

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ANCONA

Editoriale

LA SANITÀ DOPO LE ELEZIONI: NUOVE SPERANZE, NUOVI COMPITI

Una associazione professionale e sindacale come la nostra, profondamente radicata nel tessuto del sistema sanitario del Paese, non può non considerare con attenzione i risultati delle recenti elezioni regionali. Al di là delle valutazioni politiche di ordine generale, che lasciamo alla passione e alle diverse sensibilità dei colleghi che rappresentano un patrimonio di pluralismo sostanziale della nostra associazione, è indubbio che le questioni della sanità hanno avuto un peso non irrilevante nel decidere le sorti della competizione elettorale, e certamente ne avranno nel prossimo futuro per quanto concerne i nuovi assetti dei governi regionali e dei relativi programmi. Inoltre, non si può dimenticare che i temi generali e specifici legati al welfare e alle politiche sanitarie riemergeranno con prepotenza nel corso dell'anno che ancora ci separa dalle prossime elezioni politiche.

Ritornando ad una riflessione sui risultati elettorali, un primo dato è la pesante sconfitta, in termini inequivocabili, della proposta di attuare nel paese una spaccatura "devoluzionista" che, come è noto, comprendeva anche una inevitabile marcata diversa attribuzione e distribuzione delle risorse necessarie al funzionamento del sistema sanitario universalistico. I risultati delle urne hanno recitato il de profundis per questa ipotesi e a nulla servirà la cosiddetta "tenuta" del voto leghista o l'eventuale pervicacia dell'attuale maggioranza di percorrere fino in fondo le riforme costituzionali. L'Anaao Assomed e il Comitato promotore della difesa del servizio sanitario nazionale hanno avuto un ruolo non secondario nel diffondere prima l'allarme e poi la consapevolezza del pericolo, prova del fatto che la nostra associazione è sì sindacato di parte ma nel contempo attenta e responsabile forza sociale. Un secondo dato, riguarda la sconfitta di ipotesi di ridimensionamento del valore e della importanza delle componenti sindacali, della dialettica contrattuale, della funzione del settore terziario rappresentato dai lavoratori pubblici dipendenti, compresi ovviamente quelli della sanità. L'attuale governo e anche il precedente risemblemment delle Regioni, non sono stati in grado di giungere ad una proposta coerente di rinnovo contrattuale, e hanno pagato peggio.

segue a pag. 16

I sindacati medici lavorano per migliorare il nuovo testo dell'Aran

PER UN CONTRATTO EQUO E INNOVATIVO

Dopo lo sciopero del 4 marzo scorso, la parte pubblica ha in parte accolto le indicazioni sindacali consentendo la ripresa delle trattative. I risultati più importanti riguardano il primo biennio economico, che allinea la dirigenza medica a tutta la dirigenza pubblica portando ad una retribuzione di base pari a 38.198 euro lordi all'anno, e il quadriennio normativo. In particolare sono stati fatti passi in avanti rispetto alle relazioni sindacali, all'orario di lavoro, al Comitato dei garanti, alle assicurazioni e alla valutazione dei dirigenti. Restano aperti altri problemi che dovranno essere affrontati prima di poter avviare la fase finale della trattativa.

"Stiamo perseguendo con grande determinazione e con grande unità di tutte le sigle sindacali - ha commentato il Segretario Nazionale Serafino Zucchelli - l'obiettivo di costruire un contratto della dirigenza medica decoroso ed equo dal punto di vista economico nonostante le scarse risorse disponibili. Vogliamo, però, che questo contratto sia innovativo soprattutto dal punto di vista della normativa che, rivedendo criticamente filosofie e logiche aziendaliste, affronti il problema della qualità, dell'efficacia e sicurezza delle prestazioni rese ai cittadini. Noi siamo un sindacato di professionisti e siamo convinti che anche il contratto debba essere uno strumento di promozione professionale nell'interesse di coloro che rappresentiamo e di coloro che curiamo".

servizio a pag. 2

L'INTESA STATO-REGIONI DEL 23 MARZO E I PROGRAMMI DEI NUOVI PRESIDENTI

Cosa succede alla sanità nelle Regioni

Alla vigilia del voto, Governo e Regioni hanno siglato una nuova Intesa, che rende attuativi alcuni elementi già previsti dalla Finanziaria 2005. In sostanza, si definiscono i controlli di bilancio necessari a monitorare costantemente la spesa, così da poter intervenire tempestivamente nelle situazioni più "a rischio".

Ma i risultati del voto di aprile avranno certamente ripercussioni visibili sulla gestione della sanità pubblica, visto che questa materia è appannaggio proprio delle amministrazioni regionali. Per ragionare di argomenti concreti e non solo di schieramenti ideologici, pubblichiamo i programmi dei neo eletti presidenti regionali e anche quelli dei loro principali avversari, comprendendo anche i due sfidanti nelle elezioni in Basilicata, che si terranno nei prossimi giorni.

Infine, una riflessione sulle leggi regionali in materia sanitaria, dopo gli interventi del Governo che ha impugnato davanti alla Corte Costituzionale quelle approvate da Emilia Romagna e Toscana.

servizio alle pagg. 6-10

PRIMO PIANO

Riforma costituzionale: è cominciato il processo di revisione, il percorso è ancora lungo ma è già possibile vedere in che modo potrebbe essere organizzata la nuova forma di Stato

A PAGINA 3

PRIMO PIANO

Crescono le donne medico. Uno studio dell'Assr sui dati forniti dal ministero della Salute

A PAGINA 5

PRIMO PIANO

Governo clinico: luci e ombre dei provvedimenti legislativi. Il documento presentato dall'Anaao Assomed all'audizione avuta presso la Commissione Affari sociali della Camera sul disegno di legge del Governo e sugli altri che investono il tema del governo clinico

SERVIZI ALLE PAGG. 6-10

INTERVISTA

Trapianti: il settore migliora ma il sud resta indietro. A spiegare i punti critici e quelli di forza del settore è Vito Gaudiano, presidente dell'Organizzazione centro sud trapianti (Ocst)

A PAGINA 11

CONTRATTO 2002-2005: DOPO LO SCIOPERO NAZIONALE I MEDICI PERFEZIONANO IL TESTO DELL'ARAN

Verso un contratto equo e innovativo

L'interruzione delle trattative, la tenacia nel sostenere le nostre ragioni e soprattutto la compatta adesione allo sciopero nazionale del 4 marzo, hanno convinto la controparte pubblica a modificare il proprio atteggiamento.

Il nuovo testo relativo al quadriennio normativo e al I biennio economico è cambiato in aspetti sostanziali e questo fatto nuovo ci ha consentito di riprendere le trattative dopo lo stop che ha portato, appunto, allo sciopero nazionale

LE NOVITÀ DELLA PARTE NORMATIVA

Gli argomenti su cui sono stati fatti passi in avanti sono i seguenti:

Relazioni sindacali – A livello di ogni singola Regione, viene individuato un tavolo politico di confronto con le organizzazioni sindacali su materie molto importanti (Ecm, standards prestazionali, mobilità regionale etc). Contestualmente si accresce, nei limiti consentiti dalla legge, il potere contrattuale del sindacato nelle aziende su materie che hanno ricadute sui trattamenti economici (ad esempio posizioni, funzioni, disagio).

Orario di lavoro – Vengono ritirate dal tavolo le richieste precedenti di un incremento dell'orario di lavoro dovuto; questo rimane dunque di 34+4 ore. Ci vengono, invece, richiesti 30 minuti/settimana delle 4 ore destinate all'aggiornamento, quale equivalente orario della quota di retribuzione di risultato (1.250) conglobato nel nuovo tabellare, da destinare, con modalità contrattate, all'abbattimento delle liste di attesa. Un'altra ora di quelle destinate all'aggiornamento, sarà utilizzata per assolvere agli obblighi dell'Ecm.

Le aziende, in caso di carenza di organici, potranno richiedere ai medici prestazioni aggiuntive a quelle già concordate in sede di definizione del budget, utilizzando l'istituto della libera professione aziendale. Queste vengono prestate al di fuori dell'orario di lavoro e compensate secondo tariffe di riferimento che intendiamo definire a livello nazionale.

Rientrano in questa fattispecie di prestazioni aggiuntive, anche le guardie che quindi potranno essere effettuate anche al di fuori dell'orario di lavoro, ovviamente compensate secondo i criteri e le modalità sopra definite, previo accordo sindacale e nel rispetto della volontà dei singoli.

Comitato dei garanti – Viene affermato per il Comitato dei Garanti l'obbligo di esprimersi sulle proposte di recesso avanzate dai Direttori Generali entro 60 giorni. Il giudizio resta vincolante e sarà data la possibilità al medico interessato di essere ascoltato.

Copertura assicurativa – Le aziende "garantiscono" la copertura assicurativa dei propri dipendenti. Resta confermato il sistema di tutela assicurativo, ai cui costi partecipano i dirigenti, che provvede a coprire altri rischi compresa la rivalsa per colpa grave.

È, inoltre, prevista la creazione di strutture aziendali destinate alla gestione del rischio professionale.

Valutazione dei dirigenti – Vengono eliminate le valutazioni triennali, ferme restando quelle di fine incarico. Sono meglio definiti i criteri comunque concordati per le valutazioni dei dirigenti e opportunamente distinti i ruoli e le finalità del collegio tecnico e del nucleo di valutazione. In particolare resta escluso che la valutazione negativa del nucleo di valutazione possa di per sé ed immediatamente determinare interventi di revoca degli incarichi senza il coinvolgimento di una contestuale valutazione tecnico-professionale operata dal collegio tecnico.

I PROBLEMI DA RISOLVERE

Rimangono ancora, oltre quelli già individuati in precedenza, altri problemi da risolvere.

- Le aziende non hanno ancora accettato di assumer-

si l'onere finanziario completo per assicurare a tutti i medici il raggiungimento dei crediti Ecm.

- Riteniamo non ancora sufficientemente definite le garanzie per i professionisti e per i pazienti relative ad uno standard di organizzazione della continuità assistenziale negli ospedali e sul territorio, laddove previsto.

- Soprattutto non si è ancora in grado di affrontare il II biennio economico per la scarsità e comunque l'incertezza sulle risorse a questo destinate. Attribuiamo al II biennio economico un grande valore perché solo in questo possiamo realisticamente affrontare e risolvere le altre due questioni strategiche di questa tornata contrattuale: 1) garantire sostanziali riconoscimenti economici per il disagio del lavoro notturno e festivo; 2) introdurre meccanismi certi ed equi di valorizzazione economica per tutti i dirigenti che superano le verifiche professionali.

LE NOVITÀ DELLA PARTE ECONOMICA (I BIENNIO)

Negli ultimi due giorni di marzo le trattative all'Aran hanno riguardato la definizione degli aspetti economici relativi al I biennio 2002-2003.

Di seguito indichiamo gli aspetti più rilevanti:

1. viene conseguito al 31 dicembre 2003 l'obiettivo di un tabellare unico e comune a tutta la dirigenza pubblica pari a 38.198,00 euro/annui lordi (comprensivi della tredicesima mensilità). Si è giunti a tale risultato accorpando al tabellare già individuato dai precedenti contratti le seguenti quote di retribuzione:

a) tutti gli incrementi contrattuali del I biennio pari al 5,66% delle retribuzioni medie riferite alle singole posizioni;

b) l'indennità integrativa speciale;

c) quota parte della retribuzione di posizione;

d) quota parte della retribuzione di risultato;

e) quote di retribuzione individuale di anzianità dei dirigenti in quiescenza, limitatamente ai dirigenti con meno di 5 anni di anzianità.

Abbiamo dunque rispettato gli impegni assunti ricordandone alcuni vantaggi:

- * aumento della quota di retribuzione fissa e garantita ad ogni dirigente anche ai fini previdenziali;

- * garanzie che su tutto il territorio nazionale venga prelevato una quota pari a circa 1.254 euro dal fondo di risultato per trasferirlo nel tabellare comprese quelle situazioni aziendali dove questi fondi o non esistono o non sono capienti per tali cifre in relazione ad improprie applicazioni dei contratti in vigore;

- * esemplificazione delle voci retributive sia attraverso l'unificazione in un'unica voce dei minimi di posizione (fissa e variabile) a cui si aggiunge la variabile aziendale, sia attraverso la scomparsa della indennità integrativa speciale conglobata nel tabellare;

- * garanzia che a tutti i dirigenti sia corrisposto a regime corrente e per gli arretrati l'esatto ammontare degli incrementi del I biennio. Questo perché la proposta del nuovo tabellare prevede l'indiscutibile destinazione ad ogni dirigente della somma di spettanza e non l'attribuzione indistinta nei fondi che alimentano le voci retributive.

2. In questo difficile processo di ricostruzione del tabellare a 38.198,00 euro/anno/lordo siamo riusciti a mantenere integro lo 0,32% delle risorse contrattuali aggiuntive allo scopo di affrontare fin dal primo biennio il tema di una più qualificata retribuzione delle attività disagiate (guardie e reperibilità notturne e festive).

Le risorse disponibili (pari a circa 21 milioni di euro) non ci consentono ovviamente di dare una soluzione al problema, ma sul tavolo contrattuale abbiamo con forza posto alcune direttrici di gestione del problema stesso:

a) innanzitutto, su nostra proposta, il tavolo sindacale ha unanimemente condiviso che la retribuzione dell'ora straordinaria deve essere coerente con il nuovo tabellare, passando, cioè, dai circa 17,5 euro attuali per l'ora straordinaria ai circa 23,5 euro a cui devono aggiungersi le maggiorazioni per lavoro notturno o festivo. Tutte le ore straordinarie vanno destinate a retribuire le presenze in servizio maturate in pronta disponibilità.

b) per quanto riguarda le indennità di turno notturno e festivo queste vanno quantomeno riallineate a quelle percepite dal comparto in ottemperanza al fatto che queste sono istituti intercompartimentali. Abbiamo perciò proposto che quanto resta dello 0,32% derivante dal riconoscimento di alcune specifiche indennità a determinate figure dirigenziali mediche e veterinarie (indennità di polizia giudiziaria) sia destinato a finanziare una specifica retribuzione aggiuntiva di disagio, forfetaria per ogni turno notturno. Stimiamo, dai complessi calcoli, che tale retribuzione aggiuntiva possa oscillare tra i 12 e i 14 euro.

Non consideriamo ovviamente risolto il problema di una migliore e più equa retribuzione delle attività disagiate, ma abbiamo sicuramente aperto una strada sul piano normativo ed economico che dovrà nel II biennio utilizzare maggiori risorse.

La controparte si è riservata di risponderci su questo secondo punto, avendo tali proposte del tutto ribaltato la sua posizione che prevedeva il congelamento del valore economico dell'ora straordinaria e l'indistinta attribuzione di gran parte dello 0,32% sia al fondo di risultato che a quello di disagio.

IL COMMENTO DI SERAFINO ZUCHELLI

“Stiamo perseguendo con grande determinazione e con grande unità di tutte le sigle sindacali – ha commentato il Segretario Nazionale Serafino Zucchelli – l'obiettivo di costruire un contratto della dirigenza medica decoroso ed equo dal punto di vista economico nonostante le scarse risorse disponibili. Vogliamo, però, che questo contratto sia innovativo soprattutto dal punto di vista della normativa che, rivedendo criticamente filosofie e logiche aziendaliste, affronti il problema della qualità, dell'efficacia e sicurezza delle prestazioni rese ai cittadini. Noi siamo un sindacato di professionisti e siamo convinti che anche il contratto debba essere uno strumento di promozione professionale nell'interesse di coloro che rappresentiamo e di coloro che curiamo”.

PALAZZO MADAMA COMPIE IL PRIMO PASSO PER LA MODIFICA DELL'ORDINAMENTO DELLO STATO

Riforma della Costituzione: primo sì del Parlamento

Se il disegno di riforma costituzionale andrà avanti, affrontando un nuovo voto di Camera e Senato e probabilmente un referendum confermativo, le novità saranno rilevanti: nasce il Senato federale, sparisce il bicameralismo perfetto, il premier, eletto direttamente, avrà più poteri, tra gli altri quello di nominare e revocare i suoi ministri e di sciogliere la Camera. La devolution affiderebbe anche alle Regioni la legislazione "esclusiva" per quanto riguarda l'assistenza e l'organizzazione sanitaria, l'organizzazione scolastica, la gestione degli istituti scolastici e di formazione

Cambia la Costituzione. Il Ddl Senato 2544-B "Modifiche alla Parte II della Costituzione" è stato votato dal Senato, lo scorso 23 marzo, tra le proteste dell'opposizione che in occasione del voto finale ha abbandonato l'Aula di Palazzo Madama.

Diverse le novità, quelle maggiormente significative riguardano il premier. Il nuovo sistema prevede, di fatto, un'elezione diretta del Presidente del Consiglio, che avrà il potere di nominare e revocare i suoi ministri e di sciogliere la Camera.

Prende forma, poi, il Senato Federale che fa sparire il bicameralismo perfetto, mentre attraverso la Devolution, le Regioni potranno approvare leggi proprie su nuove materie.

Il processo di revisione della II parte della Costituzione non è però immediato, ci vorranno infatti altri passaggi parlamentari ed un referendum popolare confermativo affinché la riforma diventi legge in via definitiva. Trattandosi di un disegno di legge costituzionale è, infatti, prevista una doppia lettura, a distanza di tre mesi dal primo passaggio parlamentare, su un testo che non deve essere modificato. Ora il testo torna a Montecitorio, per la seconda lettura e poi dovrà essere nuovamente approvato dal Senato senza modifiche.

La riforma stessa prevede che solo una parte entri in vigore subito dopo l'eventuale referendum confermativo, sono le norme che riguardano l'eleggibilità e l'immunità dei parlamentari, l'età per diventare Presidente della Repubblica (che da 50 anni scende a 40 anni), l'Authority (che entra così in Costituzione) e il Federalismo. È bene ricordare che il referendum in oggetto non può essere chiesto qualora la legge venga approvata nella seconda votazione da ciascuna delle Camere a maggioranza di due terzi dei suoi componenti.

Per la seconda parte delle riforme è previsto un programma a tappe. A partire dal 2011 entrerà in vigore il Senato federale, l'iter delle leggi, i nuovi poteri del Presidente della Repubblica, il premierato.

L'ultima tappa del processo – che vedrà la luce nel 2016, ossia 5 anni dopo l'elezione del primo Senato Federale – riguarderà la riduzione dei parlamentari, l'età per essere eletti alla Camera, la contestualità tra l'elezione del Senato federale e dei Consigli regionali.

In sintesi, presentiamo le principali novità della legge di riforma.

PARLAMENTO

È composto dalla Camera dei deputati e dal Senato federale. I senatori saranno eletti in ciascuna Regione contestualmente ai rispettivi Consigli. Ogni Regione dovrà eleggere almeno sei senatori (ma a Molise e Val d'Aosta ne spettano rispettivamente due e uno). Ai lavori del Senato partecipano, ma senza poter votare, rappresentanti delle regioni e delle autonomie locali.

NUMERO DEI PARLAMENTARI

I deputati scendono da 630 a 500, i senatori da 315 a 252. Restano 18 (ma saranno tutti deputati) i parlamentari eletti dagli italiani all'estero. I "deputati a vita" prendono il posto dei senatori a vita e scendono da cinque a tre.

ETÀ ED ELEGGIBILITÀ

Si abbassa il limite d'età per poter essere eletti: basterà aver compiuto 21 anni (ora ne servono 25) per entrare a Montecitorio e 25 (invece di 40) a Palazzo Madama. Al Quirinale potrà entrare anche chi ha solo 40 anni. (oggi ne servono 50). Resta sempre in carica 7 anni.

DURATA DELLA LEGISLATURA

La Camera è eletta per 5 anni. I senatori eletti in ciascuna Regione restano in carica fino alla data della proclamazione del nuovo consiglio regionale.

ALLE OPPOSIZIONI LE COMMISSIONI DI GARANZIA

Esponenti dei gruppi d'opposizione presiederanno le Commissioni o i comitati con compiti ispettivi, di controllo e di garanzia.

CAMBIA L'ITER DELLE LEGGI

Sparisce il bicameralismo perfetto che ha funzionato fino ad oggi. La Camera esamina le leggi su materie riservate allo Stato (ad esempio politica estera, difesa, giustizia, ecc.). Il Senato ha 30 giorni (15 se si tratta di decreti) per proporre modifiche, ma la parola definitiva spetta a Montecitorio. Il Senato esamina leggi che riguardano le materie concorrenti, cioè quelle riservate sia allo Stato che alle Regioni. La Camera può proporre modifiche, ma è il Senato ad avere la parola definitiva.

Su alcune questioni, quali la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni che riguardano i diritti civili e sociali (che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale), Senato e Camera legiferano alla pari. Se non trovano l'accordo entra in campo una terza assemblea, una commissione mista i cui 60 componenti sono indicati dai presidenti delle due Camere.

DEVOLUTION

Alle Regioni viene affidata la legislazione "esclusiva" per quanto riguarda l'assistenza e l'organizzazione sanitaria, l'organizzazione scolastica, la gestione degli istituti scolastici e di formazione, la definizione della parte dei programmi scolastici e formativi di interesse specifico della regione, la polizia amministrativa regionale e locale. Il Governo però può bloccare una legge regionale se ritiene che pregiudichi l'interesse nazionale: invita la Regione a cancellarla ma se la risposta è negativa sottopone la questione al Parlamento in seduta comune che ha 15 giorni di tempo per annullarla.

REFERENDUM CONFERMATIVO

Il referendum sulle leggi costituzionali sarà sempre possibile anche quando i testi sono approvati da entrambe le Camere con la maggioranza dei due terzi.

POTERI DEL QUIRINALE

Il presidente della Repubblica rappresenta la Nazione, è garante della Costituzione e dell'unità federale della Repubblica. È eletto da un'assemblea formata da deputati, senatori, presidenti delle Regioni e da due delegati per ciascun consiglio regionale. Il capo dello Stato, rispetto ad oggi, perde il potere di sciogliere le Camere e di dare l'incarico di formare il Governo. Può inviare messaggi alle Camere, promulga le leggi, nomina i funzionari dello Stato, i presidenti delle Authority e del Cnel, comanda le Forze armate, presiede il Csm e ne nomina il vicepresidente, può concedere la grazia,

IL PREMIER

Arriva l'elezione diretta. Non ha più bisogno della fiducia della Camera per insediarsi (ma solo un voto sul programma). La sua legittimazione avviene al momento dell'elezione, che è di fatto una elezione diretta. I candidati premier si collegano con i candidati alla Camera (oppure con una o più liste di candidati a deputati). Sulla base del risultato elettorale il Capo dello Stato deve nominare premier il candidato della coalizione vincente. Il premier è un vero capo del Governo, determina (e non più dirige) la politica dell'esecutivo e ha il potere di nominare e revoca dei ministri e di sciogliere la Camera.

SFIDUCIA COSTRUTTIVA

Se il premier decide di sciogliere la Camera, i deputati della maggioranza possono reagire presentando una mozione di sfiducia che deve indicare anche il nome del nuovo premier. Per salvarsi dalla sfiducia, il premier non potrà contare sul voto delle opposizioni: se si verificasse un caso del genere sarebbe costretto ugualmente alle dimissioni. Dunque sono impossibili i "ribaltoni", cioè i cambi di maggioranza durante la legislatura.

IL CSM

I componenti del Consiglio superiore della magistratura vengono eletti per i due terzi dai magistrati, per un sesto dalla Camera e per un sesto dal Senato federale.

LA CORTE COSTITUZIONALE

I giudici che la compongono sono sempre 15 ma salgono da cinque a sette quelli di nomina parlamentare: quattro ne nomina il Senato federale e tre la Camera. Il presidente della Repubblica ne nomina altri quattro (uno in meno di oggi), mentre gli ultimi quattro sono indicati dai magistrati.

COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA, AUDIZIONE DEL 6 APRILE 2005

Governo clinico: luci e ombre dei provvedimenti legislativi

Pubblichiamo il documento presentato in occasione dell'audizione Anaao Assomed presso la Commissione Affari sociali della Camera che si è svolta il 6 aprile scorso. Il documento contiene le osservazioni dell'Associazione al disegno di legge del Governo C. 5107 "Principi fondamentali in materia del Servizio sanitario nazionale" e alle abbinare proposte di legge C. 4079 Costa, C. 5249 Cè, C. 4550 Palumbo, C. 5391 Galeazzi, vertenti sulla medesima materia. I testi dei disegni di legge citati sono integralmente disponibili sul sito www.anaao.it.

In premessa alle successive puntualizzazioni sulle proposte legislative in materia di governo clinico vorremmo sottolineare come la sua attuazione richieda al legislatore il passaggio "da un progetto di sistema ad un sistema di progetti" che superando ideologie e demagogie correttamente ne individui le finalità, gli strumenti e le responsabilità a tutti i livelli di organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Intendiamo sottolineare come l'idea del Governo Clinico appare come un efficace e straordinario strumento di governo delle attività di tutela della salute a cui oggi affidare quanto la cultura e le metodologie puramente aziendalistiche hanno dimostrato di non poter compiutamente realizzare e cioè la garanzia delle finalità etiche, civili e tecnico professionali del Servizio Sanitario, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie.

Nell'esaminare i testi delle proposte legislative sulla materia vorremmo innanzitutto sottolineare come tutte abbiano caratteristiche di parzialità e provvisorietà. Parzialità perché si limitano ad alcuni provvedimenti che nelle intenzioni degli estensori dovrebbero irrobustire il ruolo delle componenti professionali all'interno delle Aziende sanitarie.

Provvisorietà perché in realtà incombono sulle legislazioni nazionali di questa natura, le autonomie regionali non ancora esattamente definite nei loro confini e nelle loro potestà.

Con tali premesse entriamo nel merito dei testi in esame proposti con le seguenti osservazioni.

IL COLLEGIO DI DIREZIONE

(ex articolo 17 dlgs 502/1992)

Non si può non condividere l'orientamento di tutti i disegni di legge tesi ad irrobustire le competenze e l'autorevolezza di tale organo.

Per quanto riguarda la sua composizione condividiamo la proposta contenuta nel ddl n. 5391 laddove è prevista una componente elettiva dello stesso ("Il collegio di direzione è nominato dal direttore generale ed è composto per il 50 per cento da membri eletti dal consiglio dei sanitari. Le regioni disciplinano le modalità per la composizione dell'organo e i requisiti soggettivi obbligatori per i membri. Il collegio di direzione esprime parere obbligatorio al direttore generale sui bilanci preventivi e consuntivi, sull'atto aziendale di cui al comma 1-bis, nonché sugli atti relativi alle materie di propria competenza, individuati in sede regionale, con particolare riguardo alla programmazione delle attività di formazione permanente, allo sviluppo della innovazione organizzativa dei servizi, alle proposte in materia di organizzazione delle attività libero-professionali intramoenia, ai programmi aziendali per la qualità dell'assistenza e la gestione del rischio professionale. Ogni decisione del direttore generale in contrasto con il parere del collegio di direzione è

adottata con provvedimento motivato").

Questo ovviamente è finalizzato a tutelare un modello partecipativo rispetto a quello selettivo.

Per quanto riguarda le attribuzioni tutte le proposte, a nostro avviso giustamente prevedono il carattere obbligatorio del parere da questo espresso con l'obbligo per il Direttore Generale di motivare l'eventuale difformità al parere espresso delle sue decisioni.

In merito alle competenze del Collegio di Direzione le formulazioni proposte ("materie di propria competenza") ci paiono eccessivamente generiche e quindi riteniamo più efficace la formulazione presente nel ddl n. 5391.

Analogamente condividiamo la proposta contenuta nello stesso ddl n. 5391 di inserire il Collegio di Direzione tra gli organi propri dell'Azienda Sanitaria comma 1 a ("Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale"), al pari del Direttore Generale e del Collegio sindacale.

MODALITA' DI INDIVIDUAZIONE E NOMINA DEI DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA

(ex art. 15 ter dlgs 502/92)

Per quanto riguarda la composizione della Commissione nulla è sostanzialmente cambiato rispetto alla normativa vigente. Sarebbe invece opportuno che entrambi gli esperti fossero nominati dal Collegio di Direzione e che a presiedere la Commissione fosse un esperto, esterno all'Azienda nominato dalla Regione.

Questo per garantire ulteriormente il profilo di autonomia e il tasso di competenza tecnico professionale della Commissione.

Condividiamo, altresì, l'orientamento di tutti i ddl in esame che attribuiscono alla Commissione il compito di selezionare una terna di candidati idonei al cui interno il Direttore Generale opera il suo potere discrezionale di scelta. Non condividiamo ovviamente la possibilità che lo stesso DG possa individuare al di fuori della terna ancorché con esplicita motivazione e con il parere favorevole del Collegio Tecnico.

MODALITA' DI INDIVIDUAZIONE E NOMINA DEL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Tutti i ddl in esame convergono sull'idea, da noi ampiamente condivisa di sollecitare meccanismi di individuazione dei Direttori di Dipartimento più partecipativi; differiscono ovviamente nelle individuazioni dei soggetti abilitati.

A nostro giudizio la proposta più coerente la ritroviamo in quella del ddl n. 5391 che all'art. 3 comma 1 lettera b) attribuisce al Comitato di dipartimento il compito di indicare una terna di Direttori di struttura complessa all'interno del quale il DG nomina il Direttore di Dipartimento.

IL COORDINAMENTO CLINICO

Questa funzione è contenuta solo nella proposta n. 5107 del Governo e crediamo sia funzionale, nell'intenzione dei proponenti, all'obiettivo di "centralizzare" in una unica figura le attività del Governo Clinico conferendole la evidenza di un "secondo potere" rispetto a quello gestionale e amministrativo del Direttore Generale.

Aldilà delle lodevoli intenzioni, giudichiamo la proposta

troppo riduttiva nel suo tentativo di racchiudere in una unica figura la garanzia dell'orientamento di tutte le attività clinico assistenziali verso obiettivi di qualità il più elevata possibile. Garante di questo processo è tutta l'organizzazione aziendale attraverso i suoi dipartimenti ed il Collegio di direzione che vedrebbero le proprie competenze confondersi e confliggere con quelle attribuite al responsabile del coordinamento clinico.

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E VERIFICA DEI DIRIGENTI

Riteniamo che tale delicata funzione di valutare le capacità professionali non possa esprimersi che all'interno dei dipartimenti attraverso il Collegio tecnico prevedendo: trasparenza e condivisione dei criteri generali della valutazione ed equità e terzietà del giudizio che deve svolgersi almeno su due istanze con la diretta partecipazione dell'interessato. Altra è la funzione dei nuclei di valutazione che devono giudicare il livello di raggiungimento degli obiettivi incentivati col salario di risultato.

LIMITI DI ETÀ

Riteniamo che il limite di età per il pensionamento posto a 65 più 2 anni sia adeguato sia al raggiungimento di giusti obiettivi previdenziali, sia per mantenere all'interno del sistema competenze professionali valide.

Le proposte sull'innalzamento dei limiti di età contenute a margine di alcune proposte di legge in esame non ci paiono condivisibili sia perché alcune (C. 5107 e C. 4550) selezionano gli aventi diritto ad un innalzamento fino a settanta anni di età limitatamente ai Direttori di struttura complessa, sia perché tale proroga è condizionata di anno in anno alle decisioni del DG.

Ci risulta, dunque, incomprensibile come gli sforzi, anche lodevoli di garantire l'autonomia delle figure dirigenziali con maggiori responsabilità possano impallidire consegnando di fatto alla totale discrezionalità del Direttore Generale le sorti degli apicali nella fascia di quiescenza.

ASSICURAZIONI

Condividiamo infine totalmente la proposta contenuta all'art. 8 del ddl 4550 che prevede l'obbligo in capo alle Aziende di sottoscrivere polizze assicurative per responsabilità civile compresa la colpa grave, escludendo quindi la possibilità di successive rivalse sul professionista per tali fattispecie. Naturalmente tale obbligo non può che accompagnarsi a politiche di prevenzione, e gestione del rischio clinico da attuarsi mediante la definizione di specifiche funzioni aziendali, regionali e nazionali, che purtroppo però non compaiono nei testi in esame. **Articolo 8 Polizze assicurative - 1. È fatto obbligo alle aziende di stipulare adeguata polizza assicurativa contro i rischi per responsabilità civile verso terzi dei dipendenti dirigenti sanitari. La polizza deve comprendere la colpa grave; resta esclusa l'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del sanitario responsabile, ferma restando la facoltà di azione nel caso di dolo. I contenuti minimi della garanzia sono definiti con apposito accordo quadro regionale da stipulare con le organizzazioni sindacali della dirigenza sanitaria firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro. 2. Gli articoli 18, 22 e 23 del testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3, sono abrogati.**

UNO STUDIO DELL'ASSR SUI DATI FORNITI DAL MINISTERO DELLA SALUTE

Crescono le donne medico ma poche conquistano i vertici

Sono sempre più numerose le ragazze che si iscrivono alle facoltà di medicina e raggiungono la laurea, tanto che negli ultimi anni si è registrato il sorpasso e la presenza femminile è diventata preponderante nella professione medica. Ma nelle posizioni apicali le donne sono ancora pochissime, come purtroppo avviene in quasi tutti i settori

di Eva Antoniotti

Deve essere successo una decina di anni fa: senza fare rumore, senza che se ne parlasse troppo, tra i laureati in medicina le ragazze hanno superato i ragazzi. E, infatti, i dati della Fnomceo oggi registrano che, sotto i 35 anni, le donne medico sono più numerose dei colleghi maschi. Un cambiamento che chi vive nell'ambiente sanitario aveva già intuito, ma che ora viene documentato e analizzato in uno studio prodotto dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali e pubblicato su *Monitor*, il bimestrale dell'Agenzia che dedica l'ultimo numero interamente al rapporto tra donne e salute, raccogliendo le linee guida per la salute della donna, i dati sui tumori femminili e sulla natalità, le riflessioni sulla necessità di valorizzare la farmacologia di genere. Un'intera sezione della rivista è dedicata poi alle donne nelle strutture del Ssn, fornendo dati sia sulle donne pazienti che sulle donne operatrici.

LE DONNE NEL SSN

Il rapporto ministeriale sul "Personale delle Asl e degli Istituti di cura pubblici per il 2003" si riassume in un dato nettissimo: la sanità è un comparto a netta prevalenza femminile, con una presenza complessiva di oltre il 59,9%. Confrontando i dati con quelli dell'anno precedente, il dato si rafforza, mostrando come ci si trovi in presenza di una vera "femminilizzazione": il personale del Ssn è cresciuto infatti soltanto di uno 0,5%, pari a circa duemila unità, ma mentre tra gli uomini si registra un calo le presenze femminili crescono ulteriormente.

Nel calcolo complessivo va ricordato il dato in controtendenza della professione infermieristica che, muovendo da una tradizione esclusivamente femminile (solo nel 1971 le Scuole per infermiere aprirono le porte agli uomini), si sta invece progressivamente mascolinizando, pur conservando ancora una presenza di donne preponderante, pari al 75,1% del totale.

Dunque a far virare verso il rosa il settore nel suo complesso sono soprattutto le donne medico, che sono cresciute di 1.600 unità soltanto nel passaggio dal 2002 al 2003. E ovviamente a pesare sono soprattutto le più giovani: secondo i dati resi noti dalla Fnomceo, infatti, le donne sono poco più del 10% tra i medici con più di settant'anni, sfiora appena il 15% tra i professionisti sessantenni, e poi sale progressivamente per arrivare al 57,2% nella fascia d'età tra i 30 e i 35 anni e al 62,3% tra i più giovani, tra i 25 e 30 anni. Numeri che registrano un vero cambiamento epocale, dagli anni in cui alle donne si consigliava, semmai, di cercarsi un marito medico ad oggi, quando le ragazze scelgono senza timori di affrontare una professione impegnativa. E la loro presenza comincia a produrre cambiamenti anche nella ricerca scientifica, come dimostrano ad esempio gli studi sui farmaci, per i quali ci si comincia a chiedere se non occorra valorizzare le differenze fisiologiche tra uomo e donna, non riducibili soltanto alla variazione di corporatura.

GLI OSTACOLI AL "FAR CARRIERA"

Ma la scelta al femminile di essere medico, se non trova più ostacoli in famiglia e nel costume sociale, non è certo priva di ostacoli, soprattutto quando si tratta di rag-

giungere le posizioni dirigenziali, di "entrare nella stanza dei bottoni". Tra i dirigenti di struttura complessa, le donne sono meno del 10%, anche se sostengono altri incarichi professionali alla stregua dei colleghi maschi (vedi tabella). E le cose vanno ancora peggio nei ruoli dirigenziali amministrativi, dove su 98 aziende ospedaliere si contano solo 3 donne nel ruolo di direttore generale, 11 in quello di direttore sanitario e 2 come direttore amministrativo. Una situazione comune a quasi tutti i settori di lavoro, dove la crescente presenza femminile si traduce solo raramente nell'affidamento di ruoli apicali alle donne. Ad ostacolare il loro empowerment vi sono molteplici ragioni: dalle parallele responsabilità familiari, che continuano a gravare prevalentemente sulle spalle delle donne, alla consorte maschile, al peso di una tradizione sempre impersonata da uomini. Certo è che il cambiamento avvenuto nei luoghi di lavoro, e dunque anche in sanità, non si è tradotto in un cambiamento altrettanto forte nell'organizzazione delle famiglie e dei servizi sociali. Ma una presenza così ampia non potrà che farsi sentire.

Personale dipendente del Ssn per sesso anno 2003 (Asl e Ao)

	Totale	Donne	% Donne
RUOLO SANITARIO	448.754	275.112	61,3
<i>Medici e odontoiatri</i>	104.704	32.310	30,8
Medici	104.534	32.270	30,9
Odontoiatri	170	40	23,5
<i>Altro personale laureato</i>	18.856	9.658	51,2
Veterinari	5.502	674	12,2
Farmacisti	2.335	1.610	68,9
Biologi	4.112	2.745	66,7
Chimici	603	163	27,0
Fisici	389	162	41,6
Psicologi	5.915	4.304	72,7
<i>Didattico-organizzativo</i>	3.812	2.609	68,4
<i>Tecnico-sanitario</i>	31.045	16.306	52,5
<i>Riabilitazione</i>	19.104	15.391	80,5
<i>Vigilanza e Ispezione</i>	8.426	1.384	16,4
<i>Personale infermieristico</i>	262.807	197.454	75,1
Operatori I categoria	238.932	181.564	75,9
Operatori II categoria	23.875	15.890	66,5
RUOLO PROFESSIONALE	1.598	164	10,2
RUOLO TECNICO	133.705	70.252	52,5
RUOLO AMMINISTRATIVO	74.792	48.549	64,9
PERSONALE CON QUALIFICHE ATIPICHE	328	220	67,0
TOTALE	659.177	394.297	59,8

Fonte: Elaborazione Italpromo Esis Publishing su dati Assr, Monitor n.12, febbraio 2005

Le donne medico nel Ssn - dati 2002

	Totale	donne	% donne
MEDICI	108.552	33.678	31,0
Dirigente medico con incarico di struttura complessa	10.283	1.016	9,9
Dirigente medico di struttura semplice	15.943	4.573	28,7
Dirigenti medici con altri incarichi prof.li (rapporto esclusivo)	75.060	26.864	35,8
Dirigenti medici con altri incarichi prof.li (rapporto non esclusivo)	6.475	917	14,1
Dirigenti medici a tempo determinato	791	308	38,9

SIGLATA L'INTESA STATO-REGIONI PER LA SANITÀ

Per le Regioni aumentano i finanziamenti ma anche i controlli

Raggiunta l'intesa tra Stato, Regioni, Province Autonome e Regioni a statuto speciale sulla gestione della sanità per i prossimi tre anni. Alle amministrazioni locali andranno 90 miliardi di euro (88 mld per il Fondo sanitario nazionale e 2 mld per la copertura dei debiti pregressi), con un aumento del 7% rispetto al 2004, ma saranno tenute a rispettare rigide regole e a garantire l'equilibrio economico-finanziario del proprio sistema

di Lucia Conti

Il Patto di Stabilità siglato in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 23 marzo e finalizzato all'applicazione delle norme della legge Finanziaria 2005 prevede regole precise e controlli rigorosi per il controllo della spesa sanitaria, per la razionalizzazione della spesa ospedaliera e la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario.

L'AMBITO DELL'INTESA

Il primo articolo del documento illustra gli ambiti di azione delle Regioni per migliorare la stabilità economica dei sistemi sanitari regionali e garantire l'assistenza ai cittadini. Le Regioni, in accordo con il Governo, si impegnano ad ottemperare agli obblighi di erogazione di prestazioni e a perseguire obiettivi

economico-finanziari che mirino alla stabilità del sistema. Si tratta di misure di contenimento della spesa e di monitoraggi dei costi che dovranno essere trasmessi per via telematica agli organi statali incaricati di verificare i risultati. Con l'intesa, le Regioni si impegnano a monitorare le prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche e ospedaliere, facendosi carico di ripianare il 40% del proprio superamento del tetto per la spesa farmaceutica (confermato al 13%) attraverso l'adozione di specifiche misure in materia. Esse devono inoltre garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Lea e di tutti i servizi seguendo sempre i criteri di appropriatezza ed economicità, con una spinta all'eliminazione delle liste d'attesa e favorendo lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, di accertamenti diagnostici in maniera continuativa. Per adempiere a questi obblighi, i fondi assegnati direttamente alle Regioni (78.954.644.980 euro) saranno ripartiti secondo quanto riportato nella tabella in questa pagina, cui vanno aggiunte le entrate proprie regionali (1.982.157.447 euro), le entrate delle Regioni a statuto speciale (5.367.967.578 euro) e i fondi destinati direttamente ad alcune istituzioni come la Croce Rossa (complessivamente 1.890.230.000 euro) fino ad arrivare al totale di 88.195 milioni di euro fissato dalla Finanziaria 2005.

MONITORAGGIO E NSIS

Viene istituito, presso il ministero della Salute, il Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) per il monitoraggio dei servizi erogati dal Ssn, comprese le prescrizioni e la distribuzione diretta di farmaci in fascia A (art. 3 dell'Intesa). Come ricordato, il tetto per la spesa territoriale è fissato al 13% e quello per la spesa complessiva al 16% per la spesa complessiva. Allo scopo di facilitare l'attività del Nsis, si stabilisce il trattamento dei dati individuali in modo che il codice fiscale del cittadino possa essere associato alle prestazioni sanitarie erogate, ai soggetti prescrittori e alle strutture erogatrici. Il conferimento dei dati al Nsis da parte delle Regioni è un obbligo e

condizione necessaria per l'accesso a maggiori finanziamenti. Le Regioni si impegnano inoltre ad adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, affinché si consentano le analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati in ciascuna azienda e struttura erogatrice. Anche questa è una delle condizioni necessarie per l'accesso ai finanziamenti aggiuntivi. Il rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi al Nsis sono inoltre condizione per la confermabilità della carica di direttore generale.

LA RETE OSPEDALIERA

Razionalizzazione della rete ospedaliera con l'applicazione del tetto di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, con una variazione del 5% al massimo. Le Regioni, secondo quanto dettato nell'articolo 4, devono adottare provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e potenziare forme alternative di ricovero ospedaliero, sviluppando l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza residenziale e la semiresidenziale ospedaliera. L'intesa stabilisce inoltre la riduzione del 30% dei costi di ricovero dopo il sessantesimo giorno di degenza.

IL PIANO SANITARIO DELLA PREVENZIONE

Lo stesso articolo 4 dell'Intesa stabilisce che Regioni adottino, entro il 30 giugno 2005, i provvedimenti previsti dal Piano sanitario della prevenzione, alle quali sono destinati 200 milioni di euro da parte delle amministrazioni regionali in aggiunta alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli obiettivi del Piano sanitario nazionale. L'importanza di un progetto per la prevenzione era già stata condivisa da Stato e Regioni nell'Accordo di Cernobbio del 6 aprile 2004. Gli ambiti individuati da Stato e Regioni per il Piano sanitario della prevenzione riguardano le patologie cardiovascolari e le complicanze del diabete; la diagnosi precoce dei tumori; le vaccinazioni ma anche la prevenzione degli incidenti.

PIANO NAZIONALE DELL'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE SANITARIO

L'Intesa (art. 4) stabilisce che ogni Regione dovrà adottare entro il 30 luglio 2005, ed avviare entro il 30 settembre, il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario, destinando alla realizzazione nel proprio ambito territoriale una somma di 50 milioni di euro. L'obiet-

IL RIPARTO DEL FSN 2005

Totale per cassa alle Regioni
(disponibilità di cassa compresa di mobilità, copertura dei contratti Ssn e Izs, fondi per la medicina penitenziaria; in euro)

Piemonte	6.461.305.633
Valle d'Aosta	80.019.944
Lombardia	13.746.021.520
P.A. Bolzano	424.170.848
P.A. Trento	352.502.594
Veneto	6.757.704.417
Friuli V.G.	847.464.716
Liguria	2.553.951.487
Emilia Romagna	6.457.714.144
Toscana	5.562.141.777
Umbria	1.332.637.802
Marche	2.218.150.208
Lazio	7.571.913.263
Abruzzo	1.926.708.073
Molise	485.244.121
Campania	7.545.399.710
Umbria	5.525.299.327
Basilicata	811.153.268
Calabria	2.683.006.343
Sicilia	3.827.338.514
Sardegna	1.583.679.607
Bambin Gesù	168.353.903
A.C.I.S.M.O.M.	32.763.761
TOTALE	78.954.644.980

RISORSE REGIONALI PER IL PIANO SANITARIO DELLA PREVENZIONE PER IL 2005-2007

Regioni	Euro all'anno
Piemonte	32.480.266
Valle d'Aosta	924.936
Lombardia	70.436.325
P.A. Bolzano	3.565.153
P.A. Trento	3.729.724
Veneto	35.311.540
Friuli V.G.	9.086.612
Liguria	11.985.858
Emilia Romagna	31.046.464
Toscana	27.131.923
Umbria	6.456.818
Marche	11.427.707
Lazio	39.770.437
Abruzzo	9.755.970
Molise	2.435.690
Campania	43.768.857
Puglia	30.592.534
Basilicata	4.521.592
Calabria	15.260.133
Sicilia	37.880.744
Sardegna	12.430.717

RISORSE REGIONALI PER IL PIANO NAZIONALE DELL'AGGIORNAMENTO SANITARIO PER IL 2005-2007

	Euro all'anno
Piemonte	3.690.939
Valle d'Aosta	105.106
Lombardia	8.004.128
P.A. Bolzano	405.131
P.A. Trento	423.832
Veneto	4.012.675
Friuli V.G.	1.032.570
Liguria	1.362.029
Emilia Romagna	3.528.007
Toscana	3.083.173
Umbria	733.729
Marche	1.298.603
Lazio	4.519.368
Abruzzo	1.108.633
Molise	276.783
Campania	4.973.734
Puglia	3.476.424
Basilicata	513.817
Calabria	1.734.106
Sicilia	4.304.630
Sardegna	1.412.581

tivo è realizzare una formazione permanente di alto livello in medicina e sanità per tutti gli operatori del sistema. Il Piano prevede anche la creazione di un organismo tecnico-politico per il coordinamento strategico del sistema nazionale Ecm, di una segreteria operativa di coordinamento a carattere paritetico ministero-Regioni e di un Comitato tecnico permanente, con la partecipazione di referenti tecnici delle Regioni e delle Province Autonome. Fino alla definizione del Piano, restano confermati gli obiettivi formativi definiti dai precedenti accordi Stato-Regioni precedenti, con l'obbligo da parte del personale sanitario di raccogliere 30 crediti formativi nel corso del 2005.

TETTO DI CRESCITA DELLA SPESA AL 2%

Il vincolo alla crescita complessiva dei costi è confermato al 2%, al netto dei costi del personale (art. 5).

REGIONI: OBBLIGO DI EQUILIBRIO E DI BILANCIO

Ogni Regione ha l'obbligo di garantire l'equilibrio economico-finanziario del proprio sistema, commisurato al 99% dell'importo attribuito alle singole amministrazioni regionali. Secondo quanto stabilito da Stato e Regioni nell'art.5, per tenere sotto controllo il trend di spesa, le amministrazioni locali sono tenute a realizzare forme di verifica trimestrali e adottare misure in caso di squilibrio. La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e l'affidamento di incarichi per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre o 31 dicembre, a seconda di quando si sia presentato il disavanzo. Qualora si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere l'autorizzazione preventiva dalla Giunta regionale.

I DIRETTORI GENERALI

L'Intesa prevede al secondo comma dell'art. 5

la decadenza dei direttori generali dal loro incarico in caso di non ottemperanza degli obblighi. In particolare, è prevista la decadenza dei direttori generali nei seguenti casi: mancata presentazione dei dati di verifica trimestrali alla Regione, al ministero dell'Economia e al ministero della Salute; mancata presentazione dei provvedimenti correttivi in caso di squilibrio; mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre o 31 dicembre.

RACCORDO OSPEDALE-TERRITORIO

Le Regioni dovranno adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti di raccordo tra le aziende sanitarie e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta (art. 7). L'obiettivo finale è la realizzazione di una vera integrazione assistenziale tra cure primarie e cure ospedaliere, anche attraverso percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e la condivisione di interventi, compresi quelli per la prevenzione.

FINANZIAMENTI AGGIUNTIVI

La sottoscrizione dell'Accordo è condizione per l'accesso a maggiori finanziamenti (art. 8). Queste le modalità: alle Regioni adempienti all'equilibrio economico-finanziario spetta l'80% del maggior finanziamento all'atto della sottoscrizione dell'Accordo e il rimanente 20% subordinato alla verifica dell'equilibrio economico finanziario; alle Regioni inadempienti spetta il 40% del maggior finanziamento alla sottoscrizione e il restante 60% alla verifica dell'effettiva attuazione del programma. Per le Regioni nelle quali si sia verificato un disavanzo pari o superiore al 7%, la stipula dell'Accordo è da considerarsi dovuta e quindi rientrante negli adempimenti di quella Regione.

IL COMITATO PER LA VERIFICA DEI LEA

È istituito presso il ministero della Salute il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse. Il Comitato, secondo quanto stabilito nell'art.

9, si avvale del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e opera sulla base delle informazioni desumibili dal sistema di monitoraggio.

AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO

Secondo l'art. 10, per le Regioni che alla data del 1° gennaio 2005 abbiano ancora in corso di completamento il proprio programma di investimenti, è fissata al 15% la quota minima delle risorse residue da destinare al potenziamento dell'ammmodernamento tecnologico, salvo la dimostrazione da parte delle Regioni di aver già investito risorse a questo scopo.

CUD

Al fine di promuovere la qualità e l'efficienza nell'utilizzo dei dispositivi medici, l'art. 11 dell'Intesa sottolinea la necessità di uno sviluppo delle attività della Commissione unica sui dispositivi medici.

VERIFICA DELL'INTESA

È istituito presso il ministero dell'Economia il Tavolo tecnico e il Tavolo politico per la verifica degli adempimenti (art. 12). Il Tavolo tecnico procede a un primo esame della documentazione informando le Regioni, entro il 30 marzo, sui punti di criticità affinché esse provvedano a presentare eventuali integrazioni, entro il 30 maggio, per la verifica degli adempimenti.

Il Tavolo tecnico effettua una valutazione del risultato di gestione delle Regioni e riferisce l'esito al Tavolo politico, che dà il proprio parere e convoca, in caso di criticità, la Regione interessata. Entro il 15 ottobre dell'anno successivo, il ministero dell'Economia eroga il saldo alle Regioni adempienti e prende provvedimenti nei confronti di quelle inadempienti.

AZIENDALIZZAZIONE

Il Governo e le Regioni si impegnano a adottare i provvedimenti necessari a garantire che, entro il 31 luglio 2005, sia completato il processo di aziendalizzazione dei Policlinici universitari e dell'insediamento dei nuovi organi degli Irccs.

“La sfida delle Regioni”: i programmi per la sanità

Le prime indicazioni dei nuovi presidenti regionali e le controproposte

INUOVI PRESIDENTI	Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali	Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni	Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap	“Governo clinico”	Controllo della spesa farmaceutica	Assistenza per anziani e malati cronici	Una priorità del candidato presidente in sanità	Se vincerà, chi sarà l'assessore alla sanità?
PIEMONTE <i>Mercedes Bresso</i> Centro Sinistra	L'attuale rete ospedaliera è inadeguata. La ristrutturazione deve essere fondata su valutazioni epidemiologiche e di appropriatezza. Imprescindibile l'integrazione con il territorio e la telemedicina, che colleghi tutte le strutture	Le varie soluzioni sono degne di attenzione. Tuttavia riteniamo che, con una decisa opzione per la qualità delle cure ed una gestione che adotti efficaci sistemi di controllo dei finanziamenti, l'ospedale pubblico possa reggere bene	L'istituzione degli Utap può rappresentare una valida impostazione per il rilancio e la valorizzazione della medicina generale, migliorando anche la capacità di orientare i pazienti verso prestazioni appropriate ed efficaci	“Governo clinico” significa ridefinire i rapporti tra cittadini e servizi, con precise assunzioni di responsabilità, utilizzando Linee Guida e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi. Uno dei suoi cardini è la formazione e l'aggiornamento	Le risorse non devono essere razionate, ma razionalizzate. Per la farmaceutica dobbiamo elaborare strategie di controllo degli sprechi, con un lavoro di sensibilizzazione a tutti i livelli: ospedale, medicina di base e cittadini	Ci attiveremo per l'assistenza domiciliare, attraverso assegni di cura e di servizio, e per sviluppare servizi diurni di assistenza “leggera” per anziani con limitata autonomia	Intendo lanciare un Patto per la salute nel quale comprendere assistenza, volontariato e terzo settore. Perseguiamo la riduzione dei ticket fino alla loro cancellazione e il principio di progressività per l'Irpef	
LOMBARDIA <i>Roberto Formigoni</i> Centro Destra	Il nostro obiettivo è rispondere al crescente bisogno di salute inteso nella più ampia accezione di “benessere”. La riforma avviata in questi anni ha già dato risultati positivi in termini di accessibilità, qualità e quantità delle prestazioni, appropriatezza, efficacia ed efficienza. Ora, l'attenzione sarà dedicata in particolare alla riabilitazione, sia quella della fase post ospedaliera sia quella legata alle malattie croniche e all'invecchiamento, migliorando i servizi sul territorio e l'assistenza domiciliare. La nuova sanità che stiamo de-		lineando richiederà importanti interventi di edilizia sanitaria e investimenti in macchinari ed attrezzature. Molta attenzione merita lo strumento della Fondazione: una modalità concreta per “restituire” alle comunità locali gli ospedali, nati grazie alla generosità e alla libera iniziativa dei cittadini stessi. Il riordino della rete ospedaliera avverrà valorizzando e premiando le strutture di eccellenza, ma contemporaneamente intervenendo sul territorio per realizzare una vera continuità di cura: l'ospedale (pubblico o pri-		vato che sia) resta il perno, sostenuto da una rete di soggetti intorno: riabilitazione, l'ospice per i malati terminali, assistenza domiciliare e così via. Punteremo alla promozione della medicina territoriale nella prospettiva dell'associazionismo, delle comunità professionali e della medicina di gruppo, onde favorire una presa in carico più efficace del paziente. Daremo piena attuazione del modello del voucher socio sanitario, come strumento di sviluppo del sistema territoriale di assistenza ad anziani, disabili e minori		in situazione di fragilità sociale. Perseguiamo l'obiettivo della costituzione di un fondo per la non autosufficienza su base volontaristica con una copertura a compartecipazione pubblico/privata e di nuove forme di assistenza mutualistica. (Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso dal sito www.formigoni.it)	
VENETO <i>Giancarlo Galan</i> Centro Destra	La nuova rete consente la maggior accessibilità alle specialità di base e l'accesso più razionale alle alte tecnologie. L'area vasta prevede una rete di ospedali di diversa complessità e una rete di strutture per i bisogni territoriali	Su tale aspetto la politica della Regione Veneta è assai netta, in quanto non si è mai neppure ipotizzato l'ingresso di partner privati nella proprietà e gestione dei grandi ospedali pubblici	Nell'Asl 4 di Thiene si sta già sperimentando il modello UTAP. Inoltre, con l'Accordo regionale per la Medicina convenzionata del 31 dicembre 2001 sono state definite tre nuove forme di medicina: in associazione, in rete e di gruppo	La Regione ha aggiornato l'assetto organizzativo della funzione di controllo esterno, articolandolo a livello aziendale, provinciale (con sette Nuclei Provinciali per i controlli) e regionale (con l'istituzione di un'apposita Commissione)	Nel 2002 era stata introdotto il ticket. Nel 2003 sono state apportate delle modifiche alla quota di compartecipazione (un ticket di 2 € per pezzo, con un massimo di 4 € per ricetta) e ampliate le categorie esentate dal pagamento	L'aumento delle risorse economiche documentano l'impegno a migliorare i servizi socio-sanitari. Dal 1995 al 2004 la spesa per il sociale è passata da 290 milioni di euro a quasi 600; la spesa per il settore anziani da 200 milioni a 420	La non autosufficienza. Gli obiettivi sono: creare le condizioni per una migliore qualità della vita ripensando ai modelli delle città e del lavoro; sviluppare l'assistenza domiciliare; istituire un fondo per la non autosufficienza	A tempo debito e assieme a tutti gli alleati sarà deciso il nome del nuovo Assessore alla Sanità
LIGURIA <i>Claudio Burlando</i> Centro Sinistra	Sono dell'idea che il cardine su cui costruire un'efficiente politica di servizi socio-sanitari debba essere la centralità della persona. In questi ultimi anni, a causa del peggioramento della qualità del servizio offerto, sono sempre di più i malati costretti a curarsi in ospedali di altre Regioni. Per migliorare dobbiamo puntare a ricostruire centri di eccellenza con professionisti di grande qualità, scelti esclusivamente per meriti. È anche giusto		che una persona ammalata possa avere i farmaci di cui ha bisogno senza pagare il ticket. Spesso ci vogliono troppo denaro e troppo tempo per un esame specialistico, mentre l'accessibilità e la tempestività sono indispensabili per l'efficacia delle cure. Pensiamo, inoltre, che sia utile aprire una riflessione su un rapporto positivo tra strutture pubbliche e private, con l'obiettivo, tra l'altro, di evitare che		le inefficienze del nostro sistema sanitario vadano solo a vantaggio di strutture private convenzionate di altre Regioni. Abbiamo proposto di istituire un fondo per la non autosufficienza, anche se è auspicabile che questa proposta venga assunta da un nuovo Governo nazionale. La Liguria è notoriamente la Regione più anziana d'Europa. Questi nostri cittadini, però, non sono solo soggetti bisognosi di assistenza ma an-		che una risorsa. E quanto più saremo capaci di offrire loro spazi di vita sociale e di aggregazione, tanto più sapranno anche restituirci il valore della loro esperienza e della loro memoria. (Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso dall'ufficio elettorale del candidato)	
EMILIA ROMAGNA <i>Vasco Errani</i> Centro Sinistra	Abbiamo finito la rimodulazione della rete ospedaliera nel 1999. Abbiamo 4,9 pl ogni mille abitanti, lo 0,9 dedicato alla lungodegenza riabilitativa. La rimodulazione non è stata un taglio di servizi ma una riconversione di posti letto	Riteniamo che non vi siano elementi per dire che le Fondazioni sono in grado di migliorare l'efficienza e di recuperare risorse per il funzionamento delle strutture. Non seguiamo questa strada	Il Distretto è l'integrazione tra sociale e sanitario e tra servizi sanitari. Le Utap sono simili ai Nuclei di cure primarie e alla Medicina di gruppo: l'organizzazione distrettuale è presente nella legge sull'organizzazione e il funzionamento del Sr	Il GC è per il Sr un punto di riferimento di grande rilevanza. Con il GC chiediamo ai medici di assumersi la responsabilità di comportamenti professionali che garantiscano appropriatezza e qualità dell'assistenza e un adeguato uso delle risorse	Il nostro controllo vuole dunque essere sulla appropriatezza della prescrizione. Abbiamo un programma che agisce su due aspetti: l'appropriatezza delle prescrizioni, la distribuzione diretta di farmaci	La nostra regione è fra le più “vecchie” d'Italia. Il problema della cronicità e dell'assistenza lo stiamo affrontando da molti anni. L'obiettivo è fornire una assistenza fortemente personalizzata ed adeguata alle diverse esigenze delle persone anziane	Due priorità: qualificare la sanità pubblica ed innovare. Su questa strada la prima scelta è proprio quella del fondo per la non-autosufficienza, perché è una questione che tocca ormai tutte le famiglie	Lo deciderà il presidente della Regione che i cittadini eleggeranno il 3 e 4 aprile
TOSCANA <i>Claudio Martini</i> Centro Sinistra	Il nostro Sr è molto cambiato: da 93 presidi siamo scesi a 40 strutture, moderne e ben attrezzate. È stata aumentata l'efficienza e l'efficacia dell'assistenza. Nel 2000-2005 abbiamo fatto 17 nuovi ospedali e consistenti ristrutturazioni	Non è nei nostri programmi, noi non prevediamo assolutamente la trasformazione dei nostri ospedali in Fondazioni. Le Fondazioni sono di natura privata e la nostra scelta non va nella direzione della privatizzazione	Nel 2005-2007 esamineremo il modello di Unità di Cure Primarie che assicura l'integrazione degli interventi socio-sanitari da parte dei Mmg, dei pediatri di libera scelta e di altre professionalità presenti sul territorio	È stato rafforzato il processo avviato con il Psr 2002-2004 con la revisione della legislazione in materia di ordinamento del Sr aggiornando le norme che disciplinano istituti che hanno già subito modificazioni profonde	La nostra politica in materia di spesa farmaceutica è ispirata a principi di contenimento dei consumi e di razionalizzazione, con evidenti benefici, sia per la salute dei cittadini che per le casse regionali. Questo ci ha evitato i ticket sui farmaci	La maggioranza dei nostri anziani è in salute, ma ci sono persone che necessitano assistenza. Il Pr 2005-2007 gli dedica un progetto specifico. Investimenti per l'assistenza e servizi assistenziali come l'Adi, il Progetto Alzheimer	Due particolarmente significativi: controllo del dolore come diritto del cittadino e un progetto che riguarda le prestazioni ortopediche. Su questo intendiamo ridurre le liste di attesa e riservare attenzione agli anziani	
UMBRIA <i>Maria Rita Lorenzetti</i> Centro Sinistra	Il Piano sanitario regionale ha raggiunto gli obiettivi previsti, a partire dal mantenimento dell'impianto universalistico e della qualificazione e sostenibilità finanziaria del servizio sanitario umbro. Siamo riusciti a ridurre la spesa, in particolare quella farmaceutica, soprattutto grazie alla responsabilizzazione dei medici di medicina generale e alla riqualificazione delle prescrizioni. Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, emerge in Umbria un basso tasso standardizzato,		con una minore durata media della degenza. Grande importanza ha ricoperto la politica di edilizia sanitaria e la riorganizzazione della rete ospedaliera, con una dotazione della strumentazione diagnostica ad alto contenuto tecnologico. La rete di emergenza/urgenza è attiva su tutto il territorio regionale e sono stati dati nuovi impulsi alla ricerca e alle innovazioni nelle “aree di eccellenza” da parte delle Università, sostenendo anche un progetto relativo alle bio-		tecnologie. Sono stati inoltre introdotti e perfezionati strumenti di monitoraggio. Abbiamo infine dato continuità alle linee del Patto sociale, con il quale abbiamo scelto di mettere al centro delle politiche del welfare la persona e la famiglia. Una particolare attenzione è stata rivolta alla popolazione anziana autosufficiente e non autosufficiente, destinando loro significative risorse fi-		nanziarie. Il nostro obiettivo è realizzare politiche sociali orientate al sostegno della normalità e della quotidianità della vita delle persone, che valorizzano i legami e le relazioni, che promuovono il sostegno alle capacità dei singoli. (Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso dal sito www.italorenzetti.it)	
MARCHE <i>Gian Mario Spacca</i> Centro Sinistra	Credo sia necessario decentrare i servizi sanitari e accentrare quelli amministrativi. Così gli ospedali potranno diventare dei centri di eccellenza capaci di offrire equità di accesso, appropriatezza di prestazioni, innovazione tecnologica		Lo sviluppo della risposta sanitaria e socio-sanitaria nel territorio è una priorità: realizzare un completo sistema di prevenzione; offrire una prima risposta ai problemi; garantire la continuità assistenziale, in particolare per i soggetti cronici	I depositari del governo clinico sono i professionisti sanitari, ai quali bisogna garantire le migliori condizioni di lavoro. Fondamentale la formazione continua, così da qualificare i percorsi e fornire la migliore gestione dei processi.	L'assenza di tickets sui farmaci è uno degli indici che sui contraddistinguono il livello di qualità del nostro sistema regionale. L'obiettivo è salvaguardare i principi di solidarietà ed equità dei servizi, nel rispetto delle compatibilità finanziarie	Le trasformazioni di cui ho parlato sono rese necessarie proprio dall'invecchiamento della nostra società: gli anziani aumentano e insieme a loro crescono le cronicità e i bisogni assistenziali. Occorre rendere rapidi i tempi di risposta del sistema	Ci impegneremo a progettare e realizzare una sanità amica, che faccia crescere la salute, salvaguardando e consolidando il carattere pubblico ed universalista del servizio sanitario regionale	
LAZIO <i>Piero Marrazzo</i> Centro Sinistra	Riequilibrare il rapporto fra Roma e le altre province. Realizzare moderni ospedali ai Castelli, nella Valle dell'Aniene e nel Golfo con la riconversione dei piccoli ospedali fotocopia in presidi integrati alla rete delle cure primarie	Prudente che modificare l'assetto istituzionale degli ospedali di eccellenza è prioritario rilanciare la missione, investendo in innovazione. Non ha senso che strutture di alto livello siano costrette, per la disorganizzazione della rete, a occuparsi di patologie banali.	La medicina delle cure primarie, i distretti, l'associazionismo dei mdg sono temi centrali: dare alla medicina del territorio la stessa valenza di quella dell'ospedale porterebbe grandi vantaggi in termini di salute e di appropriatezza	Il nuovo Collegio di direzione (in parte eletto) che dai poteri obbligatori sulla politica sanitaria aziendale; rilancio dei consigli dei sanitari e dei comitati di dipartimento; autonomia gestionale, finanziaria e operativa ai dipartimenti	Appropriatezza delle prescrizioni in stretto rapporto con i medici di famiglia, distribuzione diretta in accordo con i farmacisti, coinvolgere anche gli specialisti e l'ospedale in un monitoraggio dell'andamento della spesa.	Un fondo per la non autosufficienza e corsie preferenziali per anziani e malati cronici sono risposte concrete e dirette, da unire ad una politica del tutto nuova sull'assistenza domiciliare, integrando venemente attività sanitarie e sociali	Preso in carico degli utenti e continuità dell'assistenza nelle 24 ore; trasparenza e competenza nella attribuzione di tutti gli incarichi e legalità nella vita delle aziende sanitarie	Chiunque avrà questo incarico lo assolverà all'interno di un percorso decisionale che vedrà oltre il mio personale impegno anche il coinvolgimento degli enti locali e delle associazioni dei cittadini
ABRUZZO <i>Ottaviano Del Turco</i> Centro Sinistra	Anche in sanità rischia di affermarsi il principio dei tagli ai servizi “in nome dell'efficienza”. Noi invece crediamo che sia possibile coniugare l'efficienza del sistema con la presenza dei servizi sanitari in tutto il territorio regionale	Lavoriamo all'ipotesi di una unica Asl, collegata alla trasformazione in aziende dei 4 ospedali delle città capoluogo di provincia, per contenere le ingenti spese di funzionamento amministrativo e coordinare interventi ed investimenti, evitando sprechi e inutili doppiami	La natura del nostro territorio impone di rinunciare alle ipotesi di prestazioni sanitarie concentrate nelle città e nei relativi ospedali, lanciando un progetto di sviluppo sull'intero territorio di una vera e propria rete di servizi sanitari		Per 5 anni la sanità in Abruzzo è stata affidata alla sola improvvisazione, perché sono mancati tutti gli elementi di conoscenza, di analisi del sistema e di programmazione. Noi abbiamo progetti più ambiziosi per un servizio davvero più efficiente	Intorno ai presidi ospedalieri andrà realizzata una rete adeguatamente distribuita di servizi di base vicini ai cittadini, integrati con modalità di ricovero per malati cronici e lungodegenti, in stretta integrazione con i servizi sociali dei Comuni	La priorità delle priorità è riguadagnare un sentimento di fiducia dei cittadini sull'organizzazione della sanità nella nostra Regione. Quindi, anche miglioramento delle strutture ospedaliere e della loro capacità di accoglienza	Una cosa per volta. Per il momento abbiamo un “testino” con una presenza femminile molto ampia (cinque donne su sette), unico caso in Italia, e abbiamo lavorato intensamente alla stesura di un programma di governo da arricchire con l'esperienza di ogni giorno
CAMPANIA <i>Antonio Bassolino</i> Centro Sinistra	Razionalizzazione rete di servizi sanitari pubblici, con integrazione tra università, ospedali, ambulatori e medici di famiglia. Obiettivi: centri di eccellenza specializzati, presidi ospedalieri in aree non servite, qualificazione dei servizi territoriali	Non deve aprire la strada a processi di privatizzazione. L'istituto della Fondazione può rappresentare uno strumento giuridico e gestionale utile per favorire una maggiore efficienza, ad esempio permettendo la messa in rete di numerosi servizi oggi dispersi	Realizzare modelli assistenziali per riqualificare le capacità di risposta del distretto, modularle le competenze operative dell'ospedale e migliorare la reciproca integrazione, sapendo che il distretto, ora, non soddisfa pienamente la domanda di prestazioni	Assegnare ai medici la responsabilità clinica delle A.S., basata sulle risposte al bisogno di salute in termini di appropriatezza e qualità. In questa cornice va letto il rapporto di esclusività, consentendo anche l'esercizio trasparente della libera professione	Rafforzamento culturale per un utilizzo appropriato del farmaco e interventi di regolamentazione del mercato. Realizzare regole condivise che definiscano il prezzo dei farmaci e impegnino per il reinvestimento dei profitti in ricerca e occupazione	Potenziamento di una risposta integrata e universale, più efficace rispetto a bisogni complessi nella vita dell'individuo e delle famiglie. L'integrazione deve contrastare la tendenza alla separazione della sanità dal contesto sociale in cui la malattia si determina	Una forte battaglia contro le disuguaglianze, che con la devolution si aggraverebbero. Il miglioramento dello stato di salute, diritto delle popolazioni e obiettivo primario dei Sr e del Paese, si realizza nel rispetto di un ordinamento omogeneo	
PUGLIA <i>Nichi Vendola</i> Centro Sinistra	Il riordino della rete ospedaliera e la riorganizzazione della sanità territoriale, hanno rappresentato le fasi più controverse dell'attuale legislatura regionale. Ed anche uno dei fallimenti più evidenti della Giunta Fitto. Nostro compito sarà quello di ridisegnare il Piano di riordino ospedaliero ripartendo dai servizi distrettuali e ponendo al centro del nostro lavoro la salvaguardia della assoluta pubblicità della salute attraverso la difesa strenua della sanità pubblica, pur avendo presente le carenze e gli aspetti negativi ed inacc-		certabili del suo funzionamento. Sarà pertanto nostro impegno avviare provvedimenti che riducano sensibilmente – fino al loro superamento – le lunghe liste di attesa; incrementino in modo diffuso e articolato sul territorio i centri di senologia; operino un rafforzamento del 118; diano impulso e sviluppo al piano di emodialisi; pongano al centro la politica di prevenzione e le scelte ad essa conseguenti; riorganizzino radicalmente la medicina di base in ragione, tra l'altro, di una gestione integrata di percorsi		assistenziali per determinati profili di cura (ipertensione, diabete, ecc.); sviluppino – o meglio – avvino la medicina del territorio; attivino, finalmente l'integrazione socio-sanitaria con riferimento particolare al coordinamento tra Enti Locali, Asl e comunità; attivino una sufficiente articolazione dei servizi riabilitativi in particolare nel settore psichiatrico; guardino ad un adeguato utilizzo dei posti letto per la lunga degenza post-acutezza; attivino la rete delle Rsa; mettano in grado di gestire in modo adeguato le risorse		se umane. Dunque ripartire dal Piano Sanitario Regionale, perché con il contributo delle Province, delle Autonomie locali, delle organizzazioni sindacali e del terzo settore, si possa ridisegnare il volto delle politiche sociali e sanitarie. (Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso dal sito www.nichivendola.it)	
CALABRIA <i>Agazio Loiero</i> Centro Sinistra	Il Sistema sanitario regionale deve garantire una distinzione tra compiti di programmazione e funzioni gestionali, con l'attribuzione alla Regione dei compiti di programmazione, allocazione delle risorse, controllo del sistema e introduzione di criteri di autonomia, efficienza e produttività nelle gestioni aziendali. In questa ottica, è indispensabile coordinare tutta la produzione legislativa in materia sanitaria; mantenere e potenziare un governo unitario del sistema, dalla rete ospedaliera al territorio, al fine di con-		sentire un'offerta sanitaria articolata ed integrata e di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero. Vanno altresì perseguiti rapporti di collaborazione con le Università, il CNR ed altri enti di ricerca; va riorganizzato il Dipartimento sia con la possibile strutturazione di un'Agenzia regionale per i servizi sanitari e la realizzazione di un moderno sistema di comunicazione digitale. Il Sistema sanitario regionale deve garantire i livelli essenziali di assistenza per tutti i cittadini. Perché ciò avvenga è indispensabile acquisire le risorse fi-		nanziarie e manageriali necessarie, organizzare in modo efficiente l'intera filiera settoriale (dalle attività di prevenzione alle cure primarie, all'integrazione dei servizi, all'attività dei centri di eccellenza), ripensare gli attuali livelli di contribuzione e di ticket a carico dei cittadini. In tale direzione occorre articolare le attività di assistenza e cura attraverso un processo di integrazione operativa e funzionale tra Distretto sanitario, la Rete ospedaliera e i Centri di eccellenza. In particolare, è necessario: potenziare il ruolo del		Distretto sanitario come fulcro dell'intero sistema (...); che il Distretto diventi il canale di collegamento per il ricovero ospedaliero (...); che le Aziende ospedaliere possano affrontare le emergenze, le alte specialità e le eccellenze. (Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.agazioloiero.it)	
BASILICATA <i>Vito De Filippo</i> Centro Sinistra (voto rinviato al 17/18 aprile)	L'interpretazione lucana della riforma federalista ha preso strade ben diverse da quelle indicate dal governo nazionale di centro destra e si è andata tralasciando nell'evoluzione del sistema pubblico regionale verso un modello di governance cooperativa. Obbediscono a tale impostazione gli strumenti messi in campo per alimentare le politiche locali dello sviluppo: i Pit della programmazione comunitaria, i Piani socio-assistenziali e la prima sperimenta-		zione del Piano della Salute (...). Ma anche l'ulteriore stadio del riordino del sistema degli organismi strumentali, ivi comprese le Aziende sanitarie, dovrà essere effettuato secondo logiche manageriali di “gruppo pubblico” regionale, ossa con la ridefinizione degli strumenti di programmazione, controllo, finanziamento e comunicazione (...).		Nonostante le drastiche riduzioni dei finanziamenti nazionali al sistema socio-sanitario regionale, non abbiamo rinunciato a sviluppare un welfare regionale sempre più equo ed inclusivo (...). La rete ospedaliera regionale non ha subito amputazioni, anzi è interessata da ambiziose azioni di modernizzazione e specializzazione dell'offerta, anche se i cittadini devono essere informati e resi consapevoli della necessità di tener d'occhio		gli oneri crescenti del sistema sanitario regionale e di monitorare permanentemente la sostenibilità organizzativa e finanziaria dei piani di sviluppo dei servizi e delle strutture. (Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.vitodefilippo.it)	

Unità dei nuovi presidenti e dei candidati sconfitti

Coste dell'opposizione nelle Regioni dove si è votato il 3 e 4 aprile scorso

I CANDIDATI SCONFITTI	Riordino della rete ospedaliera e chiusura dei piccoli ospedali	Trasformazione dei grandi ospedali in Fondazioni	Riordino della rete territoriale e istituzione delle Utap	"Governo clinico"	Controllo della spesa farmaceutica	Assistenza per anziani e malati cronici	Una priorità del candidato presidente in sanità	Se vincerà, chi sarà l'assessore alla sanità?
PIEMONTE <i>Enzo Ghigo</i> Centro Destra	Anche in periodi di risorse limitate si investe: modelli organizzativi basati sui dipartimenti negli ospedali, mentre le strutture piccole diventeranno nodi per il pre e il post ricovero negli interventi ad alta complessità	<i>In Piemonte operazioni di questo genere non sono previste</i>	È in fase di realizzazione, proprio su proposta dei medici di medicina generale, il nuovo sistema H24 per un servizio di grande efficacia nell'intero arco della giornata, che potrà entrare in funzione dopo gli accordi tra sindacati e Regione	<i>Alcuni passi significativi sono stati effettuati con la creazione delle "reti" oncologica e cardiologia. In fase avanzata sono anche quelle allergologica, della salute mentale e di prevenzione dell'ictus</i>	I risultati sono ottimi. Il Piemonte è primo nel contenimento della spesa per il 2004 e il trend positivo prosegue nel primo mese del 2005. La spesa lorda, che ammonta a 74 milioni e 428 mila euro, è all'11,8% rispetto al tetto del 13% stabilito	<i>È stata creata una rete per interventi integrati domiciliari; residenziali; semiresidenziali; progetti individuali per la continuità assistenziale; creazione di un sistema di risposte per acuzie, post acuzie e lungodegenze</i>	Investire nella ricerca e nelle tecnologie, migliorare l'appropriatezza dei ricoveri, sostenere la domanda di welfare. La sanità può essere anche un motore per l'economia, come dimostra la realizzazione del Parco della Salute	<i>Ne ripareremo al momento della distribuzione delle deleghe a tutti gli assessori. Posso comunque dire che Galante ha lavorato davvero bene</i>
LOMBARDIA <i>Riccardo Sarfatti</i> Centro Sinistra	La rete ospedaliera deve essere ridisegnata. Si dovranno seguire criteri innovativi e costruire una rete, che deve contemplare le strutture private accreditate, distinta in: ospedali ad alta specialità, intermedi e di comunità	<i>L'innovazione è realizzabile anche senza le Fondazioni, che sono strumenti creati per rispondere alle difficoltà di rapporto con le comunità locali, ma che hanno dimostrato di non creare vantaggi e rischiare di sfuggire al controllo pubblico</i>	I servizi territoriali sono deboli, ma l'efficienza del sistema si gioca sulle cure primarie. È fondamentale una condivisione per la progettazione dei servizi e la loro localizzazione da parte di Asl, Ao, Comuni e operatori socio-sanitari	<i>Il Governo clinico è dei medici. Vogliamo valorizzare le professioni e abbandonare il sistema sanitario centralistico. La professione medica vive una situazione di disagio perché subordinata alle logiche del budget</i>	Serve una maggiore disponibilità di farmaci generici; la distribuzione diretta; la revisione della distribuzione in ospedale; l'adeguamento delle confezioni. Niente ticket su farmaci e pronto soccorso. Gratuito le cure per i Lea e riabilitazione	<i>Elevare il livello di esenzione per l'IRPEF e finalizzare il gettito per un Fondo per la non autosufficienza amministrato dalla Asl. Saranno valorizzati i Piani di Zona e forme di gestione consortile</i>	Eliminare le disuguaglianze sociali e riformulare il valore della salute come investimento sul bene comune economico e sociale. Puntare con forza alla riconversione dei bisogni di cura in bisogni di salute	
VENETO <i>Massimo Carraro</i> Centro Sinistra	Il riordino si impone perché i bisogni di salute cambiano e gli ospedali devono essere sempre qualificati. Per garantirne un funzionamento efficiente, le strutture dovranno essere legate al numero di utenti ai bisogni di quel territorio	<i>È un'idea non praticabile. La natura giuridica delle strutture ospedaliere non può essere l'elemento che determina un livello di efficienza. Gli ospedali vanno integrati nella rete assistenziale, senza estraniarli dal territorio</i>	Le Utap sono un'ottima proposta. L'assistenza territoriale è sempre più centrale nei bisogni di salute della popolazione. Pertanto i distretti socio-sanitari e i medici di medicina generale sono una priorità assoluta	<i>Il Governo clinico è dei medici. Vogliamo valorizzare le professioni e abbandonare il sistema sanitario centralistico. La professione medica vive una situazione di disagio perché subordinata alle logiche del budget</i>	Non è stata promossa l'appropriatezza dell'uso del farmaco. Mi impegnerò per eliminare il ticket dai farmaci e dalle strutture intermedie e allargare gli esenti per quelle specialistiche	<i>È esattamente quello che serve nel Veneto. E per farlo si potrebbero utilizzare i fondi dell'attuale addizionale Irpef che è già una tassazione aggiuntiva per i Veneti</i>	Non una, ma quattro: programmare, investire sull'assistenza territoriale, attivare strutture intermedie e ridurre l'ospedalizzazione impropria	<i>Sarà una persona capace e competente. Che crede nella bontà di un sistema integrato che valorizza il ruolo dei sindaci</i>
LIGURIA <i>Sandro Biasotti</i> Centro Destra	La sanità ligure era "ospedalocentrica", con una utenza impropria a causa delle reti territoriali obsolete. Abbiamo dovuto sviluppare una sanità nuova, attenta alla prevenzione, orientata al territorio; con ospedali ad alta intensità di cura	<i>L'elevato numero di strutture per acuti e la spesa che cresce, rende necessario intervenire sulle strutture dell'offerta attraverso un'oculata gestione, privilegiando le necessità dei cittadini, completando le trasformazioni in programma</i>	Il Piano regionale prevede il potenziamento dell'assistenza territoriale, con l'incremento della residenzialità extraospedaliera. Con le Utap si potrà sviluppare un'assistenza H24, rispondendo ad una ampia fascia di fabbisogno di salute	<i>La Clinical Governance consente di erogare servizi sanitari più appropriati e senza sprechi e, dunque, un importante strumento del quale la Regione intende avvalersi per una politica sanitaria incentrata sulla qualità dell'assistenza</i>	Abbiamo attivato strumenti per intervenire sugli sprechi. La spesa farmaceutica è aumentata nel 2004 del 7%, a fronte dell'8% nazionale. Per molte patologie c'è l'esenzione dal ticket, così come per i redditi familiari sotto i 36.151,98 euro	<i>Si potrebbe far convergere in unico fondo delle risorse socio-sanitarie di Regione, Comuni e Asl, utilizzare il Fondo per servizi domiciliari e residenziali; integrare le indennità di accompagnamento con un contributo regionale di 400 euro</i>	Anzitutto valorizzare la prevenzione e il territorio; orientare gli ospedali alla medio alta intensità di cura; realizzare misure forti per gli anziani e la non autosufficienza, sviluppare una efficace integrazione socio sanitaria	
EMILIA ROMAGNA <i>Carlo Monaco</i> Centro Destra	È un errore pensare che la razionalizzazione della rete ospedaliera debba avvenire a spese degli ospedali minori che svolgono spesso una funzione importante e un servizio di qualità nelle zone più disagiate del territorio	<i>La Fondazione è una forma giuridica snella e efficace se riesce a convogliare nel proprio capitale sociale fondi e risorse aggiuntive rispetto al denaro pubblico. L'efficacia sta nel fatto di riuscire ad accrescere le risorse, altrimenti non serve allo scopo</i>	I mmg, colonna portante dell'organizzazione sanitaria di base, negli ultimi anni si sono trasformati in burocrati produttori di care. Non vorrei che la nuova proposta di creare le Utap finisse per aggravare tale processo	<i>Ciò che conta sono i risultati effettivi sul piano gestionale e non la sofisticazione programmatica dei modelli cartacei. Il GC non deve diventare una pratica burocratica per documentare mediante carte la buona efficienza del sistema</i>	Un maggior controllo nell'uso dei farmaci è condivisibile. L'indicazione va rivolta ai produttori, ai medici e infine ai cittadini che devono ridurre il ricorso ai farmaci	<i>Va favorita mediante assegni di mantenimento, permanenza all'interno delle famiglie e dei luoghi della propria vita. Incentivi possono essere introdotti per il volontariato e la cooperazione sociale senza scopi di lucro</i>	L'alleggerimento delle pratiche burocratiche, dalla medicina di base alla medicina del lavoro. Norme sanitarie di carattere surrettizio sono state inserite in tantissimi campi; della loro efficacia è lecito dubitare	<i>L'assessore alla sanità sarà un imprenditore che opera da anni con successo nel settore bio-medico, Gianni Bellini di Mirandola che saprà guardare la salute pubblica sotto il profilo dell'efficienza e dell'innovazione tecnologica</i>
TOSCANA <i>Alessandro Antichi</i> Centro Destra	Occorre riorganizzare la rete tenendo conto di due obiettivi: convertire la funzione di alcuni ospedali minori e attivare l'ospitalità a domicilio; realizzare centri di alta specialità anche al di fuori delle aziende Ospedaliere-Universitarie	<i>La trasformazione di grandi ospedali in fondazioni mi trova d'accordo perché l'ipotesi di affidare la gestione di un grande ospedale pubblico ad una fondazione no profit risponde alla necessità di privatizzare le regole di gestione</i>	Le utap dovrebbero costituire il punto di riferimento dell'assistenza territoriale, intercettare la domanda di salute, soddisfarla e, per quanto possibile, governare i successivi eventuali percorsi sanitari e sociali in un'ottica di adeguatezza	<i>L'introduzione del GC è recente e necessaria di un'azione di aggiornamento del personale, di un sostegno sistematico della cultura della qualità, della previsione di incentivi e il conseguimento degli obiettivi anche di tipo economico prefissati</i>	È necessario che i medici siano protagonisti di un importante cambiamento per il corretto uso dei farmaci, contribuendo alla sostenibilità economica del Ssr e rafforzando l'informazione dei cittadini sull'uso razionale del farmaco	<i>Gli anziani e i malati cronici richiedono una forte integrazione tra i servizi sanitari e sociali. È indispensabile intervenire in azioni preventive: mantenere stili di vita salutari e vivere nel proprio domicilio in famiglia</i>	La riduzione delle liste di attesa. La nostra ricetta è semplice. Sono convinto che il sistema sanitario debba essere pubblico, ma questo non significa che i servizi debbano essere erogati solo e soltanto attraverso strutture pubbliche	<i>Sarà una persona capace di saper organizzare, programmare e indirizzare un settore come quello della salute e della sanità, che in Toscana impegna risorse finanziarie per oltre 5.000 milioni di euro rappresentando il 68% del bilancio complessivo</i>
UMBRIA <i>Piero Laffranco</i> Centro Destra	Il modello potrebbe essere quello di altre Regioni ad esempio: centri ospedalieri ad alta specializzazione, forte diffusione di centri di pronto soccorso, day hospital e poliambulatori. Il tutto coordinato da un'unica struttura regionale	<i>Trasformare gli Ircs in fondazioni potrebbe significare colmare un passivo gigantesco, nonché abbandonare i vincoli e le lungaggini del pubblico, con le conseguenti sacche di inefficienza</i>	Il riordino deve passare attraverso la creazione di un'unica Asl, a fronte delle sette ora esistenti. Con le Utap più medici potranno condividere informazioni su uno stesso paziente e fornirgli migliore assistenza in tempi rapidissimi	<i>Il GC rappresenta un obiettivo strategico per assicurare maggiore coerenza, trasparenza ed equità nel sistema di selezione delle risorse professionali mediche e delle verifiche dei dirigenti sanitari</i>	Razionalizzare la spesa farmaceutica è fondamentale, una direttiva che il nostro governo sta seguendo con grande convinzione. Lo sconto sul margine dei produttori, l'introduzione dei generici stanno dando ottimi risultati	<i>L'obiettivo è un Ssr che fa prevenzione, ricovero con professionalità garantendo le moderne tecnologie, fa diagnosi, terapia e riabilitazione. Proponiamo un contributo mensile pari a due giornate di ricovero ospedaliero, spesso non necessario</i>	Innovare il Ssr, modernizzandolo e liberandolo dalle maglie dello statalismo. Realizzare investimenti per la qualificazione e la ristrutturazione delle strutture pubbliche, fondamentali per garantire reale competitività tra i vari soggetti	<i>Top secret (ma è un nome di grande prestigio scientifico e comprovata competenza, oltre ad essere estraneo a logiche partitiche)</i>
MARCHE <i>Francesco Massi</i> Centro Destra	L'attuale struttura verticistica ha duplicato ruoli e funzioni a livello centrale anziché generare quelle economie di scala a cui si voleva giungere. I miei obiettivi: un livello amministrativo e programmatico; cinque aziende sanitarie; concentrazione delle metodiche ospedaliere di eccellenza; riferimento alla sanità privata finalizzata allo sfruttamento economico delle capacità di economizzare risorse. L'obiettivo è superare l'aggregazione spinta che non ha dato una risposta coerente		con le differenziazioni territoriali ed epidemiologiche espresse dal territorio. Si dovrà procedere a modificare il Pr sulla base dei seguenti sistemi a rete: Specificità territoriale, specializzazione funzionale, economie di scala. L'articolazione della specificità territoriale trova soluzione nella ricostruzione delle autonomie organizzative e nella autonomia gestionale assistita. La differenziazione a livello territoriale trova valorizzazione economica positiva grazie alla concentrazione delle risorse economiche ed umane verso la specializzazione funzionale. L'integrazione funzionale, di processo e la ricerca della maggiore efficienza economica recuperabile dai processi indiretti avviene a livello centrale, dove un solo livello amministrativo e programmatico agisce in relazione di servizio interno con i cinque ambiti territoriali. Tutta la programmazione sanitaria sarà finalizzata alla convergenza verso la massimizzazione delle efficienze sia di scala economica che di processo		per quei servizi fruibili in modalità ordinaria e programmabile. In questo quadro la ricerca diverrà obiettivo primario del modello sanitario marchigiano attraverso unità ottimali sul territorio al fine di ottenere economie di erogazione con la specializzazione della competenza. <i>(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso dal sito www.francescomassi.it)</i>			
LAZIO <i>Francesco Storace</i> Centro Destra	La priorità rimane quella di un servizio sanitario umanizzato e de-burocratizzato. Un obiettivo da raggiungere seguendo le linee-guida che hanno ispirato il Piano sanitario regionale: centralità della persona, equità, promozione della salute, qualità, sostenibilità economica. In questo quadro, prevediamo un ulteriore abbattimento delle liste d'attesa, attraverso una gestione "umana" delle liste (...). Uno dei progetti più ambiziosi è, poi, la ridefinizione del ruolo dell'ospedale: il nuovo ospedale dovrà farsi carico della gestione		ne del paziente acuto ad alta complessità assistenziale, con percorsi diagnostico-terapeutici rapidi, altamente specializzati e tecnologicamente sofisticati. La rete ospedaliera: ospedali per l'emergenza (sedi di Pronto soccorso, Dea II livello, Dea II livello); ospedali di alta specialità; ospedali di insegnamento (Ircs, Policlinici universitari). In questo contesto, si inseriscono le seguenti azioni programmatiche: sperimentazione dei centri di eccellenza, già finanziati con 11,4 milioni di euro. Sperimentazione dell'Azienda		spedialiera Sant'Eugenio-Cto. Completamento dell'Istituto oncologico di eccellenza. Potenziamento del Policlinico Tor Vergata. Completamento del programma di edilizia sanitaria. Potenziamento del sistema organizzativo, investendo sulla formazione dei dirigenti con una Scuola superiore regionale di management sanitario. Ci sarà anche un Centro di assoluta eccellenza, quale il Policlinico del Campus biomedico di Trigoria, che sarà completato nel 2007 e che avrà 400 posti letto. Potremmo su alcuni progetti		qualificanti che arricchiscono il "modello Lazio" anche nel campo sanitario: rete ambulatori; prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie cardiovascolari; rete oncologica regionale; conferimento dello status di azienda ospedaliera al complesso S. Eugenio-Cto; Regione senza dolore; odontoiatria sociale. <i>(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso dal sito www.italiainstitutistorace.com)</i>	
ABRUZZO <i>Giovanni Pace</i> Centro Destra	Più volte è stata sollecitata una riforma della sanità e la elaborazione del terzo piano sanitario regionale. Purtroppo non è stato possibile cogliere quest'obiettivo nel tempo della legislatura appena trascorsa a causa del pesante indebitamento ereditato in 10 anni di gestione. Si è imposta una scelta sulle altre: ripianare i conti. Oggi ci sono le condizioni per programmare una sanità moderna, responsabile e funzionale.		Anzitutto sarà riorganizzata la rete ospedaliera nell'ottica di offrire al territorio il servizio di emergenza-urgenza (Deu) e di lungo-degenza post-acuzie e riabilitazione di cui ciascuna area ha bisogno, concentrando nei grandi ospedali e nelle cliniche i centri di eccellenza per l'acuzie.		fruire cure primarie e interventi di pronto soccorso in tempo reale, decongestionando i reparti di pronto soccorso nei grandi ospedali urbani. La cura post-acuzie, la lungo-degenza, la riabilitazione in centri dedicati e le case di riposo saranno incentivate a livello territoriale potenziando le Residenze Sanitarie Assistite, evitando penosi trasferimenti ai cittadini sofferenti. Confidiamo che tale modello di riorganizzazione della rete ospedaliera per-		metterà di ridurre drasticamente la inappropriatazza dei ricoveri, causa di gravosi costi, e di perseguire quanto dettato dai Livelli Essenziali di Assistenza. <i>(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma sanità diffuso recentemente dal sito www.giovanpaci.com)</i>	
CAMPANIA <i>Italo Bocchino</i> Centro Destra	È ormai di dominio comune che la Regione Campania è indicata tra le Regioni d'Italia dove si verificano maggiori sprechi dovuti alla smodata ed irrazionale distribuzione della spesa sanitaria. Mi riferisco ad esempio alla problematica di alcuni ospedali fatiscenti, ritenuti "inutili", che là dove possibile meriterebbero tantomeno di essere riorganizzati, razionalizzando la distribuzione del personale e della spesa sanitaria garantendo comunque la risposta alle reali esigenze del bacino d'utenza. In		parole povere urge annullare la lottizzazione della sanità (...). Nell'ambito della spesa farmaceutica è da registrare che nonostante una serie di provvedimenti legislativi del governo Berlusconi, volti a razionalizzare tale spesa senza peraltro incidere sul livello di servizio garantito dalla stessa, il deficit accumulato negli ultimi anni, dovuto ad una errata gestione e programmazione nella nostra regione, ha raggiunto cifre inusitate. Non si è saputo programmare un riequilibrio nel settore, come ad e-		semplio è stato fatto nella Regione Puglia (...). È necessario inoltre promuovere una stretta integrazione tra medico ospedaliero e di territorio, con la possibilità di diversificazione della spesa a livello distrettuale, coniugando esigenze di bilancio con il rispetto e la tutela dei diritti del paziente (...). Non c'è dubbio comunque che il modello a cui ispirarsi è quello di altre Regioni come ad esempio la Lombardia (...). In tali Regioni l'organizzazione del sistema sanitario distrettuale ha previsto una e-		quilibrata partecipazione del privato accreditato, riconoscendo in esso un importante espressione della classe imprenditoriale regionale. <i>(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile e non essendo ancora stato reso noto il programma, riportiamo alcuni stralci tratti da una relazione del professor Vincenzo Mirone, consigliere di Bocchino in materia sanitaria)</i>	
PUGLIA <i>Raffaele Fitto</i> Centro Destra	Era un dovere, da parte della Regione che ha a cuore i diritti del cittadino, razionalizzare le spese ed avviare ricoveri opportuni e non impropri destinando posti-letto alle vere emergenze. Perciò nessun ospedale è stato chiuso ma sono stati accorpati i reparti, riorganizzati i servizi, attivati i poliambulatori, ammodernate le strutture. Col nuovo Piano Sanitario regionale, la Regione si è preoccupata dei diritti dei cittadini e delle opportunità degli operatori sanitari. Dalla parte dei cittadini la Regione rispetta il parametro di		5 posti-letto ogni 1000 abitanti; avvia nuovi posti per la lungodegenza; stabilisce un parametro di 160 ricoveri ogni 1000 abitanti; destina le risorse del Fondo sanitario per il 5% alla prevenzione, per il 45% all'assistenza ospedaliera, per il 50% all'assistenza extra ospedaliera (medici di famiglia, prestazioni specialistiche, assistenza farmaceutica, assistenza domiciliare, il 118 ed i sistemi di emergenza); attiva Residenze Socio Assistenziali in zone disagiate; istituisce il servizio d'emergenza 118; avvia strutture per l'alta specialità;		lità, l'oncologia e la riabilitazione; estende l'opportunità dell'assistenza domiciliare in tutte le città; prevede altri 700 posti letto entro il 2005 attivando 14 nuove Residenze Socio Assistenziali; attiva nuove unità di Rianimazione ed anestesia (...). Dalla parte degli operatori sanitari la Regione prevede l'Ecm; inserisce nuove risorse umane (...). Il totale delle risorse sanitarie impiegate è di 433.300.000 euro. Il fondo sanitario, rispetto al 2001, è stato incrementato di oltre 1000 milioni di Euro. Anzi, grazie all'attuazio-		ne del Piano Sanitario, la Puglia è stata nel 2002 l'unica regione a registrare l'equilibrio economico del sistema sanitario. Per agevolare le fasce sociali più deboli entro il 2005 saranno 900.000 i pugliesi esenti dal ticket. <i>(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato in tempo utile, riportiamo alcuni stralci del programma tratti dal sito www.fittopresidente.it)</i>	
CALABRIA <i>Sergio Abramo</i> Centro Destra	In Calabria solo il 4 % dei pl sono in strutture che ne hanno più di 200. La riconversione consentirà di sviluppare presidi di riferimento aziendali e strutture di eccellenza regionale anche per ridurre l'emigrazione sanitaria	<i>Sono favorevole. Possono essere eventualmente sperimentate soluzioni gestionali innovative anche per l'assistenza territoriale che vedano la partecipazione degli enti locali, dei cittadini, delle associazioni no profit, con l'apporto di capitali privati.</i>	Vanno sviluppate le strutture sanitarie territoriali e gli ospedali di comunità o di distretto che siano in grado di seguire chi oggi si rivolge impropriamente alla degenza ospedaliera per acuti. In questo contesto trova collocazione l'Utup	<i>La professione medica deve recuperare il proprio ruolo di responsabilità nella gestione della malattia. La buona qualità dell'assistenza richiede il monitoraggio delle proprie prestazioni secondo principi di valutazione professionalmente condivisi</i>	Non se ne può occupare solo la GdF. Il potenziamento del territorio, la maggiore responsabilità e il coinvolgimento dei medici prescrittori nella gestione delle risorse sono la garanzia migliore per un saggio utilizzo dei farmaci	<i>Mancano ancora posti nelle strutture, ma la vera sfida è potenziare l'assistenza domiciliare. L'integrazione tra i servizi sanitari e sociali è indispensabile, come la collaborazione tra istituzioni, prevedendo anche forme di supporto economico alle famiglie</i>	Garantire i Lea, impiegando tutte le risorse finanziarie non utilizzate per ammodernare le strutture sanitarie e perseguendo una efficace azione di razionalizzazione della spesa corrente, puntando alla riduzione del carico fiscale delle famiglie	<i>Non ho ancora nomi. Vorrei comunque che fosse un calabrese competente, capace di rappresentare l'unità dell'azione di governo e in condizione di guidare con mano ferma la complessità del sistema sanitario regionale</i>
BASILICATA <i>Cosimo Latronico</i> Centro Destra (voto rinviato al 17/18 aprile)	Sono stato designato dalla "Casa delle Libertà" a cui si è aggiunto il gradimento di altre formazioni politiche e sociali nella prospettiva di rappresentare un largo schieramento di mondi e di sensibilità della nostra Regione. La nomina a tale ruolo, del tutto inaspettata, mi riempie di responsabilità perché ho in mente la gravità delle emergenze sociali presenti in Basilicata (lavoro, emigrazione, arretratezza) ed avverto nel contempo la necessità di costruire una possibile via di cambiamento, atteso fortemente dai lucani. (...) La mia pro-		posta unita a quella dei candidati nelle liste a me collegate: • vuole lanciare una sfida per il cambiamento della Basilicata, dopo un decennio di governo del centro sinistra che ha mancato di raggiungere gli obiettivi dello sviluppo; • vuole far crescere la Regione attraverso la valorizzazione delle sue risorse umane e naturali; • vuole arrestare il declino che si registra in molti comuni lucani afflitti dal degrado demo-		grafico e civile; • vuole offrire un messaggio di speranza ai giovani perché siano i protagonisti del futuro che insieme vogliamo costruire; • vuole accrescere la capacità produttiva delle imprese valorizzando la tenacia e la creatività; • vuole proporre un'idea di politica che apra più spazi di libertà per tutti contro quella del centro-sinistra che ha sprecato le risorse pubbliche generan-		do dipendenza ed arretratezza; • vuole opporsi a chi oggi considera le elezioni una formalità dall'estro scontato, di cui si potrebbe benissimo fare a meno! <i>(Non avendo ricevuto le risposte dal candidato e non essendo ancora stato diffuso il programma, riportiamo alcuni stralci della lettera di presentazione tratta dal sito www.cosimolatronico.it)</i>	

FEDERALISMO E SSR

Leggi sanitarie regionali e contenzioso costituzionale

In questi ultimi anni il processo federalista ha subito una forte accelerazione e l'ultima si sta preparando con l'approvazione da parte del Senato di sostanziali modifiche alla Parte II della Costituzione. Il processo di decentramento ha investito in prima battuta il settore sanitario, dove si registrano anche interventi legislativi regionali che introducono nel sistema novità significative

La prima a intervenire sul proprio sistema regionale fu la Lombardia che con la legge 31 creò, correva l'anno 1997, quello che poi fu chiamato convenzionalmente il "modello lombardo" fondato sulla distinzione netta tra chi tutela la salute dei cittadini, Asl, e chi eroga le prestazioni, pubblico o privato che sia. Una scelta, questa, che aprì una polemica molto aspra, rafforzata dall'approvazione del decreto 229/99 meglio noto come "riforma Bindi". Il federalismo sanitario, rafforzato dalla modifica del Titolo V, ha poi prodotto molti altri interventi di un certo respiro, dalla riorganizzazione ligure sulla falsariga di quella lombarda, alla Azienda unica delle Marche, in controtendenza. Ad intervenire con leggi regionali sul proprio sistema sanitario sono state, poi negli ultimi mesi, l'Emilia Romagna e la Toscana. In ambedue i casi il Governo ha impugnato i provvedimenti davanti alla Corte Costituzionale.

LOMBARDIA

La giunta Formigoni ha inteso superare il tradizionale modello di Ssn adottando un nuovo schema che prevede principi quali la sussidiarietà orizzontale, la libertà di scelta del cittadino, che può decidere a chi rivolgersi tra una pluralità di produttori accreditati, e la competizione tra produttori. Lo schema lombardo si fonda sul principio che il soggetto pubblico sia il miglior promotore assicurativo ma non ne-

cessariamente e non sempre un buon produttore. Le distorsioni che strutturalmente possono essere generate da produttori privati possono essere corrette e governate attraverso la programmazione dei volumi di attività e un sistema di accreditamento che investe anche gli aspetti infrastrutturali e gli standard di servizio.

TOSCANA

Dodici progetti speciali per altrettanti campi di intervento in tema di sanità regionale rappresentano il punto innovativo del Piano sanitario regionale 2005-2007, recentemente approvato dal Consiglio regionale della Toscana, che prevede investimenti complessivi per un totale di 5,5 miliardi di euro.

I 12 progetti speciali prevedono interventi in tema di prevenzione e cura dei tumori; sorveglianza attiva a favore della popolazione anziana; controllo del dolore come diritto del cittadino; odontoiatria; natalità; percorso organizzativo "artroprotesi dell'anca-ortopedia chirurgica" come modello di programmazione e di governo clinico; miglioramento del sistema di emergenza urgenza intra ed extra ospedaliero; unità di cure primarie; visite specialistiche; alimentazione e salute; salute nei luoghi di lavoro; sicurezza alimentare. Questo Psr 2005-2007 segue quanto fatto dal precedente piano 2002-2004 che aveva disegnato una sanità aperta a

tutti e ispirata ai valori di universalità e equità, partecipazione e sostenibilità.

EMILIA ROMAGNA

L'Emilia Romagna dalla seconda metà degli anni '90, con l'avvicinarsi della responsabilizzazione economico-finanziaria per le Regioni, ha iniziato politiche di rallentamento del tasso di crescita della spesa, pur facendo restare immutato il modello solidale e cooperativo, fino ad arrivare nel 2001 ad un sostanziale pareggio di bilancio, collocandosi tra le Regioni con il deficit relativo più basso.

Recentemente, come già accennato, il Governo centrale ha messo in discussione la possibilità per l'Emilia Romagna di potersi organizzare il sistema ospedaliero regionale. Secondo l'esecutivo, infatti, la legge dell'Emilia Romagna eccede in diversi punti le competenze della Regione che materia (organizzazione del sistema ospedaliero regionale) sono di carattere "concorrente" e pertanto la Regione "può legiferare nel rispetto dei principi fondamentali dettati dallo Stato". Inoltre è stata contestata anche la decisione secondo cui l'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti sanitari di incarichi di direzione. Su questo punto il Governo aveva già impugnato una legge della Regione Toscana relativamente alla norma sull'attribuzione delle funzioni di direzione.

Intervista a Enrico Rossi, assessore della sanità Regione Toscana

"Puntiamo sulla capacità dei medici di fare appropriatezza e qualità"

Senza dare giudizio di merito, dare regole "proprie" a livello regionale non rischia di rompere l'unitarietà del Ssn?

Non credo. Le regole organizzative sono delegate alle Regioni e non intaccano i Lea fissati nationalmente. Quanto ai principi, la cui affermazione è forte nella nostra legge, ciò avviene con riferimenti desumibili dalla legislazione nazionale, a partire dalla Costituzione fino alla riforma 833/78 istitutiva del Ssn. Per la parte finanziaria l'impostazione della Toscana è fortemente solidale e cooperativa. Come dimostra il fatto che proprio grazie a una mia proposta si è raggiunto l'accordo per la ripartizione del Fsn.

Quali sono le principali novità e a che cosa mirano gli interventi sul "governo clinico"?

La nostra legge potenzia e definisce i ruoli degli strumenti del governo clinico: consiglio dei sani-

tari, collegio di direzione, direzione aziendale. Sono organismi spesso complementari che rappresentano l'istanza partecipativa del mondo professionale e dirigenziale dell'Azienda al governo dei processi organizzativi e gestionali. Quanto al meccanismo interaziendale abbiamo costituito i coordinamenti dipartimentali, e nelle Aziende ospedaliere universitarie i dipartimenti integrati. Tutto questo lavoro è stato improntato a spostare le decisioni nelle mani dei medici, puntando sull'autogoverno e sulla capacità dei medici di fare appropriatezza e qualità. Ogni volta che abbiamo fatto alla comunità scientifica la domanda giusta abbiamo ottenuto risposte congrue e di qualità.

Farmaceutica: puntate sui generici e distribuzione diretta. Come avete "contenuto" i farmacisti?

Abbiamo sempre cercato di fare in modo che anche i farmacisti fossero protagonisti della nostra politica di risparmio nell'appropriatezza. Ormai il fatturato e i ricavi dei farmacisti dipendono solo in parte dal prontuario del Ssn e quando vengono presentati i Piani per le farmacie le domande aumentano. Dal canto suo l'industria farmaceutica presenta sempre un fatturato consistente. Ovviamente tra gli interessi forti e gli interessi dei cittadini abbiamo sempre scelto questi ultimi.

Le aziende possono dare vita a società miste pubblico/privato. Che differenza c'è rispetto alle Fondazioni volute da Sirchia?

Si tratta di scegliere di volta in volta lo strumento che più e meglio si presta al governo della sanità. Non siamo pregiudizialmente contrari a forme innovative purché queste si inseriscano a pieno titolo nella programmazione regionale e aziendale e ne rispettino i vincoli e gli impegni.

Intervista a Renato Balduzzi, costituzionalista

"L'unico contenzioso è sugli Irccs"

"Dai motivi di impugnativa non traspare un grande convincimento, i motivi mi sembrano piuttosto deboli ed esposti in forme non particolarmente convincenti", questo il commento del costituzionalista Renato Balduzzi in merito alle leggi di organizzazione sanitaria regionale e i ricorsi che il Governo centrale ha presentato davanti alla Corte Costituzionale.

Professor Balduzzi, lei non si dice convinto dei ricorsi del Governo, per quale motivo?

Nei motivi di impugnativa nei confronti della Regione Emilia Romagna si qualifica come principio fondamentale una norma riguardante lo scorporo delle aziende ospedaliere dalle aziende sanitarie, ovvero l'articolo 4 comma 1bis del 502, che l'attuale maggioranza di Governo dichiarò non più principio fondamentale con la legge 405/2001. Oltretutto, se questo motivo fosse preso sul serio, tutta la sanità lombarda sarebbe incostituzionale.

Citando la Lombardia, perché il Governo di allora non fece ricorso contro la legge 31/97?

Si preferì interpretarle come sperimentazioni gestionali, senza inasprire il contrasto politico.

Crede che il contenzioso aperto tra Regioni e Stato centrale richieda un nuovo intervento legislativo o costituzionale?

Secondo me no, perché il sistema sta trovando un suo punto di equilibrio. Uno degli elementi su cui sarà necessario l'intervento interpretativo del giudice costituzionale è il problema degli Irccs, attualmente di competenza statale, ma che va ripensato alla luce del nuovo Titolo V che assegna alle Regioni competenza in materia di ricerca scientifica.

INTERVISTA A VITO GAUDIANO, PRESIDENTE ORGANIZZAZIONE CENTRO SUD TRAPIANTI

Trapianti: il settore migliora. Il Sud cresce, ma resta indietro

L'Italia si è aggiudicata nel 2004 il secondo posto in Europa per donazione e trapianti di organi. Tuttavia i dati positivi che hanno permesso di raggiungere questo traguardo non si registrano in modo uniforme al Nord e al Sud d'Italia. A spiegarci i punti critici e quelli di forza del settore dei trapianti è Vito Gaudiano, direttore sanitario della Asl di Matera e recentemente nominato presidente dell'Organizzazione Centro Sud Trapianti (Ocst), che coordina le attività dei trapianti d'organo in Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Sardegna, Sicilia e Umbria.

di Lucia Conti

Dottor Gaudiano, il settore dei trapianti ha registrato in Italia una forte crescita negli ultimi anni.

Sì, tanto che oggi siamo il terzo Paese nel mondo, dopo Spagna e Usa – quindi secondi in Europa per attività nel settore dei trapianti. Un traguardo raggiunto in un decennio, se si calcola che negli anni 90' il nostro Paese registrava solo 5 prelievi per milioni di popolazione (pmp), mentre oggi siamo intorno alle 21 donazioni pmp (34,6 in Spagna). Bisogna rilevare, però, che c'è una grande disparità tra il Sud e il Nord d'Italia. Al Nord, infatti, abbiamo Regioni, come l'Emilia Romagna e la Toscana, che registrano valori dai 30 ai 35 pmp, mentre la realtà meridionale è intorno al 10-15 pmp. In Calabria, poi, abbiamo raggiunto il minimo storico con 4,5 pmp nel 2004. Nell'ambito dell'Ocst, comunque, c'è stata una crescita dell'attività di circa il 40%, più forte rispetto alle altre due agenzie centro-settentrionali per i trapianti, l'Airt e il Nipt. Tuttavia il Sud è ancora molto indietro.

Quali sono le ragioni di questo gap?

Una delle problematiche maggiori che abbiamo rilevato, in particolare in Calabria, è la crescita delle opposizioni al prelievo da parte dei familiari. Tuttavia, anche questo dato si manifesta in modo diversificato e mutevole: sul piano nazionale il valore medio delle opposizioni viaggia intorno al 35%. Per esempio, nel 2003, in Abruzzo, Molise e Sicilia si registravano valori di opposizioni oltre al 55% ma scesi di una decina di punti percentuali nel 2004. In Calabria questo valore è addirittura cresciuto dal 28% al 60%. Dati molto più negativi che al Nord.

Da un punto di vista organizzativo, invece, non c'è differenza nelle diverse aree, perché il modello spagnolo a cui ci ispiriamo è stato diffuso in modo uniforme in tutta Italia. In ogni Regione ci sono dei coordinatori locali, un responsabile regionale dell'attività di gestione per il prelievo e trapianto di organi, e sul territorio nazionale ci sono tre Centri tra le tre organizzazioni, Ocst, Airt e i Nipt. Probabil-

mente c'è un problema di informazione capillare e sensibilizzazione della popolazione, che nel Meridione non ha raggiunto i livelli del Nord.

Manca una efficace comunicazione con cittadini?

Non è che sia assente, però non è sufficiente. Ci sono dei momenti di sensibilizzazione, come la settimana dedicata ogni anno ai trapianti, organizzata su tutto il territorio nazionale con la collaborazione della associazioni di volontariato. Il gap che ancora esiste tra Nord e Sud è collegato più che altro a motivazioni storiche. La Lombardia è stata la prima Regione a mettere in campo un'attività di prelievo e trapianto di organi. Anche le altre Regioni del Nord sono realtà consolidate. L'Ocst, invece, è un'organizzazione più giovane, nata dalla fusione di alcune realtà del Sud. Stiamo comunque cercando di recuperare.

Il tesserino per le donazioni distribuito durante il ministero Bindi fu utile per la sensibilizzazione dei cittadini?

Il tesserino è stato ormai superato e non ha portato cambiamenti sostanziali. Oggi stiamo puntando all'istituzione di una Anagrafe nazionale dei donatori che completi il progetto avviato già a livello regionale. Oggi ogni Regione ha realizzato un'Anagrafe di donatori nelle Asl, con la creazione di sportelli a cui il cittadino può rivolgersi per esprimere il proprio consenso alla donazione. Per una diffusione più capillare, abbiamo coinvolto nel progetto anche i medici di famiglia, a cui il cittadino può rilasciare un foglio con il proprio il consenso. Tutti gli atti sono poi raccolti dalla Asl e trasmessi al Centro nazionale trapianti. Il nostro obiettivo è implementare il sistema e creare una Anagrafe dei donatori nazionale e informatizzata. Questo è un grande cambiamento, anzitutto perché permette di superare lo strumento del tesserino (il consenso può infatti essere espresso su un qualsiasi foglio) e poi perché fa chiarezza rispetto alla regola del "silenzio assenso" prevista dalla legge 91/99 dell'allora ministro Bindi. Il "silenzio assenso", in base al quale chiunque non si fosse espresso in alcun modo diventava automaticamente un potenziale donatore, ha sempre destato dei dubbi ed è rimasto quasi completamente inapplicato.

Al ministro Bindi, comunque, siamo grati per aver inserito il settore trapianti tra gli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale. Prima della Legge Bindi 91/99, che ha portato finanziamenti finalizzati e l'istituzione del Centro nazionale trapianti, di cui è direttore il dottore Alessandro Nanni Costa, l'Italia era al penultimo posto per trapianti tra i Paesi europei, avanti solo alla Grecia.

In che modo sono collegate le attività dei vari Centri?

Tramite il Sistema informatico nazionale, che collega il Centro nazionale trapianti con i tre coordinamenti interregionali, che a loro volta sono collegati con tutti i Centri regionali di trapianti. Il sistema informatico nazionale, prevede anche il collegamento con i reparti di rianimazione presenti nelle Regioni e permette di essere informati, in tempo reale, della possibilità di un potenziale donatore. Si tratta di un sistema di grande

DONATORI EFFETTIVI IN ITALIA (Dati per Regione)

	Anno 2003	Anno 2004
Abruzzo-Molise	12,8	17,1
Basilicata	11,8	11,7
Calabria	10,0	4,5
Campania	8,5	12,1
Emilia Romagna	34,6	30,1
Friuli V.G.	23,7	31,3
Lazio	11,5	17,6
Liguria	28,8	34,4
Lombardia	19,7	21,3
Marche	23,2	36,0
Piemonte-Valle d'Aosta	27,8	29,3
P.A. Bolzano	28,2	34,6
P.A. Trento	4,2	8,4
Puglia	9,3	8,5
Sardegna	15,6	22,7
Sicilia	7,0	11,7
Toscana	30,6	36,3
Umbria	19,6	17,0
Veneto	26,3	28,3

trasparenza, che rende anche possibile una gestione più efficace delle liste di attesa.

Quali sono i progetti dell'Ocst?

Come presidente dell'Ocst mi impegnerò a rafforzare il legame dell'organizzazione con tutte le istituzioni regionali e con il Centro nazionale. Auspicio di riuscire a stabilire con le istituzioni, anche locali, degli accordi affinché si continui a investire in questo campo. L'obiettivo successivo sarà di riattivare i gruppi di studio, in particolare per i trapianti combinati, cioè di più organi, analizzando soprattutto le problematiche inerenti ai trapianti nei pazienti "difficili", che sono in lista d'attesa da parecchi anni. Magari realizzando una lista unica, come per la pediatria, che ha permesso una risposta più rapida.

Cosa potrebbe essere fatto, invece, a livello governativo?

È già stato fatto tanto con l'inserimento del settore dei trapianti tra gli obiettivi del Psn, che ha permesso di avere finanziamenti vincolati e ha eliminato quella disparità tra Regione e Regione. Prima della legge Bindi, infatti, c'erano Regioni che investivano molto ed altre che non investivano nulla. Tra le cose che il Governo potrebbe fare, comunque, credo sia importante "istituzionalizzare" la figura dei coordinatori locali e regionali. Oggi questo lavoro è svolto per lo più da medici (rianimatori, nefrologi, direttori sanitari ecc.) in modo volontaristico e part-time. Ci vuole un impegno a tempo pieno.

TOTALE TRAPIANTI IN ITALIA (Inclusi i trapianti combinati)

Anno	Trapianti
1992	1.083
1993	1.161
1994	1.498
1995	1.888
1996	1.977
1997	2.147
1998	2.162
1999	2.428
2000	2.386
2001	2.627
2002	2.686
2003	2.756
2004	3.217

AGGIORNAMENTI NORMATIVI E GIURISPRUDENZIALI

La responsabilità disciplinare del dirigente medico

di Francesco Maria Mantovani*

La disciplina collettiva in materia di responsabilità disciplinare per l'area della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale è contenuta principalmente nel Ccnl del 5 dicembre 1996. A tale disciplina si aggiunge un'ulteriore importante disposizione contenuta nel successivo Ccnl 8 giugno 2000. Non vi è dubbio sulla compatibilità della responsabilità disciplinare con la figura del dirigente medico del Servizio sanitario nazionale. L'attribuzione della qualifica dirigenziale a tutto il personale medico del Ssn non corrisponde ad un effettivo esercizio di funzioni di vertice con la conseguenza che nella maggior parte dei casi si tratta di una dirigenza non apicale, compatibile la configurabilità di una responsabilità disciplinare. In questo caso, infatti, non è ravvisabile quella figura di dirigente alter ego dell'imprenditore, rispetto al quale la giurisprudenza esclude l'esercizio del potere disciplinare.

Il contratto collettivo esclude il ricorso a sanzioni disciplinari meramente conservative nei confronti del dirigente (art. 36 del Ccnl 1996), ammettendo solo quella espulsiva del licenziamento.

Inoltre, la contrattazione detta una particolare procedura per il recesso intimato con preavviso ovvero per giusta causa – rispettivamente ai sensi degli artt. 2118 e 2119 c.c. – la quale sostanzialmente ricalca le disposizioni di garanzia di cui all'art. 7 dello Statuto dei Lavoratori per l'irrogazione delle sanzioni disciplinari.

L'azienda o ente, prima di comminare il licenziamento disciplinare, ha l'obbligo di contestare per iscritto l'eventuale addebito all'interessato, convocandolo, non prima che siano trascorsi cinque giorni dal ricevimento della contestazione, per sentirlo a sua difesa. Il dirigente può farsi assistere da un rappresentante dell'associazione sindacale cui aderisce o conferisce mandato o da un procuratore di sua fiducia. Se l'azienda o ente lo ritenga necessario, in concomitanza con la contestazione, può disporre la sospensione dal lavoro del dirigente per un periodo non superiore a trenta giorni mantenendo la corresponsione del trattamento economico complessivo in godimento e la conservazione dell'anzianità di servizio (art. 36, comma 3).

La suddetta procedura, nel solco della dicotomia concettuale tra responsabilità di risultato e responsabilità disciplinare, viene ammessa dal contratto collettivo solo rispetto al licenziamento determinato dalla seconda, ossia da un comportamento illecito e colposo del dipendente, il quale viene meno al rispetto di regole giuridiche poste a tutela della propria attività.

La responsabilità dirigenziale per risultato, invece, prescinde dal comportamento del soggetto per ricollegarsi direttamente ai risultati complessivi prodotti dall'organizzazione cui il dirigente è preposto, determinando, in caso di giudizio negativo, più che una colpa del dirigente, la sua inidoneità alla funzione.

Peraltro, la garanzia del contraddittorio, anche con l'assistenza di persona di fiducia, davanti ai servizi di con-

trollo interno ed ai nuclei di valutazione è ammessa anche rispetto ai provvedimenti di licenziamento determinati da responsabilità di risultato "particolarmente grave e reiterata" (comma 4 dell'art. 36 in combinato disposto con l'art. 59, comma 5).

Il successivo Ccnl del 2000 (art. 23) ha inserito nella procedura descritta un ulteriore elemento di garanzia costituito dal parere vincolante di un organo valutatore terzo ed imparziale, il Comitato dei Garanti (previsto, in via astratta e generale, dall'art. 22 del Dlgs 165 del 2001), in merito alla legittimità del provvedimento espulsivo.

Quest'organo, istituito a livello regionale, è composto di tre membri: il presidente è nominato dalla Regione tra magistrati o esperti con specifica qualificazione ed esperienza professionale nei settori dell'organizzazione, del controllo di gestione e del lavoro pubblico in Sanità; gli altri due componenti sono designati, rispettivamente, uno dalla Regione, sentito l'organismo di coordinamento dei direttori generali delle aziende, e, l'altro, congiuntamente dalle organizzazioni sindacali firmatarie del contratto collettivo (commi 2 e 3, art. 23 del Ccnl 2000).

In precedenza, l'intervento del Comitato dei Garanti nel procedimento disciplinare era dibattuto.

Il Dlgs n. 165 del 2001 (art. 22), infatti, prevede il parere del Comitato solo nelle ipotesi di responsabilità per mancato raggiungimento degli obiettivi. Più nel dettaglio, a seguito della nuova disciplina introdotta dalla legge n. 145 del 2002, il parere del Comitato dei Garanti va richiesto preventivamente dall'amministrazione qualunque sia il provvedimento sanzionatorio che intende adottare e non più soltanto nei casi di maggiore gravità per i quali è previsto il licenziamento.

Secondo un primo orientamento che valorizza la lettera della legge tale controllo sarebbe ammissibile esclusivamente rispetto alle ipotesi di recesso per responsabilità di risultato, vale a dire per mancato raggiungimento degli obiettivi, ovvero inosservanza delle direttive imputabili al dirigente.

Secondo l'opinione maggioritaria, l'intervento del Comitato dei Garanti costituisce una misura di carattere generale in quanto sarebbe contraddittorio ammettere l'esistenza di una normativa così garantista in relazione al recesso per responsabilità di risultato e consentire, invece, il mero licenziamento in tronco nelle ipotesi di responsabilità disciplinare. Si tratterebbe quindi di un generale strumento di tutela del dirigente rispetto al potere politico, in osservanza del principio costituzionale di imparzialità dell'amministrazione.

Come detto, il problema è ora superato dalla disciplina collettiva che estende l'intervento del Comitato dei Garanti a tutti i casi di recesso sia per responsabilità disciplinare che per quella di risultato.

L'intervento del Comitato si configura come un adempimento imprescindibile per attribuire validità e

legittimità al provvedimento espulsivo. La stessa contrattazione collettiva, mediante un accordo di interpretazione autentica (accordo del 24 ottobre 2001 concernente l'art. 23 Ccnl 2000), ha riconosciuto il carattere vincolante del parere espresso dal Comitato, che costituisce "l'unica e ultima procedura prima della formalizzazione del recesso".

Nondimeno, l'azienda può regolarmente procedere al recesso qualora il Comitato dei Garanti non si pronunci entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta (art. 23, comma 5). La fissazione di un termine per la pronuncia è opportuna, in quanto risponde ad esigenze di certezza del procedimento, ma finisce per svuotare il requisito di vincolatività del parere, permettendo di prescindere da quest'ultimo qualora non sia stato pronunciato entro trenta giorni dalla richiesta.

La contrattazione collettiva prevede espressamente che il dirigente medico può adire il giudice ordinario nei casi di recesso ex art. 2118 e 2119 c.c., qualora egli non ritenga giustificata la motivazione fornita dall'azienda o ente o nel caso in cui tale motivazione non sia stata indicata contestualmente alla comunicazione del recesso (cfr. art. 37, c. 1 e 2; ora sostituiti dall'art. 41 Ccnl 10 febbraio 2004 – disciplina delle code contrattuali – che non muta sul punto).

La natura dirigenziale del rapporto, normativamente prevista, rende inapplicabile la tutela reale che è invocabile solo in caso di licenziamento discriminatorio.

Il dirigente può avvalersi della tutela risarcitoria prevista dalla contrattazione collettiva (art. 37, Ccnl 1996), ricorrendo, in alternativa al giudice, ad un Collegio di conciliazione. Quest'ultimo, ove ritenga infondata la motivazione del recesso, dispone a carico dell'azienda o ente una indennità supplementare, determinata in relazione alle valutazioni dei fatti e delle circostanze emerse, tra un minimo, pari al corrispettivo del preavviso maturato, maggiorato dell'importo di due mesi di retribuzione, ed un massimo pari al corrispettivo di 22 mensilità.

La giurisprudenza di merito ha ritenuto applicabile la tutela risarcitoria anche in caso di illiceità del recesso per violazione delle regole procedurali, in linea con la prevalente tesi dottrinale e giurisprudenziale del "parallelismo" delle tutele, secondo cui il licenziamento disciplinare adottato senza il dovuto rispetto delle garanzie procedurali è equiparabile ad un recesso ingiustificato sul piano delle conseguenze.

Rimane dunque confinata al recesso per mancato raggiungimento degli obiettivi, la previsione del Ccnl 1996 (art. 36, c. 4), il quale dispone che l'annullamento della procedura di accertamento della responsabilità dirigenziale fa venir meno gli effetti del recesso con applicazione della tutela reale di diritto comune.

*Anaaof Cref
Servizio Tutela Lavoro

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaaof Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail:dirigenza.medica@anaao.it - www.anaao.itdirettore
Serafino Zucchellidirettore responsabile
Silvia Procaccinicomitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino,
Mario Lavecchiacoordinamento editoriale
Cesare Fassarihanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Paola Carnevale, Lucia Conti,
Fabio Florianello, Francesco Maria Mantovani,
Stefano Simoni, Claudio TestuzzaProgetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara RizzutiEditore
Italpromo Esis PublishingVia dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299822Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica", garantisce la massima
riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di febbraio 2005

a cura di Arianna Alberti

IL PUNTO

Assicurazioni sulla vita e bonus-malus genetico

di Alberto Andrion

Il fatto che una compagnia di assicurazione tedesca abbia sponsorizzato l'Università di Hanover per eseguire uno studio pilota rivolto all'esecuzione di un test genetico di screening per l'emocromatosi, rappresenta un'ulteriore tappa nel catalogare gli esseri umani a seconda della loro "propensione" a sviluppare una qualche malattia. Pura curiosità scientifica e amore per le classificazioni? Certamente no. In un futuro non troppo distante, abbandonato o limitato l'approccio universalistico degli attuali sistemi di welfare europei, si potranno sviluppare forme assicurative (private o di stato, fa lo stesso) in base alle quali si pagherà di più o di meno a seconda del potenziale numero di "incidenti" (sviluppo di malattie o simili) che potranno verificarsi. Già ora, chi vive in una data regione, in una certa città, è fresco di patente e ha meno di 25 anni, deve pagare un premio assicurativo auto diverso (e più salato) rispetto ad un altro individuo che presenta caratteristiche diverse dal punto di vista socio-demografico. Di conseguenza, ci attende un futuro in cui la nostra mappa genetica sarà correlata al premio assicurativo sulla vita. E per gli sfigati che hanno una mappa genetica non brillante? Niente paura! Sottoponendosi ad interventi di ingegneria genetica riparativa, la carrozzeria della doppia elica e la brillantezza del Dna potranno permettere di scalare a ritroso la classifica del bonus-malus. Come si vede, c'è chi pensa a tutto per continuare a fare sopravvivere la convinzione che la salute non ha prezzo.

GERMANIA

Una compagnia di assicurazione offre un test genetico ai suoi clienti

Una compagnia di assicurazione sanitaria tedesca, la Kaufmannische krassenkasse (Kkh) che conta circa due milioni di clienti, ha offerto a tutti i suoi associati un test genetico per identificare una particolare patologia che con terapie tempestive può essere curata evitando così una grave compromissione di alcuni organi. Su quattromila persone che hanno accettato di sottoporsi al test 67 si sono rivelate essere ad alto rischio di sviluppare la malattia.

La promozione del test genetico, condotta in cooperazione con la Hanover Medical School, è stata finalizzata a diagnosticare l'emocromatosi, malattia ereditaria che causa danni a reni, fegato e altri organi fino alla compromissione totale degli stessi. I risultati sono stati forniti esclusivamente agli interessati e non sono stati divulgati alla compagnia.

Alla conferenza stampa di presentazione dell'iniziativa a Dusseldorf il presidente della compagnia, Ingo Kailuweit, ha sottolineato come una cura tempestiva consenta di evitare la dialisi e un possibile trapianto di rene e fegato. Parlando in termini economici i conti sono presto fatti: 14 euro per ogni singolo test genetico a fronte di un costo di 100 mila euro per curare un paziente in una fase avanzata della malattia. Un sondaggio condotto nel periodo in cui è stato effettuato lo screening ha messo in luce come il 90% degli intervistati si sia detto favorevole ai test genetici come parte del programma di una

compagnia assicuratrice se, ovviamente, a beneficio dei partecipanti.

Il test ha però rivelato anche dei limiti. Circa il 10% della popolazione tedesca è portatore sano del gene di emocromatosi, nello screening effettuato dall'assicuratrice sono stati identificati quasi 500 portatori sani (portatori di una sola copia del gene difettoso) e molti di questi si sono detti pentiti di essersi sottoposti al test. C'è da dire infatti che nemmeno in tutti i portatori di due geni difettosi la malattia può svilupparsi in tutta la sua virulenza, perciò, nel caso specifico, alcune delle 67 persone identificate come ad alto rischio potrebbero restare in buona salute.

Il governo tedesco sta elaborando un progetto di legge sui test genetici per regolare la materia. Eccone i principali punti fermi: i clienti non dovranno rendere noti alle compagnie assicuratrici i risultati dei test qualora stipulino polizze sulla vita di importo inferiore ai 250mila euro e non dovranno comunicarli nemmeno ai loro datori di lavoro; dovrà essere prevista una forma di counselling per tutti coloro cui verrà offerto un test genetico.

Le compagnie tedesche di assicurazione nel ramo vita hanno stabilito una moratoria sui test genetici che si protrarrà fino al 2011. Ciononostante il governo avverte l'esigenza di stabilire il prima possibile delle norme sugli screening genetici che salvaguardino i cittadini. La nuova legge potrebbe essere approvata già nel 2006.

USA

Suicidio assistito: appello alla Corte Suprema per il blocco della legge in vigore nell'Oregon

Lex Procuratore generale dell'Oregon John Ashcroft ha chiesto nei mesi scorsi alla Corte Suprema degli Stati Uniti di bloccare la legge sul suicidio assistito nota come "Death with Dignity Act" (Legge per una Morte con Dignità). Considerando che i tempi medi impiegati dalla Corte per decidere se accogliere o meno le istanze sono di sei mesi, la decisione potrebbe aver luogo prima della fine di questa primavera. Si è trattato dell'ultima mossa dell'attorney general prima delle sue dimissioni nonché dell'ultimo atto di una battaglia, lunga un triennio, che vede contrapposto lo Stato dell'Oregon al Dipartimento federale della Giustizia. Il recentissimo caso di Terri Schiavo d'altronde ci ha già posti drammaticamente di fronte al clamoroso conflitto apertosi in seno all'America tra potere giudiziario e legislativo, da una parte, e tra governo federale e autonomie statali, dall'altra. Uno scontro che su tematiche così delicate e complesse è andato via via trasformandosi in una moderna, violenta, crociata, alimentata dai movimenti fondamentalisti cristiani e mal contenuta da una silente posizione della componente laica moderata. La legge approvata nell'Oregon, l'unico Stato Usa a consentire il suicidio assistito, fu approvata nel 1994 e riconfermata da un

referendum nel 1997. Permette il suicidio assistito da parte di un medico attraverso la somministrazione di una dose letale di sostanze che vengono sottoposte al controllo delle autorità federali. Vi possono ricorrere quei pazienti, ammalati terminali con meno di 6 mesi di vita, che richiedano una dose letale di farmaci; le sostanze vengono loro somministrate da un medico, una volta confermata la diagnosi da parte di altri due medici.

La Christian Medical Association (Cma), la più rappresentativa associazione medica religiosa, ha plaudito il diritto da parte del governo federale di regolare le sostanze utilizzate per il suicidio assistito ed è questo meccanismo che ha consentito al Procuratore Ashcroft di potersi appellare alla Corte Suprema per bloccare la legge. "La legge che regola le sostanze ammesse (il Controlled Substances Act) aveva l'obiettivo di prevenire l'utilizzo di farmaci per finalità non mediche in ogni Stato, dico non in tutti gli Stati tranne che in Oregon" spiega David Stevens, direttore esecutivo della Cma, aggiungendo: "Quando uno Stato o un medico usano questi farmaci non per lenire il dolore bensì per uccidere ecco che il fine non è più quello medico, si tratta di omicidio, che nulla ha a che fare con la formazione medica o la compassione". "C'è un muro di segretezza

intorno al suicidio assistito nell'Oregon" sostiene Kenneth Stevens, presidente di Physicians for Compassionate Care (Medici per un'assistenza compassionevole), secondo il quale sarebbero oltre 171 i pazienti aiutati a morire dal 1998. La presidente della Compassion in Dying Federation (Federazione per la morte compassionevole) si dice invece fermamente contraria alle interferenze delle autorità federali nel campo della medicina, prerogativa questa che appartiene al singolo Stato da un punto di vista legale. Il governatore dell'Oregon Ted Kulongoski dal canto suo sottolinea come per ben due volte i cittadini abbiano votato a favore del diritto del paziente terminale a morire più rapidamente.

L'avvocato Eli Stutsman, uno dei coautori della legge sul suicidio assistito, definisce la richiesta di Ashcroft "politicamente ispirata" si dice ottimista sul fatto che la Corte non la accoglierà. Nel 1997 i giudici della Corte Suprema sostennero che quantunque i cittadini americani non avessero il diritto costituzionale al suicidio assistito, i singoli Stati potevano decidere di legiferare altrimenti senza interferenze federali. Ricordiamo che se la Corte non dovesse accogliere l'istanza la legge rimarrebbe in vigore nell'Oregon e potrebbe essere invalidata solo da un decreto del Congresso.

REGNO UNITO

I Treatment centres abbattano le liste di attesa ma tolgono i clienti agli ospedali

Visite e cure più rapide per i pazienti inglesi da due anni a questa parte, da quando sono stati introdotti nel sistema sanitario inglese i cosiddetti "treatment centres", i centri di cura dedicati esclusivamente alla chirurgia elettiva e alla diagnostica. Lo afferma un rapporto del gennaio scorso del ministro della Sanità John Reid che evidenzia, come del resto era stato trionfalmente annunciato nel rapporto di fine anno sulla sanità pubblica, che mai le liste di attesa sono state così basse dal 1987, anno in cui il ministero ha iniziato la raccolta sistematica dei dati: un decremento del 35% rispetto al 1998, ben 144mila casi in meno rispetto allo scorso anno. E per quanto riguarda quest'ultimo dato uno dei meriti principali è da attribuire, secondo il rapporto Reid, proprio ai treatment centres, soprattutto per quelle specialità storicamente afflitte dalle liste d'attesa più lunghe, ovvero ortopedia e oculistica. Sono 29 i treatment centres gestiti dal National Health Service (Nhs) aperti dal 2002 e a questi se ne dovrebbero aggiungere altri 17 il prossimo anno. Si tratta di unità specialistiche dotate di uno staff medico e paramedico di prim'ordine, create con l'obiettivo di consentire al paziente di prenotare rapidamente test diagnostici ed interventi chirurgici. Nelle intenzioni del

governo i centri costituiscono un passo sulla via di un'offerta di cure sempre più ampia. Dal prossimo dicembre a tutti i pazienti inglesi verrà data la possibilità di scegliere tra 4-5 strutture, una volta che il loro medico di famiglia abbia optato per il trattamento del caso. Ma, quantunque vi sia un'ampia condivisione della necessità di adeguare il servizio sanitario pubblico alla crescente domanda di salute, sono in molti a ritenere scivolosa la via dei treatment centres. Il primo punto interrogativo lo pone Nigel Edwards, direttore della Confederazione del Nhs, che pur riconoscendo come i treatment centres abbiano permesso al servizio sanitario "di fornire cure più rapide come non mai nel passato in quanto consentono di separare i ricoveri programmati dalle emergenze" avverte: "togliere una così importante fetta di lavoro dagli ospedali esistenti mette a repentaglio la sopravvivenza stessa dei servizi che vi rimangono". Altri dubbi vengono dall'Ordine dei Medici, la Bma, che invita però la categoria a un giudizio cauto. Paul Miller, presidente del Comitato degli specialisti ospedalieri, sottolinea come la Bma abbia accolto positivamente la creazione dei treatment centres finalizzata alla riduzione delle liste di attesa "sebbene fin dall'inizio abbia manifestato la preoccupazione che essi

avrebbero potuto destabilizzare le economie degli ospedali pubblici, il che è quanto sta puntualmente accadendo". E cita casi di apparecchiature per la risonanza magnetica che giacciono inutilizzate negli ospedali mentre i pazienti si sottopongono alla Rm nelle unità mobili posizionate nei parcheggi. In un sistema che paga e premia in base ai risultati conseguiti "gli ospedali non potranno sopravvivere se viene loro sottratto del carico lavorativo. I pazienti si ammalano 24 ore su 24, sette giorni la settimana e gli ospedali devono avere le risorse e lo staff adeguato a rispondere ai loro bisogni". In conclusione, secondo Miller, non si possono trascurare alcuni dati e cioè che: "anche se il numero dei pazienti che passano attraverso i treatment centres potrebbe aumentare in maniera esponenziale sono pur sempre gli ospedali le strutture deputate a fornire formazione e cure per i casi più complicati. È dunque fuorviante dar per scontato che questi centri possano in qualche modo rappresentare una modalità più efficace per erogare assistenza, se non altro per il fatto che non potrebbero operare senza una ben organizzata infrastruttura pubblica alle spalle".

G IURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Bolzano: l'Anaaò vince il ricorso giudiziario

La Asl condannata per attività antisindacale. "Non abbiamo avuto scelta – sottolinea Mario Tagnin – anche perché in maniera unilaterale l'azienda ha sospeso qualunque attività di informazione del sindacato come invece avveniva sempre in passato con gli incontri del giovedì"

I primi giorni di febbraio, l'Anaaò di Bolzano aveva depositato presso la cancelleria del Tribunale del Lavoro un esposto per attività antisindacale, contro l'Azienda sanitaria. Oggetto del contendere: le relazioni sindacali e l'orario di lavoro.

L'Associazione lamentava che sino al 20 gennaio scorso l'Azienda di Bolzano aveva convocato tutti i sindacati rappresentativi dell'intero personale: dirigenti medici, dirigenti non medici, personale non medico (infermieri) ad incontri settimanali, al fine di discutere ed informare sulle delibere da adottare nell'ambito della stessa azienda. L'Azienda aveva poi interrotto improvvisamente le convocazioni, cancellando gli incontri dei soli dirigenti medici.

Motivo dell'improvvisa interruzione del "tavolo azienda-sindacati medici" il mancato accordo sull'orario di lavoro settimanale. Il contratto collettivo provinciale di comparto per l'area del personale medico, scaduto il 31 dicembre 2004 e non sottoscritto dall'Anaaò, prevedeva una proroga di un anno, dell'orario di lavoro settimanale fino a cinquantasei ore, in caso di necessità. La Provincia aveva demandato il compito della proroga alle quattro Aziende del servizio sanitario provinciale. L'Azienda di Bolzano, non trovando l'accordo con l'Anaaò, aveva abolito il tavolo di consultazione con le organizzazioni sindacali mediche e, scavalcando il sindacato, aveva inviato per posta elettronica interna, tramite i primari, l'invito alla sottoscrizione della disponibilità individuale a prestare servizio fino a cinquantasei ore settimanali, così tentando, di fatto, di prorogare unilateralmente la vigenza del contratto scaduto. Nel frattempo l'Anaaò ha anche avviato un ulteriore ricorso al giudice del lavoro affinché vengano rispettate le direttive europee e la legge nazionale dell'aprile 2003 in materia di orario di lavoro.

Il giudice non ha dubbi. "Configura attività antisindacale l'interruzione da parte della Asl di Bolzano delle convocazioni consultive del giovedì e l'invio ai medici della richiesta personale di disponibilità alla prestazione lavorativa fino a cinquantasei ore settimanali."

Premesso che si definisce attività antisindacale, secondo l'articolo 28 dello Statuto dei lavoratori, proprio quel "comportamento diretto ad impedire o limitare l'esercizio della libertà e dell'attività sindacale nonché del diritto di sciopero su ricorso degli organismi locali delle associazioni sindacali nazionali che vi abbiano interesse", il comportamento tenuto dal datore di lavoro nel caso oggetto di giudizio è stato idoneo a limitare e comprimere l'azione dei sindacati i quali, sui vari temi attinenti al rapporto di lavoro, cercavano un confronto ed una discussione. Specificatamente nel punto "orario di lavoro" la normativa scaduta nel dicembre del 2004 prevedeva, in caso di necessità, la proroga di un anno; tale necessità tuttavia non poteva essere valutata unilateralmente, ma d'intesa con il sindacato e con l'Anaaò che a Bolzano, ricorda Tagnin, è il "sindacato maggiormente rappresentativo, dettando la maggioranza assoluta". A parere del giudice, il comportamento dell'azienda integra gli estremi della condotta antisindacale per due ordini di ragioni. Primo, perché il fatto che l'azienda abbia indetto per lunghissimo tempo incontri "informali" ha originato una vera e propria prassi aziendale, un vero e proprio diritto di partecipazione nuovo ed autonomo di fonte consuetudinaria. Infatti, spiega il tribunale, il comportamento tenuto dall'Asl, univoco, ripetuto e costante per un lungo periodo di tempo, consisto nell'indire settimanalmente degli incontri-consultivi è giuridicamente idoneo ad integrare la formazione di una consuetudine se in grado di generare la cosiddetta "opinio iuris sive necessitatis", ovvero la convinzione generalizzata di una obbligatorietà di tale comportamento. Ne consegue che, nell'aver improvvisamente interrotto gli incontri previsti da una prassi aziendale di miglior favore rispetto alla normativa contrattuale, devono ravvisarsi gli estremi di una condotta antisindacale, e questo a prescindere dalla natura degli incontri (infor-

mativi come sostiene l'Azienda, concertativi come sostiene l'Anaaò). In ogni caso, anche a non voler ritenere sorto un diritto di informazione-consultazione di natura consuetudinaria, si deve considerare la condotta tenuta dall'azienda, ovvero l'aver interrotto gli "incontri informali", antisindacale, in quanto posta in essere in violazione del principio di buona fede al cui rispetto sono tenuti i contraenti, sia durante la trattativa contrattuale ex articolo 1337 del codice civile sia durante lo svolgimento del rapporto giuridico nascente dal contratto. Quanto alla natura degli incontri, il giudice sostiene che non sono da considerarsi meramente "informativi, quanto piuttosto consultivi", ovvero che fossero luogo di esame congiunto; che non si limitassero ad una mera informazione da parte dell'azienda sanitaria, ma che nemmeno fossero il luogo della concertazione e della codeterminazione delle decisioni aziendali", e questo è dimostrato proprio dalla vertenza sull'indennità di risultato che è stata risolta in uno di quegli incontri "consultivi", sfociato nell'impegno a liquidarla, sottoscritto dall'Asl in sede di conciliazione davanti al commissario di Governo.

"I diritti di partecipazione, nell'ordinamento vigente, - si legge nella sentenza - non hanno una vera e propria matrice legale, ma consistono in "vari congegni" atti a realizzare l'influenza dei lavoratori e delle organizzazioni sindacali sulla conduzione dell'azienda". Tali diritti possono assumere forme diverse e si classificano secondo una scala crescente, in informazione, forma embrionale di comunicazione di conoscenze, consultazione, offerta di consigli che lascia intatto il potere decisionale del datore di lavoro, ed infine codeterminazione, che solo attraverso un confronto delle posizioni può risolversi sul piano dell'obbligazione in un obbligo a contrarre. L'evoluzione più generale verso un sistema partecipativo è senz'altro dovuta alla contrattazione.

Infine, anche lo "scavalco degli organismi collettivi", concretizzatosi nelle singole richieste di disponibilità a lavorare fino a cinquantasei ore medie settimanali, configura attività antisindacale, in quanto il datore di lavoro, se i suoi dipendenti hanno deciso di trattare con lui in gruppo, non può "ignorare il gruppo e contattare singolarmente i lavoratori". È proprio lo Statuto dei lavoratori ad assicurare che il "conflitto" tra datore di lavoro e dipendente si svolga in libertà, garantendo la possibilità di quest'ultimi ad opporsi in gruppo, non tollerando interferenze da parte dell'imprenditore con atti diretti sui singoli lavoratori. Deve quindi ritenersi antisindacale, ai sensi dell'articolo 28, la condotta tenuta dall'azienda sanitaria consistita nell'invito, diretto ai dirigenti medici, alla sottoscrizione di dichiarazioni di disponibilità individuali nell'intento di prorogare la vigenza del contratto collettivo scaduto il 31/12/2004, mentre era ancora in atto la consultazione con il sindacato.

Va invece esente da censure di antisindacalità, la questione inerente la consultazione sulle cinquantasei ore. Infatti la previsione contrattuale della possibilità di proroga di un anno del contratto già scaduto, in caso di necessità, doveva avvenire previa consultazione dei sindacati, cosa che comunque è avvenuta.

"Siamo molto soddisfatti di quanto ottenuto - commenta Mario Tagnin segretario dell'Anaaò di Bolzano - anche se questo non è che l'inizio. Purtroppo qui da noi si fa fatica a vedere riconosciuti determinati diritti e una volta ottenuto il riconoscimento in tribunale, l'ulteriore sforzo è dato dal garantirne un'applicazione su tutto il territorio provinciale. La via legale ci è sembrata l'unica percorribile, quando improvvisamente ci siamo trovati di fronte ad una scelta unilaterale dell'azienda di sospendere qualsiasi attività di informazione e consultazione del sindacato. Per non parlare poi della questione dell'orario di lavoro fino a cinquantasei ore medie settimanali, che ci ha costretti ad un ulteriore ricorso al tribunale del lavoro. Abbiamo sicuramente preso atto delle dichiarazioni del direttore generale, che dimostrano l'intenzione di risolvere tali problemi, ma al contempo non ci stancheremo di chiedere che le intenzioni si traducano presto in fatti concreti".

(P.C.)

OSPEDALITÀ

Al privato non piace l'urgenza

In tempi di trattative contrattuali (ancora in corso nel momento in cui andiamo in stampa quella relativa al Ccnl pubblico, appena conclusa quella del privato accreditato) è sempre utile rivolgere lo sguardo all'evoluzione che negli ultimi anni hanno subito le due organizzazioni sanitarie, pubblica e privata accreditata.

Tale evoluzione, infatti, presenta inequivocabilmente delle significative ricadute nei confronti del personale sanitario, medico in particolare, con pesanti condizionamenti sul futuro professionale attraverso le eventuali variazioni di "mission" delle strutture in cui operano.

Diverse e molteplici sono le modalità di valutazione di questa evoluzione. Ad esempio, la

risposta nei confronti delle prestazioni d'urgenza-emergenza e la loro gestione rappresenta senza dubbio un momento significativo anche verso quella "parità" di ruoli tra le due organizzazioni che da tempo viene rivendicato dalla imprenditoria sanitaria con motivazioni peraltro spesso condivisibili. Risposta basata anzitutto sulla presenza, o meno, di un servizio dedicato. Senza dimenticare - ovviamente - che la scelta della tipologia di prestazioni da offrire non può significare selezione di prestazioni remunerative ed astensione dalle altre.

Spetta alla programmazione regionale, nel cui ambito i servizi per l'urgenza-emergenza rappresentano un altissimo costo per l'intera collettività, dar luogo alla organizzazione della ri-

sposta da dare ai cittadini, tenendo conto del numero di strutture e della loro dislocazione, del dato epidemiologico e della domanda sanitaria, delle caratteristiche territoriali.

I dati relativi agli anni 1998/2002, un arco di tempo sufficiente per una valutazione complessiva, raccolti ed elaborati in modo omogeneo dal ministero della Salute, evidenziano un consolidarsi del numero di pazienti che affluiscono alle strutture preposte all'emergenza-urgenza. Oltre 22 milioni di cittadini si rivolgono ogni anno a tali servizi con un rapporto accessi/mille abitanti altrettanto consolidato e pari ad oltre 390.

A fronte di una domanda praticamente invariata si modifica notevolmente il numero globale delle strutture sanitarie. Nell'ambito del pubblico 91 presidi ospedalieri sono stati riconvertiti o chiusi, da 846 a 755, mentre il privato ha mantenuto sostanzialmente invariato il numero di strutture, da 535 a 531.

Strutture pubbliche e private accreditate di fronte all'urgenza

Strutture	Anno 1998	Anno 2002
Pubbliche	846	755
Private Accreditate	535	531
DEA strutt. Pubbliche	27,8%	41,3%
DEA strutt. Private Acc.	3,6%	3,0%
PS Strutt. Pubbliche	88,5%	82,0%
PS Strutt. Private Acc.	11,0%	8,5%
Terapie Intens Pubbl	48,5%	48,2%
Terapie Intens Priv. Acc	6,7%	6,2%
Centri Trasfus. Pubbl	42,6%	47,5%
Centri Trasfus. Priv. Acc.	2,1%	0,6%
Dialisi Strutture Pubbliche	56,1%	55,0%
Dialisi Strutture Private Acc.	8,0%	5,80%

Questi primi dati non debbono ingannare. Infatti, se si va ad analizzare il numero dei servizi dedicati all'emergenza-urgenza si registra un incremento significativo dei Dipartimenti d'Emergenza nell'ambito del pubblico, la cui presenza territoriale si incrementa di quasi il 14%, con una lieve flessione del numero di Pronto soccorso.

Appare abbastanza evidente lo sforzo operato dalla organizzazione pubblica di trasformare, dove possibile, alcuni Pronto Soccorso in Dipartimenti d'Emergenza al fine di completare e migliorare la risposta globale alle richieste sanitarie urgenti con strutture

più adeguate dal punto di vista della competenza specialistiche e delle attrezzature. La riduzione del numero di Pronto Soccorso deve pertanto essere globalmente inquadrata in un'ottica di trasformazione verso strutture dotate di servizi specialistici più avanzati e completi.

Nell'ambito dell'organizzazione privata accreditata si verifica, al contrario, una rilevante diminuzione delle già scarse strutture dedicate al settore: una riduzione, se pur lieve, dei pochi Dea esistenti, ma soprattutto una netta riduzione dei Pronto Soccorso che passano da una presenza dell'11% ad un 8,5%. Ciò che non è difficile interpretare come un orientamento ad abbandonare un settore così delicato.

Allargando l'analisi ad altri servizi preposti all'emergenza-urgenza si evidenzia il sostanziale permanere delle Terapie Intensive sia nel pubblico che nel privato presenti nel 48% delle strutture pubbliche e solo nel 6% di quelle private. Una drastica riduzione dei Centri Trasfusionali del privato accreditato che passano dal 2% allo 0,6%, a fronte di un netto incremento del numero di Centri del pubblico (dal 42% al 47%). E ancora da segnalare una riduzione dei Centri Dialisi, estremamente marcata nel privato (dall'8% al 5,8%).

L'impressione che si ricava dai dati pubblicati dal ministero della Salute è quella più volte avanzata di un privato accreditato che non gradisce impegnarsi nel settore dell'emergenza-urgenza dove i costi in termini di strutture, personale e apparecchiature è estremamente elevato, dove lo sforzo organizzativo impegna ulteriori risorse e i contenziosi sono sempre più numerosi.

In sintesi, un più che evidente disimpegno laddove c'è troppo da perdere con un rinvio al pubblico dei casi "urgenti", attraverso una riconversione della "mission" delle proprie strutture verso una domanda sanitaria remunerativa.

È un atteggiamento a dir poco discutibile per chi si voglia accreditare come organizzazione più competitiva e continui nella politica dei proclami di "parità" con il servizio pubblico.

Gli utenti visitati nelle strutture di Pronto Soccorso sono globalmente invariate

1998	2002
n. pz visitati in PS	n. pz visitati in PS
22.808.445	22.760.486
n. accessi X 1000 ab.	n. accessi X 1000 ab.
396	399

Fabio Florianello

PREVIDENZA

Pensione: il futuro punta sulla capitalizzazione

Dal 1° gennaio 1996, entrata in vigore della cosiddetta riforma "Dini", ai lavoratori, nuovi assunti in tutto, e, in parte, a coloro che entro il 1995 non avessero raggiunto almeno diciotto anni di contribuzione, si applica il metodo di calcolo, per il trattamento pensionistico, "contributivo". Alla base di questo nuovo sistema, che gradualmente va a sostituire il precedente "retributivo", la pensione viene realizzata con un criterio di capitalizzazione.

In verità, fin dall'inizio, venne definita, giustamente, "capitalizzazione simulata" rimanendo, comunque, di fatto in vita il sistema a "ripartizione". Infatti, mentre il metodo di computo del trattamento pensionistico introdotto dalla riforma "Dini" viene collegato ai contributi versati all'Ente di appartenenza, accreditati su ciascuna posizione individuale e rivalutati secondo il tasso nominale del Pil, e il montante contributivo, così determinato, viene moltiplicato per un coefficiente di trasformazione ragguagliato all'età dell'interessato al momento del pensionamento, gli stessi contributi non devono andarsi a cercare sui mercati, ma vengono stabiliti a tavolino. Da qui la "simulazione" della capitalizzazione. Infatti permane la condizione che il finanziamento del sistema pensionistico viene realizzato mediante il criterio che i contributi versati dai lavoratori in attività servono a pagare le pensioni in essere (ripartizione) e gli Enti previdenziali si limitano a scrivere, sulle posizioni individuali, delle somme teoriche. Tutto all'incontrario dalla vera capitalizzazione, in cui le risorse sono moneta sonante e vengono investite. Questa è la condizione dei Fondi previdenziali dove è il denaro versato e la sua migliore utilizzazione a determinare la possibilità di avere, alla fine, un rendimento soddisfacente. E se il rendimento è soggetto a tutta una serie di valutazioni legate alle performance, in particolare, delle Borse, un dato appare, invece, necessario: un buon contributo finanziario. Senza un finanziamento robusto della propria posizione individuale, le rendite che si auspica di ottenere non potranno sopperire a mantenere il tenore di vita paragonabile a quello che si aveva prima del pensionamento. E se da un canto i nuovi trattamenti pensionistici obbligatori non potranno concedere una percentuale, rispetto all'ultimo stipendio percepito dal lavoratore superiore del 50/60 per cento, (tasso di sostituzione), è anche vero che per ottenere un 20 per cento circa dell'ultimo reddito appare, orientativamente, necessario contribuire ad un Fondo per lungo tempo, 30/35 anni, con apporti dell'ordine del 10 per cento annuo dello stesso reddito.

La missione del Tfr, prevista dalla nuova riforma previdenziale approvata a fine luglio, sembra essere proprio quella di finanziare la previdenza complementare. E l'introduzione del silenzio/assenso, per l'utilizzo o meno dei Fondi del trattamento di fine rapporto, appare un metodo che ne potrà facilitare l'attuazione. Fermo restando che, per incrementare il 6,91%, riguardante il Tfr, e raggiungere quell'auspicato 10%, anche il lavoratore dovrà contribuirvi con versamenti propri e contributi aggiuntivi dello stesso datore di lavoro.

Ma se questi sono i presupposti per finanziare la previdenza complementare, appare particolarmente importante che gli interessati abbiano precise conoscenze di tutti i meccanismi che sottendono ad una scelta oculata e di sicurezza basati sulla trasparenza e tempestività delle informazioni. Il decreto legislativo di attuazione della norma di indirizzo, proposta dalla legge delega previdenziale, che dovrà essere la linea di partenza del semestre utile alla scelta dell'utilizzo del Tfr verso i Fondi, avrà bisogno di una concomitante esplicitazione dei risvolti di tale scelta, dalla disciplina fiscale sia dei contributi che dei rendimenti del Fondo, malle regole del suo funzionamento e alla professionalità dei promotori.

Claudio Testuzza

Fondi pensione chiusi: sono promossi dai sindacati ed associazioni dei professionisti e sono riservati agli appartenenti a quella determinata categoria.

Fondi pensione aperti: sono collocati da banche, compagnie assicurative e promotori finanziari. Vi possono accedere tutti.

Polizze FIP e PIP: sono forme e piani di investimento quali polizze del ramo vita.

PRECISAZIONE

Le affermazioni contenute nei primi due capoversi a pagina 13 del numero scorso nell'articolo sulla fecondazione assistita "le speranze legittime di chi soffre rischiano, purtroppo, di sovrapporsi alla realtà fatta di un quotidiano in cui ciò che emerge è la mancanza di fondi, di strutture e di assistenza. Un quotidiano in cui manca la consapevolezza, da parte di chi dice di no al referendum per ragioni morali di cosa voglia dire vivere, nel caso di malattie drammaticamente invalidanti, imprigionati in un corpo che non risponde neanche al più elementare degli input", sono relative a dichiarazioni rilasciate a questo giornale dai Comitati promotori per il referendum e non sono quindi attribuibili né all'autore dell'articolo né all'Anao Assomed. Ce ne scusiamo con i lettori e con gli interessati.

CAF: IL NUOVO SERVIZIO PER GLI ASSOCIATI

Gli iscritti all'Associazione potranno rivolgersi alle sedi Anaao Assomed oppure alle sedi delle altre associazioni Federate alla Cida presenti nelle città di seguito indicate - nei giorni e nell'orario che verranno successivamente comunicati - per richiedere l'assistenza fiscale a condizioni economiche estremamente vantaggiose. Sarà sufficiente prendere un appuntamento per ricevere i consigli di un fiscalista professionista.

Possono usufruire del servizio anche i familiari degli iscritti a cui verranno applicate le medesime condizioni economiche.

I SERVIZI OFFERTI

- Modello 730 (compilazione, controllo e trasmissione)
- Modello 730 integrato per ogni allegato integrativo
- Modello UNICO (semplice)
- Modello UNICO (allegati aggiuntivi)
- Dichiarazione I.C.I. (per unità imm.)
- Modelli pagamento I.C.I. (per bollettino)
- Modello RED/INPS
- Modello I.S.E.E.

In seguito sarà possibile anche richiedere assistenza per:

- Successioni
- Assistenza contenzioso fiscale tributario
- Consulenza legale

DOCUMENTI DA PRESENTARE

- Dichiarazione (mod. 730 o mod. Unico) presentata nell'anno 2004
- CUD riferito al 2004
- Documentazione per detrazioni (mutui, assicurazioni vita, contributi, spese mediche, polizza auto, pensioni alimentari, etc.)
- Mod. F24 2004 (acconti e saldi IRPEF versati nel corso dell'anno 2004)
- Riferimenti relativi all'attuale datore di lavoro
- Ricevuta della polizza RC auto (quietanza anno 2004)

- Contratti di locazione
- Finanziamenti Regionali
- Amministrazione Personale
- Servizi contabili (IVA - Contabilità - Visure)

GLI UFFICI CAF

SEDE	FEDERAZIONE	INDIRIZZO	TELEFONO PER UTENTI	FAX
ANCONA	Anaao-Assomed	Via Giacomo Matteotti 12	071203209	071203209
BOLOGNA	Anaao-Assomed	Via Marconi, 71	051249124	051249181
CAGLIARI	Anaao-Assomed	VIA Cimarosa, 123	070482553	0704529975
CATANIA	Anaao-Assomed	VIA S. Paola 8	095441085	095438692
GENOVA	Anaao-Assomed	Via Porta d'Archi, 3 int.6	010312151	010312151
REGGIO CALABRIA	Anaao-Assomed	Via Vittorio Veneto, 69	0330371561	d.saraceno@libero.it
TORINO	Anaao-Assomed	Corso Sommellier, 32	011501076	
TERNI	Anaao-Assomed	Via Filippo Turati 22	0744287468	0744287488
BARI	Cida	Via Pizzoli 8 - 70121	0805282946	0805752950
CAMPOBASSO	Cida	Via G. Mazzini 101/C	0874438183	0874438183
NAPOLI	Cida	Via Orazio 92 - 80122	81681189	081669924
PALERMO	Cida	Via B. Gravina 52	0916085401	
PESCARA	Cida	Via G. Galilei 65	08527348	0854229746
TRENTO	Cida		0461239929	0451233722
AGRIGENTO	Federdirigenticredito	Gioieni 178		
BERGAMO	Federdirigenticredito	Via Cucchi 6		064403421
BRESCIA	Federdirigenticredito	Via Tosio 1		
LECCE	Federdirigenticredito	Via Carlo Russi 3/C	0832307086	
PADOVA	Federdirigenticredito	Piazza Papa Giovanni XXIII 2/B		
SALERNO	Federdirigenticredito	Via R. Mauri 49		
UDINE	Federdirigenticredito	Via Gorghi 15	043225001	
FIRENZE	Federmanager	Via Baracca 235/E	0553436617	0553427947
LATINA	Federmanager	Via degli Eroi del Lavoro 5	0773691334	0773695776
MILANO	Federmanager	Via Larga 31	02583761	0258307557
PARMA	Federmanager	Via del Conservatorio 2	0521386707	0521386187
PIACENZA	Federmanager	Pizza S. Antonio 1	0523336937	0523388966
PISA	Federmanager	Via Garibaldi 194	05094101	
TARANTO	Federmanager	Corso Italia 340/d	099335943	099335943
TORINO	Federmanager	Via S. Francesco da Paola 20	00115625588230/231	0115625703
TRIESTE	Federmanager	Via Coroneo 1	040371090	040634358
VARESE	Federmanager	Via Monastero Vecchio 45	0332313198	0332310343
VERONA	Federmanager	Pizza Renato Simoni 3	0045594388-0458008775	
FOGGIA	Funzione Pubblica	Viale Luigi Pinto 87		

segue dalla prima

LA SANITÀ DOPO LE ELEZIONI: NUOVE SPERANZE, NUOVI COMPITI

Il terzo aspetto rilevante è che tutta la campagna elettorale, in tutte le regioni, non è stata condotta su parole d'ordine o slogan che si richiamassero a future prospettive rosee dal punto

di vista finanziario. Anzi, l'opposto: i programmi elettorali hanno fatto perno su di una rinnovata necessità di tornare al realismo, ai fatti veramente (e non falsamente) concreti, alla responsabilità dell'operare quotidiano, alla valutazione del rapporto costo-beneficio. In poche parole, ha avuto termine il periodo del messaggio roboante e della credulità miracolistica. Si è aperta certamente una nuova fase che comporta tuttavia nuovi e non pochi compiti, anche per noi. Forse è prematuro abbozzare quali possano essere, ma dovremo compiere uno sforzo, già a partire da come intendiamo procedere nella vicenda del rinnovo contrattuale. Ad esempio,

sarebbe irrealistico se ritenessimo di poter premere di più, rispetto a prima, sull'acceleratore economico. Analoga riflessione riguarda il complesso del sistema sanitario: i principi fondamentali devono essere mantenuti, ma non vanno sottovalutati i problemi del finanziamento indispensabili per realizzarli nel rispetto della qualità dei livelli essenziali, di una vera equità distributiva nell'ambito di un federalismo solidale, di vere politiche di integrazione e collaborazione tra professioni e istituzioni.

Serafino Zucbelli