Cioè praticamente si è costretti a fare determinati tipi di operazioni. Ora questo scenario è molto ma molto preoccupante. E rispetto a questo scenario, che tipo di *welfare* vogliamo innanzitutto? E poi, a cascata che tipo di sanità vogliamo? Rispetto al *welfare*, il nostro si dice di tipo mediterraneo. Basato sulla famiglia, sul capo famiglia che si fa carico, le badanti, il nonno che sostiene il nipote che magari è disoccupato. Ed è un *welfare* che funziona in un certo modo. Certamente diverso da quello di natura contrattuale franco-tedesco che è basato sui diritti, attraverso degli accordi contrattuali tra il lavoratore e lo Stato. È diverso rispetto a quello anglosassone, tutto basato sulle assicurazioni. Ma è diverso anche da quello svedese o dei paesi nordici dove c'è una sorta di *welfare* basato sul diritto di cittadinanza. Quest'ultimo non ce lo possiamo permettere economicamente. Però dobbiamo sapere se il nostro *welfare*, innanzitutto, è un *welfare* che vogliamo conservare così com'è e migliorarlo, oppure lo vogliamo virare verso un *welfare* di natura contrattuale. Perché la sanità che va a cascata avendo un sistema, oggi, che è quello di tipo Beveridge, che deriva dalla legge 833, è stato notevolmente modificato rispetto a prima. Prima era di tipo Bismarck. A questo punto questo tipo di sanità è universalistico. Allora il governo ci deve dire se conserviamo l'universalismo o no. E, nell'ambito dell'universalismo e delle risorse che abbiamo, se riusciamo o non riu-

sciamo a sostenere il servizio sanitario. Poi andremo a vedere e declinare le cose. Perché dobbiamo anche considerare che è vero che noi abbiamo poche risorse ed è vero che il DEF aveva individuato un aumento del PIL del 2,6 nei prossimi tre anni. Ma un aumento della spesa sanitaria dell'1,3 (quindi dal 2,9 all'1,3) significa che il rapporto spesa sanitaria/PIL è 6,4 che è al di sotto del limite soglia previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Questo determina un allungamento dei tempi di attesa e un peggioramento della qualità delle prestazioni. E quindi su tutti i bei dati che abbiamo oggi, sulla nostra sanità a livello mondiale, vedremo gli effetti negativi a distanza di qualche anno. Ci si fa forza sul fatto che la sanità funziona. Io dico che funziona abbastanza bene in alcune regioni ma in altre regioni sta in grave affanno. Purtroppo, io lavoro in una regione che è il fanalino di coda. È la regione Campania dove c'è la più bassa aspettativa di vita e la più alta mobilità passiva. Questo, però, perché il territorio per esempio è inesistente. Qui c'è un altro discorso. C'è il discorso che è legato ai costi. Perché è vero che ci sono dei dati, anche se poi è intervenuto anche il Quotidiano Sanità dicendo che non tutti i dati sono esatti. Però su questi famosi 22 miliardi e mezzo legati ai disservizi e agli sprechi, a cui poi potremmo aggiungere anche 10-11 miliardi della medicina difensiva, se già ne risparmiassimo il 10% finanzieremo 4 volte gli attuali LEA. Io vorrei farvi riflettere su una questione. se voi considerate i LEA dalla prima stesura ad oggi, 14 anni e più, prima il fondo del servizio sanitario veniva ripartito in tre aree. Una era quella della prevenzione. Però era vera prevenzione. Non come

adesso dove i LEA finanziano solo i vaccini. Perché hanno finanziato 210 milioni sui vaccini però non hanno finanziato nulla sulla prevenzione sui luoghi di lavoro, sulla prevenzione, sull'immigrazione, sulle patologie legate all'immigrazione, e così via. Però, prima, il fondo veniva finanziato per circa il 60%, il 59% assistenza ospedaliera. Ora è 45% quella ospedaliera e si è spostato giustamente sul territorio. Una differenza che è di più del 10%. Il 10% di 113 miliardi sono 11 miliardi e qualcosa. In questi anni, però, negli ospedali si sono ridotti i posti letto. Ed è stato facile perché negli ospedali la standardizzazione è molto semplice: i posti letto, l'indice di case-mix, la mobilità attiva, i centri di costo, la complessità dei casi, gli interventi chirurgici, la degenza media. Quindi nell'ospedale è possibile standardizzare. Essendosi il finanziamento spostato sul territorio, nel corso degli anni, si sono ridotti i posti letto. Noi abbiamo i più bassi posti letto d'Europa. Ma la Campania ha la più bassa percentuale di posti letto in tutta Italia. Quindi è ancora peggio. Sono aumentati gli accessi in Pronto Soccorso e contemporaneamente sono aumentati i costi legati ai farmaci innovativi e alle alte tecnologie. Quindi con risorse inferiori è esplosa tutta quanta la spesa sanitaria che non è legata al costo del personale. Contemporaneamente queste risorse sono andate sul territorio ma sul territorio non c'è standardizzazione. Per cui parte di queste risorse si sono perse in vari rivoli. Ovviamente è un discorso diverso, ma in molte regioni non hanno fatto assistenza a domicilio, non fanno assistenza residenziale e semi-residenziale. Per cui si è creato un collo di bottiglia rispetto al quale il cittadino non ha ga-

ranzie sul territorio. Si rivolge all'ospedale, a cui hanno fatto una buona cura dimagrante, per cui ci sono i Pronto Soccorsi intasati e le liste d'attese lunghe. Poi, viene Rossi (Governatore della Regione Toscana, ndr) e dice che le liste d'attesa sono legate ai medici. È chiaro che questo è fuori dal mondo. Anche questo è un altro aspetto da considerare. Altra cosa: la sanità è una risorsa, è un fattore produttivo e lo sa bene chi fa sanità privata. Un piccolo inciso: c'è il tentativo di fare un contratto nazionale di lavoro per i medici del privato (vedi Humanitas) secondo le regole del pubblico. Ma perché? Come mai loro che sono liberi vogliono sostituire l'AIOP. Perché se saranno accreditati potranno utilizzare la mobilità. E quindi potranno andare eventualmente ad attingere ai medici che lavorano nel pubblico. Quindi il privato si sta organizzando bene. Quello che mi fa paura è che essendo il privato costituito da assicurazioni profit, queste, la prima cosa che fanno è una selezione dei pazienti. Secondo poi fanno una selezione delle patologie da trattare. Mi diceva qualcuno: "Ma noi come privato non vogliamo andare oltre, noi vogliamo raggiungere un certo livello standard ma non vogliamo distruggere il pubblico". Ma perché non vogliono distruggere il pubblico? Perché il pubblico deve fare il Pronto Soccorso, l'emergenza, i costi sociali e tutto il resto. Quindi ci sarà veramente una crescita del privato. Poi si arriverà ad un certo punto dove dirà che queste patologie non gli conviene farle. Chi le potrà fare? Il pubblico, ma con quali risorse? Con le risorse residue del Servizio Sanitario Nazionale che rimarranno a disposizione. Allora, cosa può fare un'organizzazione sindacale? Io credo che il

sindacato, adesso che si andrà incontro alla campagna elettorale, debba fare tre domande precise alla politica. Che welfare vuole avere? Che tipo di sanità vuole avere? Che tipo di assistenza sanitaria, integrativa, sostituiva o complementare immagina? Ma lo deve dire chiaramente perché ci deve essere un impegno politico successivo. Vanno stanati i politici. Cioè gli va detto con chiarezza quello che noi, magari come tecnici, siamo in grado di poter fare e che non riusciamo ad utilizzare. E loro ci devono dare delle risposte precise. Quello che manca ai sindacati, dal mio punto di vista, è un progetto condiviso. Noi siamo medici e siamo troppo autoreferenziali. Abbiamo 5 o 600 società scientifiche, 103 ordini dei medici, 50 sindacati e questo è il nostro grave punto di debolezza. L'esperienza di Fiuggi, poi ripetuta a Rimini e così via, è naufragata perché poi alla fine si fanno degli incontri, anche belli, anche interessanti, si vedono tanti amici, ma non portano a nulla. Occorre mettere in piedi un progetto di come noi vediamo la sanità, non autoreferenziale naturalmente, perché altrimenti perdiamo di credibilità e sottoporlo alla politica. Se io mi confronto con un direttore generale, vado con dei dati e gli dimostro chiaramente quali sono le anomalie, il direttore generale va in crisi. Se io vado lì, faccio solo politica e parlo in generale, mi lamento e basta, non concludo niente. Quindi dobbiamo essere noi più attrezzati. E gli strumenti li abbiamo. Però contestualmente dobbiamo essere preparati a fare una proposta. Altri aspetti che volevo sottolineare. Laddove si dovesse andare verso una sanità integrativa, la prima cosa da chiedere è che l'integrativo sia declinato bene. È inutile che parliamo di inte-

grativo quando poi è tutto sostitutivo. Va fatta una checklist e si dice: fino a questo punto qui interviene lo Stato oltre questo punto qui non interviene. E in questo caso credo che se si passerà a una sanità integrativa vera ci saranno dei vantaggi. Il primo sarà il ritorno dei soldi e, quindi, delle risorse verso il pubblico. Il secondo è che sarà possibile che le strutture si mettano sul mercato a fornire delle prestazioni che andranno al di là dei Lea e che loro non saranno in grado di fare. Il terzo sarà che il medico si potrà mettere in gioco. Oggi le risorse economiche sono zero. Il contratto, non so se lo sapete, prevede questi famosi 85 euro e di questi, gran parte, verranno spostati sulla retribuzione di risultato e sul salario accessorio. Significa che se vanno via 10 medici il salario accessorio verrà tagliato definitivamente. Quindi si fa finta di dare qualcosa. Perché se l'avessi dato sul tabellare poi non potevo dire che andavo a tagliare gli stipendi dei sanitari, se lo dò sull'accessorio lo posso fare senza che nessuno se ne accorga. Renzi parla di: "assicurare un pavimento di diritti sociali a tutti sui quali si innestano i diritti ulteriori costruiti attraverso la contribuzione diretta e collettiva". Poche righe ma veramente significative. Cioè su questo si gioca il futuro perché queste tre righe sono fondamentali. Questo qua è molto più intelligente di quello che sembra e molto più scaltro.

Adotta delle metodologie che solo alcuni addetti ai lavori riescono a percepire e Ivan qualche mese fa quando ha iniziato a vedere determinate cose ha sollevato questo polverone. Altra cosa: siamo in una condizione in cui l'88% dei cittadini paga l'out of the pocket e il restante 12% va pagato dai fondi. Però

l'80% dall'assistenza sanitaria integrativa o complementare è una piccola parte per il momento dell'assicurazione. Le assicurazioni in questo momento ancora non partono. Perché il giorno in cui partiranno le assicurazioni la cosa cambierà completamente. Quindi noi siamo in una profonda fase di metamorfosi rispetto alla quale occorre riflettere. Altra considerazione: che ne facciamo dei *Chronic Care Model* o dei pazienti che sono ormai al termine del loro percorso di vita, oncologici e così via? Questi rientrano anche nell'assistenza e nell'assistenza ci sono poche risorse. Come interverranno in futuro il secondo o terzo pilastro nella cura di questi pazienti? Occorre un progetto ben definito del territorio e occorre superare quella logica dove si dice che il paziente al centro e poi tutto ruota intorno a lui. È bella questa logica ma, concretamente, il paziente io non lo vedo più. Io vedo soltanto degli spostamenti di risorse e dei modelli. Dall'ospedale per l'intensità di cura agli ospedali a padiglione, al territorio costruito in un certo modo, ma ognuno fa quello che vuole. Ventuno sanità diverse ma, all'interno di ogni regione, ci sono x organizzazioni, una diversa dall'altra. Questo è un *vulnus* importante perché la disparità tra nord, centro e sud si accentuerà sempre di più. Abbiamo visto prima i dati dove la spesa pro capite per cittadino nelle regioni meridionali è bassissima. Provate a immaginare quando lo Stato interromperà ulteriormente i flussi economici come si allargherà ancora di più la forbice. Per il momento mi fermo qui.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Grazie Guido. C'è qualche domanda? Prego Angelo.

**Dott. Angelo Di Dio** - Volevo rifarmi a quello che diceva il professor Cavicchi. Sul discorso degli Ordini. Secondo me qualcuno sta già ritenendo che gli Ordini non abbiano più funzionalità. Che non servano più. Mentre dalla sua enunciazione ho capito che dovremmo essere presi in considerazione come medici. Chiedo quale era la responsabilità politica nel cercare di invogliare la società ad avere la perdita di questi Ordini che invece lo Stato considera come tutori della salute pubblica e quindi della salute del cittadino. Secondo me c'è un attacco profondamente critico da parte dei politici nei confronti degli Ordini per cercare anche, eventualmente, di abolirli. Questo è ciò che vedo nei fatti.

**Dott. Semeraro** - Vogliono attività sul territorio. Io sono stato primario di un'unità operativa di geriatria per molti anni. Ogni anno abbiamo fatto, sul territorio di mia competenza Savena e Santo Stefano, più di mille interventi territoriali. Negli ultimi anni riduzione del 70% dei letti di geriatria, quindi abolizione quasi di questa attività sul territorio. E adesso, i nostri dirigenti, vogliono che si aumenti l'attività sul territorio quando loro hanno abolita quella che noi avevano istituito fin dal 1960.

**Dott. Antonio Faggioli** - Cavicchi tu hai messo in evidenza un problema: quale strategia per arrivare a portare questi problemi ai decisori politici e ai sindacati. Io aggiungerei anche il problema dei medici. Guardate che i nostri colleghi medici su questa tematica, a meno che non abbiano letto tutti i tuoi interventi come ho fatto io su *Quotidiano Sanità*, non ne sanno assolutamente niente.

Io ho portato il problema all'interno di due associazioni alle quali appartengo. Una si occupa di ambiente e salute, l'altra di igiene e sanità pubblica. Mi hanno guardato allibiti ma erano in buona fede. Questo loro stupore, questo loro disinteresse derivava fondamentalmente dal fatto che il problema non lo conoscevano, non se l'erano posto. Quindi occorre nelle strategie capire come investiamo nella questione gli operatori sanitari

**Dott. Romagnoli** - Più che una domanda vorrei fare una precisazione. A proposito di una cosa a cui ha accennato solamente verso la fine il dott. Quici. Io credo che prima di parlare di *welfare* e sanità ci sia una situazione prioritaria. Quella del reperimento delle risorse e quindi dalla riforma fiscale generale di cui attualmente si sta parlando. In questi giorni c'è stata la proposta dell'Istituto Bruno Leoni che riforma notevolmente e dà anche delle precisazioni per quanto riguarda l'erogazione dei servizi. Credo che questo sia fondamentale. Forse è una visione molto economicistica la mia, che deriva anche dalle conoscenze fiscali, ma credo che non si possa prescindere da questo.

**Dott. Ivan Cavicchi** - Per quanto riguarda gli Ordini credo che abbiano dei problemi ma mai come in questo momento la professione ha bisogno di essere difesa e rappresentata. Perché mai come in questo momento la questione medica, come mi piace definirla, si sta acuitizzando. Loro sanno che la mia linea non è trasformare la natura ausiliaria dell'Ordine, ma è mettere l'Ordine in condizioni di fare l'Ordine fino in fondo. Perché questa cosa è veramente acuta. Per l'altra domanda mi ritro-



vo con quello che diceva Guido prima. Quando lui pone il problema di quale progetto, io pongo il problema di quale strategia, ma è la stessa cosa. È evidente che dobbiamo organizzarci in una piattaforma politica nella quale sistemare le nostre idee, le nostre convinzioni, le nostre predilezioni e le nostre preferenze a partire da vari interessi. La cosa che diceva Faggioli è importante e interessante perché evidentemente c'è una lacuna informativa. Cioè noi dobbiamo informare di più i nostri rappresentati e lo dimostra il fatto che questa è l'unica riunione sulla questione che stiamo facendo. Nessuno sa effettivamente se esiste o non esiste un cambio di sistema. Per quanto riguarda il tema delle risorse concordo pienamente anche io perché il tema di reperire le risorse è un tema centrale. Nelle mie personali proposte questo tema lo organizzo in vari sotto capitoli. Reperire certo. Criteri per allocarle bene, perché non sono allocate bene. Ridefinire anche i criteri di finanziamento. Ad esempio io avrei delle perplessità a continuare a finanziare indipendentemente dai risultati. Ci sono dei grandi squilibri nel paese. Ci sono delle iniquità nella distribuzione delle risorse notevoli. Però una volta deciso il tema del reperimento delle risorse, scatta quello di come usarle al meglio. Quindi è uno dei capitoli che personalmente scriverei in un mio ideale progetto

**Dott. Giancarlo Pizza** - Per quanto riguarda il problema sollevato da Faggioli, di informare i colleghi, quest'ordine diventerà un martello. E la prossima riunione penso dovremmo chiamare anche i sindacati: Landini, Camusso e altri Sindacalisti. Se lo facciamo noi si sveglieranno tutti perché non possono

più lasciare l'onere solo a Bologna. Ora c'è il *coffee break*.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Interviene adesso il dottor Carlo Palermo che è nella segreteria nazionale dell'ANAAO e ci darà il suo punto di vista personale e dell'associazione su questa problematica.

**Dott. Carlo Palermo** - Grazie per l'invito molto gradito. Soprattutto su un tema che, anche per gli interventi di Ivan su *Quotidiano Sanità*, è diventato un tema certamente da affrontare, da mettere in prospettiva. E devo dire che la mia associazione non è che sull'argomento abbia sviluppato un pensiero compiuto, siamo in corso di discussione. C'è qualcuno anzi che propenderebbe decisamente per un universalismo selettivo. La domanda che ci ha posto Giancarlo è: "Perché no al definanziamento del Sistema Sanitario Nazionale?" Cercherò di dimostrarvi, invece, l'assoluta sostenibilità del sistema. Qualcosa è stato già detto e mostrato dai colleghi che mi hanno preceduto. Punterò a dimostrare l'assoluta sostenibilità del sistema. Perché, in realtà, quando si parla di sostenibilità questa dipende essenzialmente da quanto noi, cioè la politica, vuole fare diventare sostenibile e finanziabile un sistema. Un collega prima ha parlato della situazione fiscale in Italia. Se in Italia non ci fossero 120 miliardi di evasione o, se preferite, circa 60 miliardi di corruzione nella spesa pubblica generale nei vari passaggi verso la spesa periferica, voi capite che potremmo permetterci non un solo Servizio Sanitario Nazionale ma forse ben due. E anche badando alla progressione di finanziamento che dovremo affrontare nei prossimi anni,

basterebbe un recupero del 5% forse di questa enorme massa di denaro. Il dato essenziale è che questo sistema del sottofinanziamento, del definanziamento sta determinando enormi diseguaglianze. Diseguaglianze che non si risolvono con meccanismi di welfare su domanda come diceva Ivan, ma che richiedono che la salute entri in tutte le politiche perché i determinanti sono anche socioeconomici. Questi sono i grafici classici dell'OCSE. Il livello di spesa pubblica privata, che vedete lì 91 e già ridotto, siamo scesi con i dati di ieri riferiti al 2016, all'8 e 9%. Se andiamo a vedere quella che invece è la spesa pro capite (è una spesa normalizzata per potere d'acquisto espressa in dollari) vi è una spesa enorme per quanto riguarda alcuni sistemi dall'impianto assicurativo. Guardate gli Stati Uniti sono a più di 9451 dollari pro capite (è ulteriormente aumentato nell'ultimo rilievo di ieri).

Ma forse è interessante soffermarsi su questo tipo di valutazione. Perché se andate a vedere la spesa sanitaria totale in milioni di euro e andate a confrontare con la popolazione vi rendete conto dell'enorme differenza di finanziamento che c'è in Italia. Se andiamo a vedere il Regno Unito, che ha grosso modo la stessa nostra popolazione, appena 2 milioni di persone, in più spendono 171 miliardi di euro. Noi siamo attualmente a 145 miliardi di euro. Pensate cosa si potrebbe fare con 30 miliardi. Siamo lì la popolazione è quella. Non vi dico di andare a valutare quello che spende la Francia, cioè 231 miliardi di euro. O se preferite la Germania, il doppio esattamente, pur avendo appena un terzo della popolazione in più. Sono queste differenze che andrebbero valutate quando si parla di sostenibili-

tà. Andrebbero valutate anche quando qualcuno parla di sprechi. Le cifre che vengono sparate sugli sprechi in Sanità sono di 25 miliardi. Si tratta di una proiezione che, tra l'altro, è una traslazione di percentuali e non è un'analisi campionaria. Non ha basi scientifiche, sia ben chiaro. Ma allora che razza di sprechi ci sono lì? Anche perché sprechi ci saranno, nessuno lo mette in dubbio e vanno recuperati. Non sono a quel livello. Ma soprattutto non si può andare di fronte a un ministro o ad una commissione Sanità della Camera e sparare determinate cifre che non hanno nessuna base scientifica. Perché la prima questione che si induce in chi dovrà decidere il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale è: "Se ci sono sprechi perché devo aumentare un finanziamento quando ne posso recuperare 25?". L'incremento è stato assolutamente ridicolo in questi anni. L'ha già detto Rossi. Vi faccio vedere l'ultima relazione uscita una settimana fa della Corte dei Conti. Ci sono buchi, sprechi. Ora il giudizio sul rendiconto generale dello Stato del 2016.

Il servizio sanitario nazionale è in attivo, non presenta passività. Sarà anche con l'addizionale IRPEF, tutto quello che vi pare, ma lì il disavanzo non c'è. Ci sono 312 milioni che sono avanzati, tra ricavi e costi, riferito a tutte le regioni d'Italia. Poi è un avanzo che interessa soprattutto le regioni e province con regime autonomo. Però è bene anche sfatare quest'altra falsa notizia di un sistema che crea debiti, che crea passività. È il sistema pubblico più controllato che esista oggi in Italia. Si poteva già rilevare dai dati presentati da Rossi sul rapporto OASI. È un sistema che però è bloccato dal punto di vista del finanziamento. Anzi in due periodi, quello tra

il 2012 e il 2013 e quello fra il 2014 e il 2015, in cui addirittura si è ridotto il finanziamento. In prospettiva non siamo messi bene. Questo è il DEF 2017. La spesa sanitaria, in percentuale del PIL, è destinata nel 2019-2020 a superare quella soglia che l'OMS indica di pericolo per quanto riguarda la possibilità di erogare tutti i livelli assistenziali. C'è, come abbiamo, visto l'avanzata del privato. La spesa privata è da 34 miliardi. Mi interessava soffermarmi su questo perché dà la misura di come viene articolata la spesa privata per fare poi il discorso sui fondi sanitari integrativi. L'*out of pocket* è costituito da un vero *out of pocket*, che è l'87,2%, e dal 12% che è intermediato. L'intermediazione è fatta per l'80% (circa 4 miliardi) su fondi sanitari integrativi, che sono in incremento per le politiche di defiscalizzazione che ha messo in campo il governo, e per un 20% su polizze assicurative. Su che cosa va questa spesa privata? Il 51% è per medicinali, prodotti farmaceutici, eccetera. Lo 0,8% è per i servizi ospedalieri, il 47% per servizi ambulatoriali. È qui che bisogna lavorare per recuperare risorse, per dare appropriatezza. I fondi sanitari integrativi possono, in qualche modo, aiutare su questi aspetti. Però su alcuni punti essenziali bisogna mettersi d'accordo. Perché, come ha detto Ivan ed è bene ribadirlo, qui si tratta di fondi pubblici. E si tratta di una defiscalizzazione che arriva a 3600 euro pro capite. Defiscalizzata totalmente se trasferita su welfare aziendale. Sono soldi pubblici che entrano in competizione con il canale pubblico, che entrano in competizione con la riduzione dei posti letto. Dobbiamo accettarlo o bisogna evitarlo? Per quanto riguarda il personale vedremo quali sono gli effetti del blocco della crescita. Però alcu-

ne cose potremmo farle per affiancare al Servizio Sanitario Nazionale questa spesa che è consistente. L'odontoiatria è una delle quote più alte della spesa *out of pocket*. Prestazioni nelle strutture residenziali? Assistenza infermieristica domiciliare? *Long term care*? Io direi anche *ticket*. Ma anche libera professione. Perché *ticket* e libera professione sono elementi che in qualche modo potrebbero favorire il ritorno delle fasce economicamente alte della popolazione che attualmente sono fuori. Perché il *ticket* alto, l'applicazione dell'ISEE rende più conveniente l'accesso sul privato. Con una riduzione della appropriatezza e della qualità delle prestazioni. Che nel sistema sanitario pubblico è garantito dai professionisti che rispettano determinate regole di contenuti professionali e di qualità delle prestazioni. È una discussione aperta. Certamente non possiamo accettare che i fondi sanitari integrativi vadano a coprire quelli che sono i LEA. Che siano sostitutivi, pertanto, rispetto alle prestazioni. Perché il meccanismo è inevitabile. Già si vede in alcune regioni e il Lazio è una di queste. Il rischio di lungo periodo è che si vada verso una Sanità povera per i poveri e una Sanità ricca per i ricchi. E vale anche per i medici. Perché è fuori dubbio che in un sistema, ricco economicamente dall'altro lato, le professionalità migliori vadano là. Come già succede ora in Lombardia, a Milano. Io conosco fior fiore di professionisti che a un certo punto sono andati dall'altro lato. Il problema è che cambiano i contenuti professionali del sistema entro cui noi lavoriamo. Questo bisogna tenerlo ben in mente: aperta una paratia si va giù a cascata e sarà impossibile frenare un meccanismo di questo genere. Le conseguenze. Andiamo a toccarle con

mano. Riduzione dei posti letto: siamo a 70000 posti letto in meno. Poi qualcuno si domanda perché il Pronto Soccorso non riesce a smaltire i ricoveri. Ma questo non succede a causa di quelli che vanno lì ed hanno un codice di bassa priorità. Il Pronto Soccorso è intasato perché ci sono centinaia di malati che devono attendere giorni per essere ricoverati. Stiamo parlando di codici a priorità alta.

Settantamila in meno. Vogliamo confrontarci con l'Europa? E la situazione, sono andata a controllarla ieri, non è cambiata anzi è peggiorata. L'Italia è lì in fondo, sotto il Portogallo. Abbiamo uno dei più bassi indici di posti letto per acuti d'Europa. Non ho capito se siamo cretini noi oppure è cretina la Germania che ha tassi dell'otto per mille, l'Austria del sette per mille, la Francia del 6 per mille e la Svizzera del cinque per mille. Ditemi voi dove sta il problema. Certo che, con questi tassi di posti letto, è difficile gestire. Nessuno poi si scandalizzi se, durante il picco epidemiologico o durante le calure estive, non c'è posto per i ricoveri. E le conseguenze sui medici? Questo è il dato del conto annuale dello stato, quindi dati ufficiali. In alto avete i medici del Sistema Sanitario Nazionale, che comprendono anche gli odontoiatri e i veterinari, da 18000 siamo scesi a 10000. Sotto abbiamo la categoria dei medici dove da 112000 siamo passati a 105000. È indifferente sulla qualità delle prestazioni? Sulla loro numerosità? Cioè, è la libera professione che determina il prolungamento delle liste d'attesa come dice il mio presidente di regione? O sono il defianziamento, la mancanza di personale, il mancato rinnovo tecnologico, eccetera, che hanno un'influenza non trascurabile? E il calo delle

strutture è eclatante. Qui è mostrata la differenza tra il 2014 e il 2015. Ma, se partiamo dalla fase iniziale della crisi, voi avete meno 22% di strutture complesse. A me piace citare una frase di Ivan a proposito di strutture complesse che dice: "Non sono catene di montaggio sono strutture complesse appunto. Difficili da gestire. Dove, dentro, c'è etica, professionalità, confronto tra le varie professionalità. Ci sono contenuti economici che devono raggiungere un certo equilibrio." È difficile gestire le strutture ospedaliere senza avere una base adeguata di strutture complesse. Eppure stiamo andando nella destrutturazione dell'organizzazione storica della professione medica. Non metto in dubbio che forse qualche revisione andasse fatta, però siamo a un livello di pericolosità per quanto riguarda la sostenibilità del sistema. Vi faccio notare, in fondo, un altro aspetto che è quello dell'età media. Permettetemi una piccola digressione sull'invecchiamento della popolazione dei medici ospedalieri. È un dato nostro, fatto insieme ad ANAAO GIOVANI. Come potete vedere, nella fascia d'età dai 50 anni in poi, siamo praticamente a oltre il 60% o, se preferite, siamo al 28% tra 55 e 59 anni e al 19% da 60 a 64 anni. Tra poco avremo medici che a 70 anni continueranno a fare le guardie. Il Santo Padre ieri ha detto che è una società stolta e miope quella che costringe gli anziani a lavorare troppo a lungo e obbliga un'intera generazione di giovani a non lavorare, quando dovrebbero farlo per loro e per tutti. Perché i giovani, le nuove generazioni, in ospedale sono fondamentali per la trasmissione delle culture, per la trasmissione delle capacità tecniche. Non c'è futuro in termini di crescita professionale se questa osmosi noi non

la abbiamo all'interno delle strutture complesse, all'interno delle strutture ospedaliere. Ed è un'osmosi che ci è impedita attualmente da quel calo delle dotazioni. Ma quel calo lì non è sostituito da giovani che entrano in ospedale perché c'è il blocco del *turn-over*. C'è il rispetto dei limiti. Soprattutto questo succede nelle regioni del meridione e creerà certamente problemi di qualità nelle prestazioni. Ancora ci difendiamo perché se andiamo a vedere quali sono i risultati, gli *outcome* clinici, nella nostra Italia, al di là dei giudizi dei consumatori, gli *outcome* sono di assoluta eccellenza. Se andiamo a vedere i tassi di mortalità prevenibile l'Italia ha il tasso più basso. Non commettiamo errori grossolani nei nostri tragitti diagnostico-terapeutici. Dell'età media non parlo perché l'aspettativa di vita è la più alta tra le nazioni europee. Poi se proprio dovete farvi venire un infarto non andate in Olanda. Venite in Italia perché il tasso di mortalità, a trenta giorni, per l'infarto miocardico acuto è tra i più bassi. In Olanda è peggio. Per l'infarto l'Italia ha sempre dei tassi molto più bassi rispetto a tutta una serie di Paesi che spendono molto di più rispetto a noi. Ma anche come efficienza generale della spesa su un numero di ospedalizzazione evitabili per asma, BPCO e diabete, se andate in Olanda rischiate di essere ricoverati. L'Italia ha il tasso più basso. Per cui esiti buoni. Sono tutti dati OCSE, dell'ottobre del 2016. E anche come efficienza, per ritornare al concetto di sostenibilità, è lì in fondo l'Italia. Questi sono i dati. Non è sostenibile? Vi sono alcuni aspetti, degli scricchiolii, le disuguaglianze che vanno tenuti presenti. Questa è la dimensione della speranza di vita nel 2015. È stato il primo anno in cui c'è

stata un'inversione. Di qualcosa è risalita. Ma se consideriamo il dato della speranza di vita delle donne campane (82,9) e lo confrontiamo con quello di Trento (85,9), vediamo che ci sono 3 anni di differenza. Qualcuno si è divertito a calcolare la distanza in termini di guadagni o riduzione dei giorni di vita. Ci sono 671 km tra Napoli e Trento. Praticamente ogni chilometro rappresenta un giorno e mezzo di vita. Non è con un *welfare* su domanda che si possono risolvere questo tipo di problematiche. Ci vuole un adeguato finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e un intervento generale su tutte le politiche. Ci vogliono adeguati interventi economici, case salubri, adeguata alimentazione, adeguati stili di vita e tutto quello che volete. Ci vuole un diritto di cittadinanza per tutelare la salute. È un sistema che, dal punto di vista della resa, è assolutamente tra i più economici. Questi sono i dati ISTAT, non Censis. Per quanto riguarda le persone che negli ultimi 12 mesi hanno rinunciato a prestazioni sanitarie, anche qui possiamo vedere i gradienti. Perché è questo che è interessante vedere, cioè le disuguaglianze dovute ad altri elementi. I gradienti dovuti alla zona geografica e alle risorse economiche del soggetto sono più che evidenti. Ed è interessante vedere anche quest'altra che cala i dati ISTAT nelle singole regioni e nelle singole zone. Guardate cosa succede in regioni avanzate come l'Emilia Romagna, la Toscana e il Veneto. Vi sono zone in cui i problemi incominciano ad evidenziarsi. Qui c'è il confronto con il resto d'Europa. L'Italia ha, soprattutto per le classi economiche svantaggiate, un'alta incidenza di rinuncia alle cure. Così come il rischio di morte per tutta questa serie di malattie



è ben più alto nelle persone meno istruite rispetto a coloro che sono istruiti e che più facilmente accedono a percorsi di cure adeguati. Sia per l'ictus che per l'infarto miocardico la differenziazione tra nord e sud è impressionante. Consideriamo la qualità dell'intervento nello specifico. Ad esempio l'intervento sulla frattura del femore entro due giorni. Il meridione ha tassi più bassi (arriva al 30-40%) rispetto al nord. Arrivare a interventi entro due giorni significa avere una mortalità inferiore ed una ripresa più facile. Se spostiamo invece la nostra visione sul parto cesareo troviamo che la situazione è inversa, con il meridione che (in particolare Campania, Molise, Puglia e anche Lazio) ha proporzioni di taglio cesareo primario molto elevate. Allora le conclusioni. Perché Giancarlo ci chiedeva qualcosa di concreto. Il sistema quindi è sostenibilissimo. Il problema è quello delle diseguaglianze. E la risposta delle mutue non è una risposta alle diseguaglianze. Perché è una risposta di categoria. È egoistica. E le categorie possono avere pesi diversi, capacità diverse di dare il paniere e sono ulteriore elemento di diseguaglianza del sistema. Mentre il diritto alla salute va preservato attraverso un adeguato finanziamento dei livelli essenziali di assistenza la cui fruibilità deve essere realmente e omogeneamente garantita su tutto il territorio nazionale nel rispetto dei principi di equità e solidarietà. Il presidente Mattarella diceva che il compito dello Stato è quello di garantire a tutti gli ammalati livelli di cura appropriati ed efficaci. Ci vuole una riforma del Titolo V. Una riforma articolata. Se questo sistema regionalizzato ha determinato queste disparità enormi sul diritto di cittadinanza, forse bisogna cominciare a pen-

sare a una riforma che in qualche modo debba prevedere da un lato una centralizzazione, pensate ai conflitti sul livello legislativo, ma da quell'altro lato anche un decentramento del controllo. Perché in questo panorama attuale i comuni sono fuori da qualsiasi tipo di possibilità di serio intervento. Poi dobbiamo guardare all'interno di noi stessi cosa dobbiamo cambiare come prassi. Con alcuni riferimenti generali. Pieno riconoscimento di una sfera decisionale fondata sull'autonomia tecnico-professionale, attraverso anche organismi di governo clinico, che andrebbero forse ripresi, di *management* diffuso. Competenze e conoscenze dei professionisti al centro di organizzazioni votate non al contenimento dei costi ma a risultati di salute. Appropriatezza nei percorsi diagnostico-terapeutici come scelta culturale autonoma, interna alla professione e autogovernata, non certo imposta per decreto. Perché una politica di efficienza e ottimizzazione dei costi, che non voglia ridurre la qualità del sistema, richiede l'applicazione di conoscenze e valori di diretta derivazione clinica, come ho cercato di dimostrare. Il mio segretario ama dire che per avere un ruolo politico bisogna avere prima un ruolo sociale. Il nostro ruolo sociale è quello di essere difensori del diritto d'accesso alle cure di tutti i cittadini, promotori della lotta alle diseguaglianze, difendendo nel contempo la nostra autonomia nel curare, perché questa è la nostra specialità, e assumendoci la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, la casa in cui noi viviamo. Grazie.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Grazie Carlo. Abbiamo sentito l'opinione del più importante sindacato ospedaliero na-

zionale l'ANAAO, adesso sentiremo l'opinione dell'Ordine dei Medici più importante, numericamente, di Italia. Grazie Giuseppe, a te la parola.

**Dott. Giuseppe Lavra** - Grazie a te Giancarlo. Ti ringrazio anche per il piacere che mi dai con questo invito che mi consente di trascorrere un altro sabato a Bologna, piacevolmente per me, attraverso le tue iniziative che considero centrali e quasi illuminanti per un intero Paese. Oggi hai anche il merito di aver individuato una sorta di titolo folgorante per questo incontro. Perché non riesco ad immaginare cosa ci sia di più folgorante. Mi permetto di fare un ringraziamento anche a Carlo. Perché quando hai citato il Lazio lo hai fatto con la sensibilità che ti caratterizza. Non mi offendeva in alcun modo perché, nonostante io sia un prodotto del Lazio, vedo con piacere il fatto di denunciare gli aspetti di questa regione che è effettivamente canaglia nello scenario nazionale. E dove evidentemente si sono concentrate tutte le malefatte di questo sistema che qualche problema a monte ce l'ha. Tornando al tema, io mi sono attenuto in maniera un po' esageratamente rigorosa ai compiti che ci hai dato. Intanto ti dico che mi riservo di confermare o di non confermare quel no che tu dici. È già un no e lo confermo, ma preferisco addentrarmi in una dinamica di analisi per capire che cosa sta succedendo. Perché mi sono avvalso di un lavoro che Anche io ero stato folgorato, molti mesi fa, da questa materia e mi ossessionava anche il parlare insistentemente di questa privatizzazione strisciante del Servizio Sanitario Nazionale. E in quel fastidioso non ho fatto altro che "catturare" uno studioso di queste cose

e commissionare uno studio e un'indagine, che oggi l'Ordine dei Medici di Roma ha, proprio su questa materia della previdenza integrativa in sanità, ovviamente di tipo privato. Quindi vi comunico che ho già i risultati di questo studio, che è un opuscolo di un centinaio di pagine dove ci sono dei dati che io reputo molto interessanti. Ecco perché sospendevo la risposta no a questa cosa. Anzi un no che vedo che, anche nelle nostre interpretazioni, sta quasi diventando un sì. E preferirei che facessimo un passo indietro e valutassimo che cosa sta succedendo. Che è quello che cercherò di esprimere avvalendomi anche di questo lavoro che, non solo ho commissionato, ma ho favorito in modo che ci fosse questo approfondimento. Perché l'ho favorito? Perché con questo studioso mi sono incontrato più volte e gli ho spiegato qual era la mia curiosità su questa vicenda. E già vi posso dire che questa storia, di fatto nasce nell'ultimo decennio. In qualche modo lo accennava prima anche il buon Ivan. È solo nell'ultimo decennio che questa questione della previdenza integrativa in Sanità sta assumendo un'impennata molto netta e molto forte. Quando parliamo dell'ultimo decennio è chiaro che stiamo andando a ritroso perché andiamo verso l'origine di questa cosiddetta seconda Repubblica. Ma andando ancora più a ritroso ci rendiamo conto che tutto questo coincide anche con il percorso, per molti versi non fortunato, dell'aziendalizzazione. Ma aggiungerei anche che, probabilmente, l'errore originale è stato commesso quando il Servizio Sanitario Nazionale, che in qualche modo ricalcava il servizio sanitario inglese, lo abbiamo fatto diventare i servizi sanitari regionali ita-

liani. Quindi noi abbiamo istituito il Servizio Sanitario Nazionale, in maniera solo formale, ma, nella sostanza, abbiamo delegato alle regioni di gestire i 21 servizi sanitari regionali. Va anche sottolineato che quello che sta emergendo è, di fatto, un *welfare* sanitario di tipo privato. Stiamo parlando di un secondo pilastro, accanto a quello pubblico, che sta dando luogo, di fatto, a un sistema duale. Quando Ivan dice che 19 milioni di italiani sono già inseriti in questo sistema, non è che noi abbiamo un miliardo di abitanti ne abbiamo 60 milioni. Se già un terzo è sotto questo sistema altroché se il sistema è duale. Altro che quello che in qualche modo da un punto di vista delle basi del nostro sistema sanitario abbiamo costruito nel '78 sulla fiscalità generale e sull'universalismo. Qui stiamo in una realtà che negli ultimi dieci anni ha preso una china che credo che se non la denunciavamo, non la rappresentiamo, non la comprendiamo e non prendiamo le opportune misure, tra dieci anni non so in che termini ci troveremo qui a parlarne. Nella loro tecnicità queste realtà che caratterizzano il *welfare* sanitario privato si costituiscono, anche storicamente, attraverso i fondi sanitari, le casse mutue, le società di mutuo soccorso ma anche delle assicurazioni commerciali. Le prime tre, di fatto, hanno una lunga storia normativa di tipo specifico che si rifaceva a dei principi ad un *modus operandi*. Ora questo nuovo sistema, di fatto, sta mettendosi sotto un ombrello, sempre nella dualità del sistema, di un *welfare* privato che comincia a scansare o comunque a condizionare in maniera importante il *welfare* che noi ci eravamo dati quando, in piena Prima Repubblica, avevamo immaginato questo sistema. Abbiamo fatto ben tre ri-

forme sanitarie, l'ultima l'abbiamo fatta nel '99, poi ci siamo ritrovati in questo sistema. Allora, io credo che non abbia tutti i torti Ivan quando dice che andiamo in una direzione di tipo riformativo. Lui ha già dato il suo contributo, ci ha detto qual è la sua via riformativa. La possiamo discutere ma senz'altro non possiamo immaginare che questa situazione noi la possiamo continuare a subire con una passività che a me sembra che, purtroppo, ci sia. Anche perché questo sistema del *welfare*, che in un qualche modo include quelle situazioni a cui accennavo prima, sta diventando un *welfare* aziendale. Ecco perché si è arrivati a questi 19 milioni di cittadini che in qualche modo aderiscono. Ma molti lo fanno anche per una salvaguardia di tipo personale. Perché effettivamente l'offerta che noi diamo come servizi sanitari erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, per le ragioni che ha esposto anche Carlo prima, stanno diventando sempre più deludenti e sempre più preoccupanti per i cittadini stessi. L'altro giorno abbiamo licenziato dall'ordine dei medici di Roma una proposta indicativa su come recuperare il degrado del Pronto Soccorso Dea della capitale che è diventato una vergogna pubblica. Voi vedete che, qualche giorno sì e qualche altro no, noi siamo sui giornali. Ma non è che siamo sui giornali alternativamente nelle settimane o nei giorni perché nell'intervallo non accade nulla. È perché, quando accadono queste cose, capita che siano più o meno presenti o assenti gli organi di informazione. Ma le cose accadono tutti i giorni è questo è un altro fenomeno preoccupante. Noi viviamo su una piattaforma sanitaria che è dettata dai tempi della comunicazione che, lo sappiamo tutti, non è affatto libera. Quan-

do il livello supera determinate cose non possono fare a meno e le notizie le danno, ma quando possono farne a meno le notizie non si danno. E quindi il popolo bue continua a mantenere la sua dimensione. Questo sistema di *welfare* aziendale, di fatto, include una varietà di attori importanti. I sindacati, le associazioni e le organizzazioni datoriali sono coinvolte in questo welfare aziendale, ma anche i lavoratori autonomi ne sono coinvolti. Quindi è un sistema che è entrato in pieno nel tessuto della società. E, mi chiedo, sono tutti preparati questi soggetti che ho elencato e che sono in gran parte coinvolti in questo sistema? Io non lo so se siamo tutti preparati, anzi, qualche riserva in merito ce l'ho. Questo sistema di *welfare* privato sta innescando una rete complessa di interrelazioni operative che includono: la comunicazione, e ne ho appena accennato, forse in maniera non esageratamente elegante, ma credo di essere stato compreso, la promozione, perché tutto questo ha bisogno anche di promozione, ma anche la gestione. Il rapporto con gli operatori sanitari, che innesca queste interrelazioni operative come sarà? Io oggi ricevo delle comunicazioni riservate, quasi a mo' di confessionale, di quello che sta accadendo nella città di Roma e dintorni, di cui non posso parlare pubblicamente, ma il degrado è un degrado che sta avanzando a velocità veramente preoccupante. Ripeto, io vengo a conoscenza di episodi di cui non posso parlare pubblicamente, ma vi assicuro che sono di una gravità estrema. Cose che nella mia lunga ormai vita professionale non mi era mai capitato di udire; anche perché sono correlate ad iniziative che assumono determinate altre professioni, in determinati contesti opera-

tivi, che creano determinate situazioni purtroppo inenarrabili. Perché implicherebbero questioni di carattere giuridico veramente importanti e riflessi. Per cui mi fermo qui. Oltretutto questa complessa interrelazione di carattere operativo, coinvolge gli ospedali, le case di cura, i laboratori, e soprattutto la professione medica. Qui si è parlato di Ordini. Gli Ordini hanno una grossa responsabilità soprattutto se non intervengono per i compiti e per le competenze che hanno su tutti questi fenomeni. Se si guarda a quello che accade a Bologna e, mi permetto anche di dire, anche quello che accade a Roma, io credo che i colleghi non siano più legittimati a dire: "ma l'Ordine a che serve?". Se l'Ordine dei Medici, assolve alle sue competenze e svolge i suoi compiti in maniera coerente, talvolta anche coraggiosa, io credo che noi rappresentiamo un punto di riferimento nel quale non è più possibile chiedersi l'Ordine a che serve. Piuttosto serve, e mi pare l'abbia detto molto bene qualcuno prima di me, che i colleghi escano fuori dalla torre d'avorio nella quale molti si ficcano, e si guardino intorno e si informino di quello che sta accadendo. Perché i colleghi, purtroppo, quando io gli chiedo: "Voi conoscete 566? Voi avete mai letto il codice deontologico?", rimangono sempre in silenzio. Quindi i colleghi debbono aprire gli occhi, debbono guardarsi intorno e debbono contestualizzarsi. Perché tutto quello che sta accadendo accade anche per questa ragione. Questo sistema, e parlo sempre del *welfare* privato, di fatto è una innovazione di questi anni, che sta prendendo una impennata. Di fatto, sta realizzando una copertura economica dei servizi sanitari con una propensione a un incremento notevole della sua

dimensione. Ed è talmente elevato per cui, ormai, c'è da preoccuparsi. Ma direi anche da allarmarsi per quale tipo di riflesso e condizionamento possa avere rispetto al Servizio Sanitario Nazionale che, peraltro, oggettivamente versa in una condizione di grave difficoltà. Questa situazione pone alcune domande e, in qualche modo, attraverso lo studio di quell'indagine di cui vi ho parlato dall'inizio, ci stiamo attrezzando per dare delle risposte. Allora la prima domanda è: come si pone questo settore in un quadro di tipo comparativo con il Servizio Sanitario Nazionale? Ed era quello che vi accennavo poco fa. Cosa offre in termini di coperture assistenziali concrete? È realmente integrativo o pretende subdolamente di diventare addirittura sostitutivo, tale da realizzare le situazioni che già sono state paventate? Come opera, e secondo quali vincoli? In questo momento a me pare che si stia muovendo in un terreno facilitato da questo degrado del Servizio Sanitario Nazionale, che non dipende certo dai medici. Anzi, se è vero come è vero, ciò che Carlo ci ha mostrato prima, che l'infarto miocardico acuto lo curiamo molto meglio di altre nazioni, che hanno ben altre risorse, vuol dire che abbiamo la fortuna di avere dei professionisti di cui possiamo essere orgogliosi. Perché solo con questi professionisti questi risultati si possono ottenere. E chissà quanti altri meriti abbiamo, nonostante tutte le difficoltà che incontriamo, ma non sono studiati come mediamente è studiato il sistema delle cure in acuto delle patologie cardiovascolari. E poi c'è ancora da chiedersi: qual è il limite delle risorse che può mobilitare questo settore? C'è un limite o no? Ricordo che nel settore della sanità c'è una questione importante.

Esistono due obiettivi o la qualità o il profitto. Tutti e due insieme è difficile metterli d'accordo. Quantomeno, laddove cooperano, i due sistemi devono essere ben controllati e ben vigilati. Noi che abbiamo avuto la fortuna, peraltro avendolo fatto in altri tempi, di lavorare e di dare il nostro contributo professionale nel settore pubblico, non ci rendiamo conto che abbiamo avuto il privilegio di avere un unico obiettivo: quello della qualità del servizio che erogavamo. E siamo sempre stati liberi dai condizionamenti di quell'altro obiettivo di cui vi parlavo. E questo è stato un privilegio. Io l'ho sempre vissuto come un privilegio. E sono anche fortunato di essere arrivato alla mia età, e di aver potuto, da sempre, ubbidire solo a un padrone. Il padrone mio era il paziente e io ho sempre perseguito la qualità delle cure per il paziente. Ma se io fossi vissuto, in questi quasi quarant'anni di vita professionale, sotto quell'altro padrone, non so se oggi potrei raccontarvi di essere così fortunato e in qualche modo anche privilegiato, per lo scenario che si sta profilando. Tutti questi aspetti vanno valutati bene in un profilo di analisi rispetto alle ricadute di questo settore in ordine agli aspetti sociali, economici, sanitari. Su questo dobbiamo anche affidarci a degli analisti, a della gente che ci capisce. Ed è quello che abbiamo fatto noi a Roma. E con quella indagine e quello studio io vi posso dire che esiste, di fatto, una letteratura che è povera rispetto queste analisi. C'è una letteratura disponibile su questi argomenti estremamente povera. Questi che hanno fatto lo studio e l'indagine mi hanno già riferito che sono uscite delle novità di estremo interesse su questa materia. Soprattutto, hanno potuto comparare questo studio



con ciò che esiste nei dati che circolano e nella letteratura, che non sono affatto brillanti rispetto a quello che sta realmente accadendo. Questi dati, che noi porteremo alla conoscenza ufficiale nella comunicazione, saranno illustrati in una giornata convegnistica che realizzeremo nella prima decade di settembre all'Ordine di Roma. In quell'ambito ci saranno, oltre ai due studiosi che hanno realizzato lo studio e l'indagine, quattro studiosi, molto qualificati, che racconteranno e analizzeranno tutti gli aspetti in maniera competente. Perché noi dobbiamo affidarci ai competenti. È chiaro che questo accadrà in una ribalta che io spero sarà sufficientemente risonante, in modo tale che riusciremo a dare il contributo di cui c'è bisogno su questa materia.

Quando si parla di assistenza integrativa, nell'ambito di quello che sta accadendo, mi hanno già accennato che, per esempio, c'è un dato curioso e paradossale. I cittadini che sono coperti da questa assistenza integrativa, di fatto, consumano più servizi presso il Servizio Sanitario Nazionale di quanto non ne consumino i cittadini che non godono di questa assistenza integrativa. Ovviamente, ed è già stato detto molto chiaramente, l'assistenza integrativa, poco sotto i 4.000 euro è completamente finanziata dalla deducibilità fiscale. Quindi questo deve innescare una riflessione in ordine all'equità, alla correttezza e all'equilibrio di questo sistema che sta progressivamente crescendo in maniera incontrollata. E soprattutto potrebbero essere incontrollabili gli effetti ove questo sistema non fosse sufficientemente controllato e governato in maniera opportuna. Perché potrebbe far realizzare dei disa-

stri. Mi avvio alla conclusione. Mi piace sempre ascoltare l'amico Gianfranco Iadecola quando ricorda il bene salute e parte, nell'ordinamento, sempre dalla Costituzione. E fa tutte le sue illustrazioni quasi didascaliche ma direi anche così illuminanti. Oltretutto ho visto anche che si addentra in maniera molto competente anche sulle linee guida. Noi dobbiamo ringraziare che abbiamo dei giuristi così illuminati che ci aiutano a comprendere in che contesto ordinamentale ormai siamo calati. E ci aiuta anche a prendere coscienza del fatto che noi dobbiamo muoverci, appunto, risvegliando le nostre coscienze. Perché se tutto questo è accaduto, se si è messo addirittura "in discussione" il bene salute, vuol dire che qualcosa di non positivo è accaduto in questo percorso che ci ha portato a questa situazione. Così come fa bene Ivan a dire che il Jobs act, di fatto, ha voluto scrivere che bisogna finanziare ancora di meno il Servizio Sanitario Nazionale di un Paese che ha il sottofinanziamento record di tutti i paesi comparabili dell'OCSE. E questo è un qualcosa di imperdonabile. Ma come si fa a stabilire tutte queste cose senza coinvolgere gli interlocutori e gli interessati? Probabilmente questo è accaduto, caro Ivan, perché sono mancati gli anticorpi. Perché se ci fossero stati gli anticorpi io credo che questo non sarebbe accaduto.

E allora, Ivan, sta diventando un *welfare on demand*. Benissimo, stiamo andando verso gli Stati Uniti. Ma non ci siamo accorti che gli Stati Uniti sono due presidenze che cercano di sottrarsi da questo. Non ce ne siamo accorti? Noi andiamo in quella direzione. È un burrone? Non importa. Ma accorgiamocene. E poi un ultimo flash. Io ho sentito personalmente autorevolissimi

membri di questo governo in carica che hanno già raccontato pubblicamente che stanno attingendo dalle nostre casse, dalle nostre fondazioni e hanno già fatto l'accordo con l'ENPAM, tanto per essere chiari, ma anche con l'ENPAF. Hanno già fatto l'accordo per attingere fondi da queste casse che sono private ma che pubblicamente le considerano di evidenza pubblica, e le stanno già usando per finanziare tutto il sistema integrativo. Le stanno usando i nostri governanti in atto. Potrei farvi anche i nomi perché li ho sentiti non più di 15 giorni fa a Roma in sede convegnistica. E allora sì, la risposta, l'abbiamo detto prima, è di tipo riformatore. Tu mi stai dando una grande impostazione personale e un grande contributo generoso sul piano personale, Ivan. E lo stai dando anche onorandomi di far parte della commissione di esperti che abbiamo istituito a Roma alcuni mesi fa, e ci stai dando un grande contributo. Io penso, però, che ci sia un'opportunità importante che noi dobbiamo cogliere. Se di fronte a queste preoccupazioni, noi non ci rendiamo conto che è arrivato il tempo di costringere a migliorare la classe dirigente, che porta la maggiore responsabilità di queste cose che noi qui stiamo stigmatizzando, oppure se non ci rendiamo conto che è tempo di aiutare il nostro mondo di rappresentanza a liberarsi dalla sottomissione a quella classe o, peggio ancora, dalla connivenza con quella classe, io credo che noi parliamo e abbaiano alla luna. Invece noi dobbiamo perseguire queste due cose e con questo ho concluso e vi ringrazio per l'attenzione.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Grazie Giuseppe, adesso avrete un coordinatore che organizza la discussione. Vedrete che

la discussione ci sarà perché adesso mi alzo, prendo il microfono e mi porto in mezzo a voi. Nome e cognome, domande brevi.

**Dott.sa Elisabetta Simoncini** - Sono presidente regionale dello SNAMI e sono un medico di medicina generale di Bologna. Più che domande i miei sono alcuni pensieri che volevo condividere. Intanto prendo spunto da quello che ha detto il dott. Lavra. Mi è piaciuta moltissimo l'iniziativa, che hanno avuto, sullo studio della medicina privata. È bellissimo il lavoro che stanno facendo, perché riguarda ciò di cui noi ci accorgiamo adesso, qui a Bologna. Per esempio, è uscito un decreto per l'abbattimento delle liste di attesa che qui a Bologna erano lunghissime, come nel resto d'Italia. È maggiore il contributo del privato convenzionato, e quello a cui noi stiamo assistendo è un netto decadimento della qualità delle prestazioni. Intanto c'è anche un ricorso, sempre da medicina difensiva, da parte del privato e, comunque, effettivamente alcuni centri utilizzano macchinari obsoleti oppure hanno ottimi macchinari, però non vengono poi refertati da persone qualificate. Questa era una considerazione. Magari, come Ordine di Bologna fare un lavoro anche simile sarebbe molto utile, anche in ambito regionale. Sul discorso del precariato: qui si sta cercando di favorire un precariato non qualificato, cioè qui ci troveremo davanti a un problema grosso di occupazione medica. Ormai è risaputo in tutti i livelli specialistica, medicina generale, ecc. E la qualificazione è il corso di medicina generale che deve essere organizzato. I posti sono pochi rispetto quello che sarà veramente il fabbisogno di medici di medicina ge-

nerale e di continuità assistenziale e anche di specialistica. Quindi qui non si allocano risorse. Il futuro è quello di trovarsi veramente in grave crisi di occupazione. Per esempio qui in Regione sono predisposti 99 posti per la medicina generale che, più o meno, saranno quelli che serviranno solo per Bologna e provincia nei prossimi anni. Perché la generazione mia, che è quella attuale dei medici di medicina generale, è destinata ad andare in pensione a breve. I dati ormai sono certi, e non è che possiamo più stare a discutere su questa cosa. Per quanto riguarda il polso della situazione qui a Bologna, effettivamente, i pazienti si sono rivolti di più alle assicurazioni private. Però le assicurazioni private, vedo nell'ambito dei miei pazienti, accettano contratti da persone prevalentemente giovani, in salute, ai quali dedicano molta assistenza. Però rimane fuori tutto il cronico. E poi effettivamente ci vogliono delle risorse per poter aderire a queste assicurazioni. Io, per esempio, personalmente ho fatto una botta di conti su una assicurazione che potrei fare per me e la mia famiglia. Alla fine mi conviene pagare privatamente tutti gli accertamenti e tutte le cose eventualmente di cui ho necessità, perché non mi conviene ancora. Quindi non sono ancora organizzati adeguatamente per l'assistenza.

**Dott. Carlo Palermo** - Innanzitutto sulla qualità delle prestazioni nel privato, per quanto riguarda l'abbattimento delle liste d'attesa, la situazione è veramente grave. Me ne sono interessato, come vice segretario nazionale dell'ANAAO, con colleghi che lavorano in ospedale: la situazione è gravissima. La garanzia di appropriatezza e di qualità che garantisce il Servizio Sanitario

Nazionale non è garantita in altri ambiti. Perché viaggiano, come diceva Lavra, sul guadagno e non sulla qualità. Questo è un dato che, nelle nostre discussioni, bisogna mettere ben in evidenza. Questione della formazione post-laurea. Mi invita a nozze, visto che lo studio da 10 anni. Allora, anche qui le false notizie che girano sono innumerevoli. L'ultima è quella del presidente della Regione Veneto che ha chiesto l'incremento dei posti per il corso di laurea di medicina e chirurgia. Cioè è una scemata totale. Bisognerebbe spiegare a Zaia che nel 2021-22 arriveranno alla laurea quei soggetti, quei colleghi che si sono iscritti fra il 2013-2014, circa 10.000 per anno, nei due anni, cui si aggiungono i 13.000 messi dentro dal TAR. Arrivano alla laurea 30.000 medici.

Come ha detto la collega, visto che ormai nel nostro sistema si entra solo ed esclusivamente attraverso il corso post laurea di specializzazione o di formazione in medicina generale, i posti a disposizione attualmente sono 7.000. Sono seimila e qualcosa per i corsi di specializzazione, sono circa un migliaio, che poi in realtà si riducono a 900, per il corso di formazione in medicina generale. Quindi 7.000-7.500; ne escono nei due anni 15.000. Gli altri 15.000 cosa fanno nel periodo? Andranno all'estero! Io, con un esempio immaginifico, ho scritto che nessuno si scandalizza se 1.000-1.500 medici vanno a cercare, giustamente, un futuro all'estero.

Se io dicessi che mandiamo all'estero gratis, ogni anno 1.500 Ferrari tutti quanti si scandalizzerebbero. Ma è la stessa cosa perché un corso di laurea costa la stessa cifra. Questo è il punto essenziale. A personaggi come Zaia

andrebbe spiegato quali sono i termini della questione. Perché più sposti soldi sul corso di laurea in medicina, meno avremo poi soldi per la formazione post laurea. Che è quella che serve. Perché se andranno via, nei prossimi 10 anni, 28.000 medici in medicina generale, andranno via 60.000 specialisti. È un esodo biblico. Vogliamo parlare della qualità del sistema? C'è anche questo problema che forse bisogna cominciare ad affrontare, avendo chiarezza sui dati. I dati sono questi. I dati di medicina generale derivano dai dati ENPAM. Per i dati degli specialisti, non esistendo una banca dati specifica in Italia, abbiamo dovuto fare un lavoro faticosissimo fra 10.000 banche dati. Per fortuna c'erano gli amici di ANAAO GIOVANI che si sono sobbarcati il faticosissimo lavoro. Però alla fine gli elementi spuntano. Va via l'intera generazione che è entrata nel Servizio Sanitario Nazionale intorno alla sua costituzione. Sono le persone come me, che sono del '52. Vanno via le generazioni del '53, '54, '55 e '56 nei prossimi 5 anni. E sono le frequenze più alte dei medici dipendenti. Sono 7.000 medici l'anno che acquisiscono il diritto al pensionamento. Il cataclisma non è successo finora solo perché la Fornero ha creato uno scalone di tre anni previdenziali. È uno degli aspetti, per così dire, positivi della Fornero. Ha traslato in avanti di tre anni perché ha innalzato i dati per il pensionamento ma ora ci siamo. Io potrei andarci quest'anno. L'anno prossimo vado in pensione così come vanno in pensione gli altri 6.000-7.000, perché le condizioni di lavoro tra l'altro nel sistema sono nettamente peggiorate. E non c'è più nemmeno la convenienza previdenziale a rimanere perché il dato del

guadagno si ferma a 42 anni e 10 mesi di anzianità. Questo è tutto.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Grazie Carlo, chi risponde ancora, c'è qualcuno? Qualche altra domanda sulla medicina generale.

**Dott. Carlo Roberto Rossi** - Il dato sulla medicina generale dice questo: che le borse di studio, proprio in base all'esodo biblico di cui si parlava un attimo fa, fanno vedere un qualcosa di folle nelle Regioni che dovrebbero proprio essere un po' più corroborate di posti. La Lombardia conoscerà un esaurimento. Anche lì ci sono dei falsi miti perché c'è sempre qualcuno che ci sguazza sopra purtroppo. E quindi ci sono alcuni che dicono che nel giro di uno o due anni si esauriscono le graduatorie. Sono delle fregnacce. Ma è vero che bisogna pensarci già adesso. Allora il problema è che la risposta a questa cosa è: aumentiamo le borse di studio in Lombardia di 10 posti. Non sottovalutiamo mai chi sta dall'altra parte. Va nella direzione che dicevamo prima, perché se io sguarnisco il Servizio Sanitario Nazionale posso tranquillamente aumentare la precarizzazione e nutrire la parte privata. L'assistenza primaria su territorio non verrà in qualche modo rimpiazzata. Si dice che l'unico modo che abbiamo per aumentare lo stipendio ai medici è quello di fargli aumentare il numero di pazienti. Si è ventilato il fatto di arrivare a 2.000 pazienti a testa. È la strada che ha percorso Bolzano da tanto tempo. Bolzano ha una quota pro-medico bassissima di finanziamenti. Ma se tu vai a vedere quello che guadagna il singolo medico è tantissimo perché han fatto un accordo, molti anni fa, che

poi è stato reiterato, in cui, sostanzialmente, l'elemento forte era avere tanti pazienti. Per cui li guadagnano tanto sulla numerosità della gente che hanno in carico. Allora è ovvio che questa roba qua dovrebbe interessare di nuovo il nostro amico Ivan quando fa dei ragionamenti sullo sguarnire l'assistenza primaria territoriale affidata allo Stato.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Ci sono altre domande?

**Dott. Paolo Vita** - Io faccio il medico di medicina generale qua a Bologna. Volevo approfittare della presenza dei colleghi, presidenti e organizzatori qua di Bologna. Io sono contrattualmente un libero professionista convenzionato, però, di fatto, mi sento talmente inserito nel Servizio Sanitario Nazionale che penso che qualcosa bisogna che lo facciamo anche noi come medici di medicina generale. Noi siamo oberati dalla burocrazia, voi lo sapete. E mi piace che ci sia il collega presidente ospedaliero dell'ANAAO. Perché effettivamente io credo che noi, come tanti, vogliamo collaborare con i colleghi ospedalieri su tutte le questioni dei certificati di malattia, chi li deve inviare, la collaborazione, la telematica, il progetto Sole. Non è vero che noi medici siamo come cani e gatti tra ospedalieri. Ci vuole qualche iniziativa forte degli Ordini, per far capire che chi è dentro un sistema deve migliorare, deve far qualcosa. Cioè la collaborazione territorio-ospedale va potenziata. Perché se noi facciamo capire a tutti i colleghi che ci sono molti vantaggi possiamo avere forza politica. Se invece il politico vede che ospedalieri, specialisti, medici di medicina

generale, medici della guardia medica litigano tra di loro, può dire: "Che cosa vogliono?" Questo è il punto. Questo per me è fondamentale. Altrimenti non potremo portare avanti proposte unitarie.

**Dott. Salvatore Lumia** - Gli Assessori parlano tutti nello stesso modo. Cioè che siano della Lega o del Partito Democratico, dicono le stesse cose. Sono bugiardi nello stesso modo tutti. Dicono delle cose che non sono vere, Fanno promesse che poi non realizzano. Io mi chiedo qui dov'è la responsabilità della classe politica attuale. È coalizzata probabilmente. C'è qualche cosa di trasversale, di lobbistico, non lo so, saranno le banche, saranno i poteri finanziari, per portare a una trasformazione del nostro Servizio Sanitario Nazionale di tipo universalistico verso un tipo di servizio privato. Perché ragionano e si comportano tutti nello stesso modo. Quindi credo che sia importante l'azione di sensibilizzazione che può fare l'Ordine verso i medici o verso anche la popolazione per far capire quello che sta succedendo.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Altre domande? Non ne vedo. Io suggerisco una breve risposta da parte vostra alle cose che avete sentito, se ci sono suggerimenti.

Io organizzerò presto una riunione chiamando anche altri sindacati, a mo' di provocazione.

Avete qualche commento sui commenti? Prego.

**Dott. Ivan Cavicchi** - No. Sui commenti non ho nulla da dire, anzi avrei una cosa da sottolineare. Mi è sembrato, dagli interventi che ho sentito, che non si fosse compresa bene la dramma-



icità della situazione. Nel senso che io ritengo che se la barca sta andando a fondo forse è il caso di smettere di lucidare gli ottoni. Cioè dobbiamo dare priorità al salvataggio della barca, questa è la mia idea.

Ho preso la parola solo per dire a Giancarlo: “Hai fatto bene a fare la riunione”. È stata per me una riunione importante. Perché a questo tavolo siamo tutti amici da tanti anni, però le persone che ci sono, sono molto diverse l’una dall’altra, per funzioni, per ruolo, per visioni del mondo. Queste persone diverse oggi, grazie a questa riunione, si sono ritrovate su una analisi, sulla necessità di un intervento e su una comunanza di intenti. Questo è importante. Che poi questo riguarda il Sindacato, gli Ordini, in questa circostanza, ma questa comunanza diciamo di idee è molto importante perché vuol dire che c’è un valore superiore che queste persone diverse condividono. Questo è il punto che mi sembra di cogliere. Questa riunione ha detto che il problema esiste e mi hanno molto colpito le relazioni che ho visto molto ben documentate. Per cui la mia ansia personale io la trovo riconfermata nelle relazioni che ho visto. Dobbiamo cominciare a pensare a come rispondere.

E alcune idee già sono venute fuori, mi sembra. Per esempio io sono d’accordo con coloro che hanno detto di cominciare intanto a definire meglio la mutualità integrativa. È sicuramente un terreno di mediazione questo qua, perché probabilmente qualche mediazione va fatta. Perché dobbiamo anche ripensare il Titolo V, quindi ripensare alla *governance*. Dobbiamo ripensare alcune cose. Ecco, dobbiamo entrare in una logica (ripeto quello che diceva Guido) di un progetto. Cioè dobbiamo

mettere insieme le idee, individuando delle priorità, perché alla fine le questioni sulle quali dovremmo parlare sono tantissime. I macro problemi dai quali poi far discendere il resto.

L’unica cosa che mi fa pensare è: rispetto a questa discontinuità che c’è, cioè non è più fantasia, c’è un tentativo di cambiare il sistema, che razza di risposta diamo? Cioè qual è la qualità del progetto? Perché, per esempio, se io mi limitassi a fare la mediazione sulla mutua integrativa, lasciando il resto tutto così, non sarei soddisfatto perché non risolverei il problema. Anche perché questa roba di cui abbiamo parlato noi l’abbiamo fotografata oggi, ma se noi la vediamo in modo dinamico in prospettiva, questa situazione per sua natura, anche drammatica, tenderà ad accrescersi. Io devo mettere al sicuro il sistema non oggi ma da oggi in poi. Per cui, per esempio, tutta la questione della sostenibilità la devo affrontare da oggi in poi. Cioè non è che metto la pezza sulla mutua integrativa e dopodomani ho ancora il problema dei 70.000 posti letto in meno o del mercato del lavoro medico e non li ho risolti. C’è la necessità di metterci le mani per bene perché dobbiamo disattivare delle contraddizioni che rischiano di essere letali, quindi farei un progetto che abbia la vista un po’ più lunga, che vada al di là dell’attualità. Oggi abbiamo fotografato l’attualità, ma ci deve servire per assicurare e assicurarci un futuro, da tutti i punti di vista.

**Dott. Giuseppe Lavra** - Hai fatto bene a sottolineare questo aspetto. In realtà forse non lo abbiamo detto molto chiaramente, ma quando Carlo faceva vedere com’è destrutturato il Servizio Sanitario Nazionale, anche attraverso

quella scriteriata riduzione delle strutture complesse, così come quando io ho richiamato il concetto della assurda non applicazione e non realizzazione dell'organizzazione dipartimentale, è chiaro che volevamo un'indicazione forte a che si possa rimettere in sesto il Servizio Sanitario Nazionale. E quindi non pensavamo di cercare di razionalizzare l'introduzione di questo Sistema Integrativo ad invarianza della situazione. Saremmo oggettivamente miopi e non guarderemmo la realtà. Ma questo noi non lo pensiamo affatto. Invece mi ha stimolato molto il collega che ha parlato dell'ospedale territorio che, a mia memoria, una volta esisteva come binomio in senso contrappositivo, oggi ne parliamo da anni in senso integrativo. La verità è che l'ospedale vive di un ordinamento, anche giuridico, delle proprie risorse umane che sono completamente diverse rispetto alle risorse umane, sempre della nostra professione, incardinate in un'altra dimensione. Cioè noi siamo dirigenti e voi siete medici. Noi abbiamo questo rapporto di dipendenza che ci fa fare i contratti completamente diversi dai vostri, fotocopia dei nostri pseudo colleghi amministrativi. Cioè non ci hanno mai unificato. Qui c'è quasi la logica, che viene dal mondo antico, del *divide et impera*. Quindi noi ci troviamo in questa situazione. È un po' voluta questa roba. Io ho addirittura il sospetto che il *divide et impera* sia stato introdotto anche con questa kafkiana contrapposizione che abbiamo con le cosiddette altre professioni. È vero che non esiste una differenza tra parti politiche, che poi si alternano a gestire le situazioni, che tutte si comportano in maniera identica e, purtroppo, in maniera non positiva, ma abbiamo la sen-

sazione, che spesso si avvicina molto alla realtà, che la Sanità da questo sistema sia anche utilizzata come bancomat. Ed è utilizzata come bancomat per la politica. E allora il *divide et impera* può essere un elemento che ci distrae da questa realtà triste e vergognosa che stiamo vivendo. Non lo dico io, lo dice la Corte dei Conti che abbiamo un problema di corruzione un po' troppo elevato. Poi sono d'accordo con Carlo che è assurdo citare queste cifre che non hanno un senso. Ma non percepire, per noi che siamo addetti ai lavori, che c'è un tasso di corruzione, che noi comprendiamo ancora prima di quello che ci dice la relazione annuale della Corte dei Conti, significa veramente non voler guardare in faccia la realtà. E allora ripeto, il *divide et impera*, secondo me, è anche voluto per distrarre noi e la popolazione da questa realtà che è misera e sicuramente non ci fa onore.

**Dott. Guido Quici** - Telegraficamente, io suddividerei le azioni in tre parti. Per prima cosa, maggiore consapevolezza da parte degli operatori sanitari e dei cittadini che ancora non si rendono conto di quello che sta succedendo. Ci deve essere una maggiore consapevolezza da parte di tutti.

Il secondo aspetto, che io sottolineerei, riguarda la proposta. Perché ha ragione Ivan, la proposta deve essere fatta a 360 gradi. Dall'organizzazione, i modelli organizzativi che cambieranno inevitabilmente, ma anche per quanto riguarda lo stato giuridico del medico. Io buttai come provocazione di fare un contratto con il Ministero della Salute, sia per i convenzionati che per i medici dipendenti. Siamo in ritardo ma nulla toglie che si possano rivedere le regole.

E poi la terza cosa: il Quo Vadis lo vorrei come mandorlo alla politica.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Io ho chiesto un codice deontologico per i politici. Vuoi aggiungere qualcosa Carlo? Perché poi vi dico qual è la conclusione di questo convegno.

**Dott. Carlo Palermo** - Rispondo rapidamente a Paolo Vita. È indubbio che senza una piattaforma comune tra medicina ospedaliera e medicina del territorio, considerata l'evoluzione demografica ed epidemiologica che abbiamo di fronte, non si va da nessuna parte. Non capisco come si debbano gestire altrimenti i malati cronici, pluripatologici, le nuove organizzazioni che abbiamo sul territorio. Non so quale sia la posizione dello SNAMI però, in Toscana, abbiamo lo sviluppo di AFT, di Case della Salute, che richiedono per forza di cose un interscambio tra medicina ospedaliera da un lato, con proiezioni sui luoghi di aggregazione della medicina generale, ma anche presa in carico del paziente, che sta per essere dimesso, da parte dei colleghi della medicina generale. Dobbiamo andare su modelli di rete, di scambio, che tra l'altro può essere facilitato anche dalle nuove tecnologie. Mi veniva in mente mentre parlavi quello che è stato fatto dalla medicina interna di Careggi che, in pratica ha un collegamento on-line diretto con i colleghi della medicina generale che possono chiedere notizie attraverso una e-mail. Voglio dire ci sono elementi strutturali che richiedono certamente la piattaforma comune. Questi elementi strutturali possono essere facilitati, anche come comunicazione. Migliorandola, lì dove non è, a livello

tecnologico, adeguata, possono indubbiamente favorire l'interscambio.

**Dott. Giancarlo Pizza** - Noi abbiamo cominciato. Non è che abbiamo finito oggi. Non stiamo scherzando. Ho qui due consiglieri. I due consiglieri sanno che il 7 luglio porterò le conclusioni di questo convegno, la cui bozza di conclusione voi avete avuto. Io credo che voi vi impegnerete, nell'arco di 4-5 giorni, non di più, a farlo circolare per posta elettronica in modo che io abbia un documento definitivo vostro da portare in consiglio per farlo approvare. Dopodiché ci impegniamo a fare una giornata intera, entro l'anno, chiamando anche altri soggetti che voi consiglierete. Volevo leggere queste quattro righe ai colleghi qui presenti, perché questo è lo scheletro su cui voi metterete le ali, aggiungendo le considerazioni che io poi porterò in consiglio, in modo da avere l'approvazione di questi colleghi che sono qui.

Questa è la bozza di conclusione di questo convegno.

*"I relatori dopo approfondito dibattito sulla defiscalizzazione degli oneri previsti per le imprese, quando in utilizzo per accensione di assicurazioni di malattia integrativa sostitutiva delle prestazioni sanitarie poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale, esprimono interesse per la quota integrativa e, al tempo stesso, preoccupazione per la quota sostitutiva. Si teme infatti una riduzione eccessiva di introiti per le finanze pubbliche che possa riverberarsi sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale a scapito dei cittadini non occupati o in quiescenza. I relatori auspicano l'apertura di un costruttivo dibattito sulla problematica."*

Bene. Qui si conclude la riunione ed ora al quick-lunch che vi avevamo promesso.



