

dm

**Legge di stabilità
Tutte le norme
sulla sanità**
a pagina 4

**Piani di rientro
Lazio e Calabria
sotto i riflettori**
a pagina 6

**Anaaio Giovani
Medico, paziente...
e Web 2.0**
a pagina 12

dirigenzamedica



2013 UN ANNO VISTO DA "DIRIGENZA"

EDITORIALE

di Costantino Troise e Carlo Palermo



SCENE DA UN ANNO PASSATO

L'attacco politico ai Medici ed ai Dirigenti sanitari non conosce soste, anzi si è intensificato nello scorso anno. Se, infatti, la Sanità è il settore più bersagliato dai tagli, medici e dirigenti sanitari rappresentano la vittima sacrificale. Il prezzo da loro pagato al controllo dei conti pubblici è elevato: taglio delle retribuzioni, lunghissimo blocco contrattuale, peggioramento delle condizioni di lavoro, arretramento dei trattamenti previdenziali. La Corte dei Conti calcola in 31 miliardi il taglio di finanziamento pubblico operato in sanità nel periodo 2011-2014, mentre il costo per ognuno di noi supera i 33.000 euro, senza possibilità di recupero, cui aggiungere il mancato adeguamento in molte aziende sanitarie, della retribuzione dopo i 5 e i 15 anni di servizio, con un danno quantificabile, in base alla data di acquisizione del diritto, fino a 41.000 euro. Il blocco delle procedure contrattuali e negoziali, che il Governo ha recentemente esteso fino al 2014, mentre consentiva a scuola e polizia di violare il blocco retributivo individuale anche con finanziamenti aggiuntivi, insieme con la mancata applicazione, o la

a caso l'attacco è portato ai due strumenti che regolano il rapporto tra datori di lavoro e lavoratori fin dall' '800, cioè Ccnl e sindacati, e dopo avere mortificato lo status economico dei medici oggi ci si muove anche contro lo status giuridico di "dirigenza speciale". Tralasciando la necessità di garantire autonomia e responsabilità, caratteri distintivi di una professione come la nostra, all'interno di organizzazioni oggi votate al mero controllo dei costi.

Il Comitato di settore tenta di riaprire un tavolo contrattuale, a zero risorse per i primi due anni, in maniera ancora confusa e con risultati incerti. Non possiamo certo dare per scontato che il prossimo contratto sarà un contratto Regioni-sanità, con buona pace della posizione delle stesse regioni che in sede di conferenza stato-regioni avevano ribadito la richiesta di una specifica area per la dirigenza sanitaria. Ma se le Regioni hanno la volontà politica di utilizzare lo strumento Ccnl come fattore di innovazione, noi ci stiamo. Se, invece, a dominare è lo sguardo miope di chi cerca effimere rivincite, fidando su un mutamento dei rapporti di forza, il percorso sarà tutto in salita.

Fa parte di questo attacco concentrico il ruolo che Ministero e Regioni intendono assegnare alle nuove professioni sanitarie, circa 30, che iniziano a erodere i tradizionali ambiti di esercizio della professione medica.

Se non è tempo di conflitti o crociate, senza scomodare le guerre, essendo tutti i professionisti sanitari impegnati in prima linea nello stesso campo d'azione ed occorre pensare a sistemi multicentrici che esaltino la cooperazione, piuttosto che la competizione, nel raggiungimento di obiettivi comuni, non possiamo nasconderci che questa "questione" riverbera anche sul tasso di occupazione degli uni piuttosto che degli altri, sulla ridefinizione dei paradigmi relazionali tra le professioni e tra le professioni e i cittadini.

Il nodo delle competenze avanzate degli infermieri, e non solo, è stato affrontato con un metodo discutibile, che si è snodato per anni con una ridondante produzio-

ne di documenti di vario respiro, paratoriti da "tavoli tecnici" misconosciuti dai padri putativi, senza intercettare mai le rappresentanze sindacali dei Medici e limitandosi ad un fugace incontro con quelle ordinistiche. E vorrebbe risolversi non attraverso trasparenti percorsi legislativi, ma deliberati di quella terza camera che è ormai diventata la Conferenza Stato-Regioni, un superamento di fatto del bicameralismo perfetto. Il rischio è di frantumare assetti ordinamentali attraverso il disegno, da parte di ogni regione, di proprie competenze professionali e profili di responsabilità che dovrebbero, invece, avere carattere unitario, senza paletti al punto da portare i giornali a parlare di una "professione infermieristica che... si avvicina a quella medica". Attraverso intese a valenza locale, che sottraggono ruolo allo stesso ministero della Salute relegato in un pallido Osservatorio, si producono nuove disequaglianze nel tessuto già strappato della sanità italiana. Continuando anche nella pratica masochistica di assegnare alla Università il ruolo di gestore unico della formazione professionale del personale del Ssn, malgrado essa abbia prodotto quella "vera emergenza nazionale" che è la formazione del Medico, senza nemmeno verificare la adeguatezza della offerta formativa.

C'è, oggi, una tentazione forte da parte di molti amministratori di utilizzare personale tecnico ed infermieristico per compiti affidati ai Medici, trasferendo segmenti di attività da un fattore ad "alto costo" ad uno "a basso costo" (per ora). Un uso opportunistico delle competenze per una prospettiva di servizi sanitari low cost. Ma c'è anche il rischio di sovrapposizioni giuridico-istituzionali e gestionali, se già oggi le categorie professionali vivono all'interno degli ospedali e delle stesse unità operative in modelli organizzativi a "canna d'organo", che si guardano ma non si parlano, in un indistinto magma di responsabilità sui risultati ed una evidente violazione della normativa esistente. Comunque sia, un processo clinico-assistenziale non può essere considerato semplice sommatoria di atti profes-

Se le Regioni hanno la volontà politica di utilizzare lo strumento Ccnl come fattore di innovazione, noi ci stiamo. Se, invece, a dominare è lo sguardo miope di chi cerca effimere rivincite, fidando su un mutamento dei rapporti di forza, il percorso sarà tutto in salita

modifica per via legislativa, di istituti contenuti nei precedenti contratti, ha amplificato ed incattivito un quadro già drammatico per tutti gli operatori del settore.

Oramai, occorre urlare con forza che non se ne può più di chi ha pensato nelle aziende sanitarie solo a riportare in pareggio i bilanci attraverso un puro meccanismo di controllo dei fattori di produzione, medici e dirigenti sanitari compresi, senza visione strategica né di prospettiva in termini di risultati di salute. Le aziende sanitarie chiedono mano libera nell'utilizzo delle risorse umane, costi da tagliare prima e più degli altri, percependosi e muovendosi come assolute da leggi e contratti di lavoro. Non

nali, espressione di differenti autonomie, senza che si individui una responsabilità unitaria ed un ruolo di governo e sintesi anche in caso di conflitti. Né si può mettere in discussione la duplice posizione di garanzia del Medico verso lo Stato e verso i cittadini, per cui nessuna delle competenze fondanti questo ruolo può essere oggetto di inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni. O evitare di esplicitare il trade-off sulla responsabilità, sulla efficacia e sulla sicurezza delle cure. Nella attesa di note positive, forse le uniche del 2013, in merito alla stabilizzazione dei precari dal Dpcm in elaborazione, anche in virtù della sentenza della Corte di Giustizia europea del 12 dicembre 2013, che intendiamo fare rispettare, è tempo di approfondire la discussione sui destini, anche giuridici di una professione che rischia di essere travolta, spettatore innocente, dalla demonizzazione del lavoro pubblico.

All'interno delle aziende sanitarie i Medici si sentono, oggi, poco amati, controllati, vincolati alle norme che disciplinano l'organizzazione fissando i livelli di subordinazione e limitando, non di rado, la loro autonomia clinica. Lo stesso stato giuridico del medico ospedaliero descrive un ossimoro peculiare: dipendente ma dirigente, sia per la propria natura intrinseca di interprete imperfetto, ma unico, dei bisogni di salute dei cittadini, sia perché investito di deleghe da parte della "proprietà", in qualità di "gestore" di risorse anche ingenti. Tutti i medici, sia pure con grado e intensità differente, sono permeati dai due ruoli, essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate. Eppure, la dirigenza medica e sanitaria continua ad essere sottoposta a logiche puramente amministrative. Non a caso, evidentemente, si pretende una area contrattuale insieme con i dirigenti delle Regioni. A molti sembra addirittura singolare il mantenimento di un orario massimo di lavoro, dimenticando decenni di studi scientifici che correlano performance clinica e riduzione del rischio per i pazienti ad adeguati periodi di riposo per i medici. O il rapporto tra durata dell'orario di lavoro e tasso di occupazione, con buona pace di giovani e precari. E ritorna ciclicamente l'ipotesi di dividere la categoria in una dirigenza gestionale ed in una professionale, puntando ad una stretta fidelizzazione aziendale della prima ed usando l'una e l'altra per fare da parafulmine alla rabbia dei pazienti e pagare i costi della ristrutturazione.

Nella attuale crisi della identità professionale forte è la tentazione di dedicarsi solo alla purezza della professione, lasciando che sia qualcun altro a pensare alla gestione, anche se la cittadella della autonomia professionale è oggi minacciata, come vediamo, da altre professioni che, curiosamente, sono in cerca di

quell'Ordine professionale e di quel ruolo dirigenziale, da noi spesso negletti. L'ossimoro disegnato dal dlgs 229/99 ha, forse, fatto il suo tempo ma non si può risolvere sul versante del dipendente. Perché chi non rivendica responsabilità ed autonomia nell'esercizio di un ruolo accetta di essere gestito, senza alcun potere negoziale nei confronti del management e senza forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi aziendali. Occorre riflettere su questa situazione, senza illudersi sulla esistenza di scorciatoie, per dare risposte chiare ad un disagio professionale, esteso e reale, aspetto della eterna "questione medica", esorcizzata ma non risolta in questi anni, a dispetto del tentativo di normalizzare la categoria con un attacco a tutto campo. I Medici, e gli altri dirigenti sanitari, si percepiscono privi di prospettive e stretti nel contenitore del pubblico impiego che non valorizza le specificità di coloro cui è demandata la tutela di un bene prezioso, quale la salute, e nega ogni rapporto con la struttura e le prerogative della professione nonché la garanzia dei suoi caratteri distintivi.

Il problema che abbiamo di fronte è, in sostanza, quello di progettare un nuovo sistema, ed un nuovo modello di organizzazione del lavoro, che ricostruendo i valori di appartenenza alla professione privilegi le risorse sociali nei confronti dei valori economici, superando l'attuale modello organizzativo nel quale il professionista è spinto ad identificarsi. Ma qualsiasi processo di trasformazione della sanità italiana non può prescindere da una partecipazione convinta della maggioranza dei medici italiani, oggi sospinti verso quella condizione che i sociologi definiscono come "proletarizzazione", caratterizzata non tanto dallo svilimento economico quanto dalla perdita del controllo sulle proprie condizioni di lavoro, ovvero "il processo secondo il quale una categoria occupazionale è privata del controllo su certe prerogative relative alla localizzazione, al contenuto e ai fondamenti delle sue attività ed è perciò subordinata ai più ampi requisiti di produzione propri del capitalismo avanzato" (Mc Kinlay e Arches, 1985).

Nelle Aziende sanitarie gli strumenti del tradizionale management di impresa sono risultati largamente insufficienti nel garantire sia l'equilibrio economico che l'efficacia e la qualità della produzione clinica. Questa cultura e pratica organizzativo-gestionale non appare in grado di realizzare compiutamente l'orientamento delle attività cliniche all'efficacia, appropriatezza e qualità, oggi unanimemente riconosciuti quali nuovi fattori determinanti non solo l'uso ottimale delle risorse ma anche il valore etico e sociale

dei sistemi posti a tutela della salute, tecnologicamente avanzati e politicamente ad impianto solidaristico. L'economista Richard Scase dell'Università di Kent invitava a "...non sopravvalutare l'efficienza del sistema che sembra avere preso il posto dell'efficacia, ... perché è la quantità che tende a sostituire la qualità, ... perché oggi spesso i mezzi sono diventati fini". Il medico oggi porta sulle proprie spalle un ruolo di mediazione sociale delicatissimo, che è quello di contribuire a costruire in un'epoca di risorse economiche finite, ma di bisogni assistenziali infiniti, una sanità possibile e sostenibile, garantendo equità d'accesso, universalità, qualità dei servizi. Forse solo una nuova configurazione giuridica potrà sostituire quella della Dirigenza e solo l'evoluzione da un'azienda "manifatturiera" ad un'azienda di servizi potrà tenere insieme diritto alla salute, sostenibilità economica e governance clinica. Per ripartire dalla valorizzazione della professione e sciogliere un groviglio di nodi strutturali e sovrastrutturali, porsi come "categoria speciale", cui è collegata non so-

Il problema che abbiamo di fronte è quello di progettare un nuovo sistema, ed un nuovo modello di organizzazione del lavoro, che ricostruendo i valori di appartenenza alla professione privilegi le risorse sociali nei confronti dei valori economici

lo una dimensione professionale, di natura clinica, ma anche una responsabilità nei risultati valutati in termini di salute prodotta e di esiti clinici, nella gestione quotidiana e strategica delle risorse, nel tentativo di realizzare una reale identità di interessi tra sistema, professionisti e cittadini, può rappresentare una soluzione, ma non è l'unica.

La riflessione è ancora acerba ma dobbiamo chiederci fin da ora se il pubblico impiego è coerente con la natura professionale, la specificità e la delicatezza della attività che i medici svolgono. Serve una riscrittura ed una ricollocazione del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie con un ragionamento a tutto campo.

In attesa di avere chiaro un orizzonte occorre valutare tutte le possibilità per recuperare un ruolo professionale, sociale e politico che risponda al diffuso disagio ed alla crescente insofferenza verso il modello aziendale e della pubblica amministrazione, dopo avere inseguito, per anni e vanamente, un provvedimento legislativo che attuasse il mitico governo clinico.

In preparazione del Congresso elettivo il concorso di idee è aperto. In palio c'è il futuro di una categoria, confusa e fiaccata, ma ancora centrale nei processi di tutela del bene salute, al centro di un attacco che mira a marginalizzarla e banalizzarne il ruolo.

Legge di Stabilità

Ecco tutte le norme sulla sanità

Giovanni Rodriguez

Tagli al pubblico impiego e conferma del blocco dei contratti per il 2015, con possibilità di rinnovo della parte normativa. Risorse per finanziare gli specializzandi, ma anche per i Policlinici universitari privati. Queste le misure della legge di Stabilità varata il 23 dicembre scorso che l'Anaa Assomed ha bocciato senza riserve.

Tagli al pubblico impiego, blocco dei contratti e possibilità di rinnovo per la parte normativa. Istituzione dell'anagrafe nazionale degli assistiti. Istituzionalizzazione del pay back per le aziende farmaceutiche e distribuzione per conto dei farmaci ospedalieri e dei farmaci non coperti da brevetto attraverso le farmacie. Fondi per l'attività di monitoraggio e revisione dei fabbisogni e dei costi standard delle funzioni e dei servizi di Regioni ed Enti locali. Ed anche fondi extra ai Policlinici universitari non statali, al Bambino Gesù ed anche alla non autosufficienza a cui vanno, compresa la Sla, 275 milioni per il 2014 più altri 75 milioni per l'assistenza domiciliare alle persone affette da disabilità gravi e gravissime (anche in questo caso Sla compresa).

Sono queste alcune delle misure contenute nella legge di stabilità approvata definitivamente il 23 dicembre 2013 che ha incassato la bocciatura dell'Anaa Assomed. Per il segretario nazionale, Costantino Troise, le spese continuano a gravare sul pubblico impiego e la sanità. L'unico regalo è stato fatto ai Policlinici privati, mentre non c'è stata alcuna attenzione alle donne, alla formazione di medici e dirigenti sanitari, e al Contratto.

“Intese larghe o strette, leader vecchi o nuovi, Imu o Iuc la sostanza non cambia: le spese della stabilità gravano sul pubblico impiego, compresa la sanità che registra l'unico segno positivo alla voce regalo di Natale per i policlinici privati” ha detto Troise.

“Si rimettono le mani sulle pensioni con una riedizione più salata del contributo di solidarietà che la Corte Costituzionale non potrà non bocciare – ha aggiunto – mentre si allontana ancora l'età del ritiro per le dottoresse costrette a turni notturni ben oltre i 65 anni di età. Alla emergenza della formazione dei medici e dirigenti sanitari si dedica un intervento del tutto insufficiente ed il blocco dei contratti futuri viene ac-



compagnato ad un taglieggiamento di quello vecchio”.

Per Troise: “La politica continua ad ignorare i medici pubblici e la sanità, a meno che non faccia rima con università, meglio se privata, e per sentire risuonare la parola salute nelle aule parlamentari occorre, forse, aspettare una crisi di starnuti del Presidente del Consiglio”.

Ma vediamo in sintesi le misure per la sanità contenute nella Legge.

Commi 6 e 7 – Fondi europei

Si prevede che tra le finalità del Fondo di rotazione siano finanziati interventi pilota, per un ammontare di 3 mln nel 2014, 43,5 mln per il 2015/2016, che riguarderanno tra gli altri anche interventi socio sanitari.

Comma 70-bis – Misure a favore della Sardegna

Al fine di garantire un adeguato livello di servizi sanitari nella regione Sardegna, interessata dai

gravi eventi alluvionali del mese di novembre 2013, a decorrere dal 1° gennaio 2014 gli obiettivi finanziari previsti, possono essere conseguiti su altre aree della spesa sanitaria.

Commi 77, 78 e 79 – Infortuni sul lavoro, danno biologico e morte sul lavoro

Viene ridotto dal 2014 l'importo dei premi e contributi dovuti per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (fatte salve alcune specifiche tipologie) in misura di 1 miliardo per il 2014, 1,1 miliardi per il 2015 e 1,2 miliardi a decorrere dal 2016.

Novità anche per l'indennità a favore dei superstiti in caso di morte sul lavoro. I benefici a carico del Fondo sono erogati ai familiari superstiti e, in loro mancanza, a ciascuno degli ascendenti e dei genitori adottanti o ai fratelli o sorelle se conviventi con l'infortunato.

Commi 128 e 129 – Non autosufficienza

Il Fondo per la non autosufficienza e per perso-

ne affette da Sla sale a 275 milioni per l'anno 2014. Inoltre vengono stanziati ulteriori 75 milioni, sempre per il 2014, da destinare espressamente agli interventi per l'assistenza domiciliare ai non autosufficienti e malati di Sla.

Comma 134 – Violenza sessuale e di genere

30 milioni in più nel triennio 2014/2016 per il finanziamento del piano di azione straordinaria contro la violenza sessuale di genere.

Comma 136 – Finanziamento all'Istituto nazionale di genetica molecolare

Finanziamento di 1 milione di euro all'INGM per il 2014. Finanziamento di 2 mln di euro per ciascuno degli anni 2014-2015-2016 a favore dell'Istituto Gaslini di Genova.

Comma 137 – Mobilità sanitaria internazionale

Al fine di adempiere agli obblighi in materia di assistenza sanitaria all'estero, gli specifici stanziamenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 618, iscritti nello stato di previsione del Ministero della salute, sono incrementati, per l'anno 2014, di 121 milioni di euro. A valere su tali risorse, il Ministero della salute provvede anche agli adempimenti connessi all'assistenza sanitaria in forma indiretta, ferma restando la successiva imputazione degli oneri alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Il termine del 30 aprile 2013 di cui al medesimo comma 86 è prorogato al 31 dicembre 2014.

Comma 140 e 141 – Pay back per le aziende farmaceutiche

Si applicherà dal 1 gennaio 2014 su richiesta delle imprese interessate anche sui farmaci immessi in commercio dopo il 31 dicembre 2006. Compensazione payback tra Aziende farmaceutiche che costituiscono società controllate e la società controllante.

Comma 142 – Screening neonatale per la diagnosi precoce patologie metaboliche

Stanziati 5 milioni di euro per il 2014 per l'avvio sperimentale nelle Regioni dello screening neonatale per la diagnosi precoce di patologie metaboliche ereditarie per la cui terapia farmacologica e dietetica esistano evidenze scientifiche di efficacia o del fatto che la diagnosi precoce faciliti l'accesso a terapie in sperimentazione. Integrazione dei bacini di utenza ottimali proporzionati all'indice di natalità.

Comma 144, 145 – Anagrafe nazionale assistiti

Viene istituita l'Anagrafe nazionale degli assistiti al fine di rafforzare il monitoraggio della spesa sanitaria, accelerare l'automazione amministrativa e migliore i servizi per i cittadini e la PA. L'Agenzia subentrerà alle anagrafi e agli elenchi degli assistiti delle singole Asl che manterranno però la titolarità dei dati e ne dovranno comunque assicurare l'aggiornamento.

Entro il 30 giugno 2014 con Dpcm saranno stabiliti caratteristiche e operatività dell'Agenzia. Per la nuova Agenzia vengono stanziati 2 milioni per 2014 e 1 a decorrere dal 2015.

Centralizzazione in materia di assistenza sanitaria per il personale navigante.

Quota premiale per le compensazioni tra Regioni e Province autonome (in totale si tratta di 429 mln di euro). Possibilità per il Mef di trattenere le somme da qualsiasi spettanza della Croce Rossa in caso di sua mancata copertura delle anticipazioni per lei previste.

Comma 146 – Distribuzione gratuita generi alimentari

È previsto l'obbligo per gli operatori del settore, inclusi quelli della ristorazione ospedaliera, di registrazione dell'oggetto, luogo, data, ora e destinatario della fornitura di prodotti alimentari destinati agli indigenti. Garantire un corretto stato di conservazione, trasporto, deposito e utilizzo degli alimenti, ciascuno per la parte di competenza. Tale obiettivo è raggiunto anche mediante la predisposizione di specifici manuali nazionali di corretta prassi.

Comma 176 – Finanziamento Istituto mediterraneo di ematologia

Previsto un stanziamento di 3,5 milioni di euro a decorrere dal 2014 per l'Istituto mediterraneo di ematologia (IME).

Comma 189 – Fitosanitari

Con riferimento all'emergenza derivante dal batterio Xylella Fastidiosa è autorizzata la spesa di 5 milioni per il 2014.

Comma 203 – Adroterapia oncologica

Vengono stanziati 3 milioni di euro per il 2014 che andranno al Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO), il primo centro ospedaliero in Italia (e il quarto del mondo, dopo gli Stati Uniti, la Germania e il Giappone) espressamente dedicato al trattamento dei tumori mediante l'adroterapia.

Comma 216 – Visite medico legali delle Asl

Dal 2014 sarà un decreto dell'Economia, d'intesa con la Stato Regioni, a decidere il riparto delle somme finalizzate ai controlli da parte delle Asl sulle assenze di malattia. Lo stesso emendamento stabilisce inoltre che tali somme saranno vincolate a questo uso esclusivo e che pertanto non potranno essere usate dalle Regioni per altre finalità.

Ai fini della razionalizzazione del servizio, l'Inps, per la effettuazione delle visite mediche di controllo domiciliari ai lavoratori assenti dal servizio per malattia, si avvale, in via prioritaria, dei medici inseriti nelle liste speciali di cui al periodo precedente.

Comma 246 – Finanziamento ai Policlinici universitari privati

Previsto il concorso statale alle attività strumentali dei policlinici universitari privati. In tutto 400 milioni di euro, di cui 50 nel 2014 e poi rate da 35 milioni l'anno fino al 2024. L'erogazione di tali somme è subordinata alla sottoscrizione di protocolli d'intesa tra Regioni e Università "comprensivi della definitiva regolazione condivisa di eventuali contenziosi pregressi".

Comma 247 – Finanziamento Bambino Gesù

E' rifinanziata l'attività dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù per il 2014 per un totale di 30 milioni.

Comma 282 – Costi standard

Stanziati 4 milioni di euro per ciascuno anno nel 2014 e 2015 per completare l'attività di monitoraggio e revisione dei fabbisogni e dei costi standard delle funzioni e dei servizi di Regioni ed Enti locali.

Per le finalità di cui al titolo VI del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e successive modificazioni, è autorizzata l'ulteriore spesa di 30 milioni di euro per l'anno 2014 e di 50 milioni di euro a decorrere dall'anno 2015.

Comma 283 – Cure palliative

Sono idonei a operare nelle reti per le cure palliative pubbliche o private accreditate i medici che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data dell'entrata in vigore della presente legge documentino un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, previa certificazione dell'attività svolta rilasciata dalla regione sulla base di criteri determinati con Dpcm, su proposta del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Comma 284 – Aggiornamento del Prontuario ospedale-territorio (PHT) e vendita in farmacia

È previsto l'aggiornamento annuale del Prontuario della continuità assistenziale ospedale territorio (PHT) da parte dell'Aifa che dovrà individuare ogni anno un elenco di medicinali che potranno essere dispensati attraverso le farmacie convenzionate. Di conseguenza si provvederà ad abbassare il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera e alzare contestualmente quello della territoriale. Si prevede, inoltre, di assegnare i medicinali non coperti da brevetto e quelli per i quali siano cessate le esigenze di controllo ricorrente da parte della struttura pubblica alla distribuzione in regime convenzionale attraverso le farmacie aperte al pubblico.

Comma 285 – Spending review per beni e servizi e immobili della PA

Stabilita una riduzione di spesa per tutte le PA in misura non inferiore a 60 milioni per il 2014, 700 per il 2015 e 1,410 miliardi per gli anni 2016 e 2017 per l'acquisto di beni e servizi e attraverso l'ottimizzazione dell'uso degli immobili.

Comma 300, 301, 302, 303 e 304 – Pubblico impiego

Per gli anni 2015-2017 l'indennità di vacanza contrattuale da computare quale anticipazione dei benefici complessivi che saranno attribuiti all'atto del rinnovo contrattuale è quella in godimento al 31 dicembre 2013.

Viene inoltre sottolineato come "si dà luogo alle procedure contrattuali e negoziali ricadenti negli anni 2013-2014, per la sola parte normativa senza possibilità di recupero per la parte economica".

Per effetto di queste disposizioni, viene segnalato come le Regioni non debbano tener conto dell'indennità di vacanza contrattuale riferita al periodo 2015-2017.

Il blocco della parte economica dei contratti viene prorogato al 31 dicembre 2014 e, a decorrere dal 1 gennaio 2015, le risorse destinate annualmente al trattamento economico accessorio sono decurtate di un importo pari alle riduzioni operate per effetto del precedente periodo.

Comma 320 – Finanziamento Ssn

In conseguenza delle misure sul pubblico impiego il finanziamento a carico dello Stato per la sanità viene ridotto di 540 milioni nel 2015 e di 610 milioni nel 2016.

Comma 376 – Assunzioni nelle farmacie pubbliche e nei servizi socio assistenziali

Le farmacie pubbliche e i servizi socio assistenziali potranno differire dalle limitazioni nelle assunzioni di personale, con propria motivata deliberazione, fermo restando l'obbligo di garantire il raggiungimento degli obiettivi di risparmio e contenimento della spesa di personale.

Tavoli di verifica del Piano di rientro

Lazio e Calabria s

Luciano Fassari
ed Ester Maragò

Disavanzo sanità 2013 stimato a quota 611 mln nel Lazio, dove le criticità non accennano a diminuire. Aumenta il deficit in Calabria, la stima è di 76 mln nel 2013 contro 70,7 del 2012, ma migliorano i Lea. Questi in sintesi i risultati emersi dai verbali della verifica trimestrale stilati dal tavolo Massicci

Lazio

La debacle della sanità laziale

Il deficit non cala, mentre il programma operativo 2013-2015 rimane al palo così come le misure previste dalla Spending review. Ritardi anche sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, permangono inoltre criticità nei rapporti con gli erogatori privati.

Sessantasette pagine di 'niet' alle politiche sanitarie della Regione Lazio. Il verbale della verifica trimestrale stilato dal tavolo Massicci il 18 dicembre scorso ha bocciato sonoramente l'attività della Regione che sembra non riuscire ancora a invertire la rotta che da ormai sette anni la vede commissariata e in Piano di rientro. I conti sono, infatti, ancora in rosso (nel 2013, stima disavanzo prima delle coperture, a quota 611 mln) e non mostrano nessun rilevante segnale di ripresa rispetto all'anno 2012 dove il buco è stato di 613 milioni di euro prima delle coperture. Il programma operativo 2013-2015 è stato trasmesso con "estremo ritardo" e senza la sottoscrizione dei sub commissari. Nebulosi anche i protocolli d'intesa con le Università che evidenziano "aspetti non condivisibili che saranno oggetto di richiesta di modifica". E ancora, la predisposizione degli atti aziendali segna il passo, così com'è critica anche la situazione che riguarda il personale: persistono criticità e ritardi nel governo complessivo e nella definizione

complessiva degli obiettivi programmatici. E non va meglio sul fronte della riorganizzazione della rete ospedaliera dove i tavoli ministeriali hanno evidenziato che la documentazione "non risulta pervenuta alla scadenza prevista".

Tavolo e Comitato hanno anche richiesto lumi sull'esito e le tempistiche delle procedure di selezione dei nuovi Direttori generali di Asl e Aziende ospedaliere, ma anche di essere aggiornati in merito alla situazione dell'Asp. Ma non è finita qui, anche sulla Spending review di beni e servizi la Regione non ha ancora inoltrato le informazioni sull'applicazione della normativa (DI 95/2012). E permangono inoltre problematiche nei rapporti con gli erogatori privati. Insomma, un lungo elenco di criticità e nodi ancora da sciogliere. Si prefigura quindi l'ennesima stangata di tasse per ripianare un buco che non accenna a diminuire. Vediamo in sintesi alcune rilevazioni effettuate dal Tavolo di monitoraggio sul Piano di rientro e dal Comitato di verifica per i Lea:



otto i riflettori



I conti. La Regione Lazio a consuntivo 2012 ha presentato un disavanzo prima delle coperture di 613,186 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali di 808,682 mln di euro preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del Ssr, residua un avanzo di 195,496 mln di euro. Sulla base dei dati del II trimestre 2013, l'advisor ha effettuato una stima a chiudere che evidenzia un disavanzo, prima delle coperture, pari a -611,311 mln di euro.

Programma operativo 2013-2015. I tavoli ministeriali rilevano che il Programma operativo 2013-2015 è stato trasmesso con estremo ritardo il 6 dicembre 2013, peraltro privo della sottoscrizione dei subcommissari. Chiedono di ricevere il Programma sottoscritto dall'intera struttura commissariale, così come modificata, e ricordano che, nel contesto di una regione commissariata dallo Stato, le strutture regionali, in tutte le loro articolazioni, sono di esclusivo supporto tecnico alle decisioni dell'intera struttura commissariale che esercita la funzione di programmazione, indirizzo e coordinamento.

Protocolli con le Università. In merito ai protocolli d'intesa con le Università, i Tavoli registrano l'invio, in data 11 dicembre 2013, del Protocollo d'intesa sottoscritto tra Università La Sapienza e Regione Lazio. Le verifiche evidenziano che da un primo esame sono emersi aspetti non condivisibili che saranno oggetto di richiesta di modifica e richiamano ancora una volta l'urgenza di procedere al rinnovo dei Protocolli d'Intesa con tutte le Università statali e non statali nel più breve tempo possibile.

Rete ospedaliera. Nella riunione del 30 luglio 2013, Tavolo e Comitato, in merito alla riorganizzazione della rete ospedaliera, ritenevano non più procrastinabile stabilire l'effettivo fabbisogno sulla base del quale procedere alla rimodulazione dell'offerta assistenziale, tenendo in considerazione le osservazioni ministeriali già espresse, nonché le disposizioni di cui al DL 95/2012, convertito in Legge 135/2012. Ma ad oggi non risulta pervenuta documentazione alla scadenza prevista.

Offerta assistenziale. I tavoli di verifica ritengono non più procrastinabile stabilire l'effettivo fabbisogno sulla base del quale procedere alla rimodulazione dell'offerta assistenziale, tenendo in considerazione le osservazioni ministeriali già espresse nonché le disposizioni della Spending review.

Case della Salute. Ad un primo esame, in riferimento alle Case della Salute, Tavolo e Comitato chiedono alla struttura commissariale chiarimenti riguardo: alle azioni intraprese in merito alle ex strutture ospedaliere utilizzate per l'implementazione delle Case della Salute in cui risulta contenzioso in corso; alla composizione del modulo UDI (Unità di degenza infermieristica) e al numero di Mmg che devono far parte della Casa della Salute; a cosa si faccia riferimento laddove si parla di "Raccordi funzionali delle Case della Salute", in relazione ai rapporti e ai collegamenti con le altre strutture; ai bacini di utenza afferenti ad ogni Casa della Salute e al numero complessivo e all'esplicitazione dei rapporti intercorrenti con gli altri nodi della rete e con il distretto.

Nomina Dg Asl. Con riferimento alla procedura di selezione in atto finalizzata alla nomina dei nuovi Direttori generali delle aziende, si chiede di conoscere la tempistica della conclusione delle procedure previste, essendo peraltro in scadenza gli attuali Dg della maggior parte delle aziende laziali. Chiedono inoltre chiarimenti sul disegno di legge quadro regionale che disciplina l'intero settore della sanità e la coerenza della stessa con la programmazione definita dalla struttura commissariale nello svolgimento del mandato attribuito dal Consiglio dei Ministri.

Asp. Tavolo e Comitato chiedono di essere aggiornati, soprattutto con riferimento allo svolgimento dei compiti prima affidati all'Asp relativi al monitoraggio delle prestazioni erogate dai privati accreditati, dal momento che i controlli sulle prestazioni da privato appaiono in ritardo.

Rapporti con erogatori privati:

Istituto Dermatologico dell'Immacolata

Tavolo e Comitato, relativamente alla tematica riguardante il Gruppo Idi, avevano preso atto del decreto che disponeva l'erogazione anticipata di importi relativi alle prestazioni rese dalle Strutture Idi - Irccs e Ospedale San Carlo di Nancy, gestite dalla Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione, fino al 30 settembre 2013, e erano rimasti in attesa di ricevere aggiornamenti relativi alla situazione del gruppo. Non essendo pervenuta ulteriore documentazione, Tavolo e Comitato chiedono aggiornamenti al riguardo. Si segnala che il Tar Lazio ha emesso l'ordinanza n. 2016/2013 del 21 maggio 2013 con cui ha respinto "l'istanza di sospensione degli stessi atti impugnati nella parte in cui inibiscono al ricorrente l'esercizio dell'attività sanitaria nella qualità di operatore professionale privato già provvisoriamente accreditato con il Servizio sanitario re-

gionale e l'utilizzo a tal fine dello stabile ubicato in via Aurelia n. 275". Con tale ordinanza la struttura in questione non può svolgere attività a carico del Ssr. Si chiede al Commissario una relazione puntuale sulla situazione del San Carlo di Nancy, così come già richiesto nei verbali del 17 aprile 2013 e 30 luglio 2013.

Gruppo San Raffaele

In occasione della riunione del 30 luglio 2013, Tavolo e Comitato avevano ribadito le criticità più volte segnalate in riferimento al Gruppo, soprattutto il fatto che i provvedimenti successivi adottati, riguardanti incrementi di attività ospedaliere, non erano coerenti con la originaria programmazione stabilita con il Dca 80/10. Avevano, pertanto, sollecitato la predisposizione di un nuovo atto che descrivesse la nuova configurazione della rete e che desse evidenza della compatibilità con i fabbisogni assistenziali e con quanto disposto dal Dl 95/12.

Era stato segnalato, inoltre, il mancato riscontro alla richiesta chiarimenti inviata con prot. 348-P/13 in merito all'accreditamento della struttura San Raffaele Termini.

In merito, non risulta pervenuta documentazione. Viene ribadita la necessità di rivedere il decreto 62/2011, come richiesto dai Tavoli tecnici più volte.

Ospedale Israelitico

Tavolo e Comitato, in occasione della riunione del 30 luglio 2013, avevano rilevato la mancata trasmissione di documentazione di chiarimenti in relazione alla sussistenza dei requisiti di accreditamento rispetto alla prevista destinazione dei posti letto e rispetto agli esiti dei controlli. La struttura commissariale ha inviato il Decreto n. 330/13 (prot. 362_13 del 25.07.2013), di sospensione degli effetti dei decreti n. 89/2011 e n. 149/2012 che regolano i rapporti tra l'Ospedale Israelitico, la Asl territorialmente competente e la Regione Lazio.

Alla base di tale provvedimento vi sono gli esiti dei controlli delle cartelle cliniche degli anni 2006-2009, effettuati da Asp e attribuiti ai DRG 063, 168, 169. Dall'analisi di n. 13.241 ricoveri estratti da SIO, il 94% sono risultati incongrui ed inappropriati, trattandosi di procedure odontoiatriche non invasive, effettuate in un setting assistenziale non idoneo, ovvero prestazioni erogabili in regime ambulatoriale, per un ammontare complessivo di 11.719.216,71. Inoltre, la Procura della Repubblica di Roma ha già esercitato l'azione penale, ravvisando gli estremi del reato di truffa ai danni dell'Asl RmD, della Regione e del Ministero della Salute.

Tavolo e Comitato, pur non comprendendo come possano essere state erogate per un quadriennio prestazioni inappropriate senza che i controlli rilevassero tale situazione, prendono atto e restano in attesa di conoscere gli ulterio-

ri provvedimenti che saranno assunti dalla gestione commissariale (successivamente alla scadenza dei termini prorogati con Dca 472/13), nonché gli esiti dell'azione penale. Si chiede di fornire, con urgenza, i chiarimenti richiesti con parere 409-P del 12 settembre 2013.

Policlinico Gemelli

Tavolo e Comitato avevano chiesto chiarimenti in merito al rischio di overbudget che si evidenziava sulla struttura in riferimento all'anno 2012. Al riguardo, la gestione commissariale ha inviato una nota di chiarimenti (prot. 455_13 del 09.10.2013), nella quale viene affermato che la produzione, sia per l'assistenza ospedaliera (al netto dei controlli), sia per l'assistenza specialistica (al netto delle compartecipazioni) è stata inferiore al budget programmato. Non essendo riportati nella nota elementi aggiuntivi, Tavolo e Comitato confermano le valutazioni del precedente verbale e rinviando ai pareri. Si ricorda che il contratto 2013 non è stato sottoscritto.

Casa di Cura Città di Aprilia, Casa di Cura Addominale dell'Eur e Campus Bio-Medico

Poiché non è pervenuta ulteriore documentazione, Tavolo e Comitato confermano le osservazioni avanzate in occasione della riunione del 30 luglio 2013. Con riferimento alla struttura Casa di Cura Città di Aprilia, chiedono di essere aggiornati riguardo allo stato del contenzioso.

Calabria

Deficit in salita in miglioramen

Programma operativo 2013-2015 da emendare. Ritardi anche sulla riorganizzazione delle attività distrettuali e della rete dell'Emergenza-urgenza. Sui Lea, nonostante le criticità i Tavoli ministeriali evidenziano come "si sia registrato qualche risultato positivo"



e Lea to

Il disavanzo non accenna a fermarsi.

Le stime per il 2013 senza coperture parlano di un disavanzo di 76 milioni, in aumento rispetto ai 70,7 mln registrati a consuntivo 2012 prima delle coperture. Senza dimenticare come al 31/12/2012 permanga un debito non coperto di 224,820 mln di euro, scontando l'accesso alle risorse Fas per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del "Piano Sud", ancora non documentata.

Questi alcuni numeri che accompagnano il verbale della riunione dei Tavoli ministeriali per la

verifica trimestrale del Piano di rientro. Numeri in assoluto negativi ma tavolo e Comitato su alcuni punti rimarcano come rispetto al passato non si può negare si siano fatti passi avanti rispetto agli anni in cui i conti venivano trasmessi a voce.

Ma prima di analizzare i dati, il verbale della riunione mette in luce un aspetto critico già rilevato in alcune regioni commissariate: il difficile rapporto tra la struttura sub commissariale, commissariale e regionale. Dopo l'autosospensione dei sub commissari D'Elia (che ha confermato il suo abbandono e sarà quindi necessario nominare un nuovo subcommissario) e del Gen. Pezzi (che ha ritirato invece l'autosospensione) a seguito di problematiche relative ai rapporti tra i subcommissari, il Commissario e la struttura regionale. I Tavoli ministeriali hanno espresso "apprezzamento per l'attività svolta dai subcommissari nell'esclusivo interesse dello Stato e nel pieno rispetto del mandato ricevuto, dando atto ai medesimi delle difficili condizioni nelle quali hanno operato alla luce delle criticità proprie della sanità della regione Calabria e della difficile situazione ambientale. Ciononostante, ai subcommissari è stato riconosciuto di aver conseguito attraverso il Piano di rientro importanti risultati, che necessitano tuttavia di essere consolidati". Ma soprattutto dai Ministeri hanno specificato come occorra "chiarire in modo preciso la natura dei rapporti tra i Sub Commissari ed il Commissario, al fine di evitare equivoci e fraintendimenti" e al contempo "chiarire che è il Dipartimento Tutela della Salute a supporto della struttura commissariale e non viceversa". Tornando agli esiti del test trimestrale ecco alcuni punti in sintesi:

I conti. La Regione Calabria a consuntivo 2012 presenta un disavanzo di 70,722 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzare relative all'anno d'imposta 2013, che copre il 2012, stimato dal Dipartimento delle finanze in 114,220 mln di euro, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 43,498 mln di euro. Per quanto riguarda invece i debiti pregressi essi sono stati valutati fino al 31/12/2012 a quota 224,820 mln di euro, scontando l'accesso alle risorse Fas per 578 mln di euro che al momento attuale non sono disponibili e sono vincolate alla riprogrammazione del "Piano Sud", ancora non documentata.

Infine Tavolo e Comitato hanno fatto presente che il risultato non ingloba l'effetto della stima del gettito dell'ulteriore maggiorazione delle aliquote fiscali di Irap e addizionale regionale all'Irpef per l'anno d'imposta 2013, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30, così come verificato nel verbale della riunione dell'8 aprile 2013, in attesa della relativa comunicazione

da parte del competente Dipartimento delle finanze né la rideterminazione dei gettiti derivanti dalla massimizzazione delle aliquote. Rispetto invece all'andamento dei conti del II trimestre 2013 l'advisor stima il profilarsi di un disavanzo prima delle coperture di 76 mln di euro.

Programma operativo 2013-2015.

Sul tema Programma operativo 2013-2015 la bozza inviata deve essere emendata nel senso di esplicitare che il Commissario e i Sub commissari sovrintendono all'attuazione del Programma operativo e che il Dipartimento regionale è struttura di supporto alla gestione commissariale per la realizzazione degli interventi previsti dal Programma operativo. Inoltre, i Tavoli hanno fatto presente alla regione che la stessa dovrà adeguare in seguito la propria stima e il Programma operativo 2013-2015 alla proposta di riparto relativa all'anno 2013.

Ma dalle verifiche si chiedono anche chiarimenti rispetto alle procedure di definizione dei tetti per le prestazioni di assistenza ospedaliera, nonché di essere informati circa la sottoscrizione dei contratti da parte degli erogatori privati.

Strutture sanitarie e posti letto.

Altra misura che manca all'appello è quella che riguarda un cruscotto di sintesi con il numero dei posti letto attuali (ordinari e DH) suddivisi per struttura pubblica e privata, per disciplina e con indicazione delle unità operative semplici e complesse. Criticità anche in merito alla riorganizzazione delle attività distrettuali, delle reti dell'Emergenza-urgenza, nonché delle reti tempodipendenti, così come i Tavoli hanno ribadito l'importanza di acquisire informazioni dettagliate sulla rete delle attività trasfusionali e sul ritardo degli interventi necessari per prevenire il ripetersi di eventi avversi quali quelli verificatisi nella Ao di Cosenza.

Ribadita anche la necessità della risoluzione delle problematiche della Fondazione Campanella relative al personale, all'accreditamento e ai rapporti con l'Aou.

Lea. Sul tema Lea che qualche polemica aveva scatenato alla fine dell'anno passato i Tavoli di verifica "in merito alle gravi criticità sui Lea riscontrate anche nella riunione del 16 luglio 2013, ritengono che nonostante le condizioni ambientali difficili, anche in termini di coordinamento con le strutture regionali, e considerando la situazione in cui la regione Calabria versava prima del Piano di rientro, si sia registrato qualche risultato positivo, che necessita di essere consolidato, poiché alcuni livelli di assistenza sono ancora erogati in maniera difforme sul territorio e con margini di miglioramento in termini di efficienza e appropriatezza".



Sanità e cambiamento

Sandra Morano
Ginecologa
Ricercatrice Università
degli Studi di Genova

Quel lavoro di cui non riusciamo più a parlare

Il riformista che non c'è, la strisciante cancellazione del servizio sanitario nazionale, e sullo sfondo i protagonisti delle cure. Curati e curanti oggi sono più che mai accomunati da un unico destino, che ne vuole limitare la presenza e cancellare l'identità. Mentre, però, le ragioni dei curati sono ben sostenute da organizzazioni in cui, finalmente, essi iniziano ad avere voce per rivendicare giusti principi di dignità ed autodeterminazione, i curanti (medici) si trovano nel punto di maggiore crisi professionale ed identitaria

della loro storia. Non più assolutizzati come fino agli inizi del secolo scorso, minati dal progresso della tecnologia, sospesi tra una formazione infinita ed una sempre più incerta collocazione, non godono più come categoria di buona salute, tra immagini caricaturali, divisioni al loro interno, ed atteggiamenti da nobiltà decaduta in una realtà che è cambiata a passi da gigante. Crisi, più che di un ruolo (i ruoli passano) di un lavoro di cura, che comunque, anche se cambiano i tempi - e le economie -, mantiene intatta tutta la sua complessità. A partire dalla scelta di vicinanza a temi cruciali dell'esistenza: la vita, la morte, la malattia e la sofferenza, la responsabilità, elementi che già di per sé rendono questa professione per molti versi unica ed insostituibile, a dispetto di tentativi di ridimensionamento anche nei confronti di altre professioni di cura.

Ripartire dal lavoro

Oggi, per dirla con Ivan Cavicchi, "il lavoro come fattore di cambiamento è stato completamente dimenticato ed è diventato il vero nemico da abbattere (tagli lineari, blocco contrattazione, peggioramento delle condizioni

Gentile Direttore, in occasione di una iniziativa del Direttore di *Quotidiano Sanità* (Ciao 2013) sul bilancio di fine anno in Sanità, ho inviato alcune considerazioni che avevano come oggetto proprio una riflessione sulla crisi identitaria, si potrebbe dire, della professione del medico. Vorrei riproporle alla vetrina dei tanti che leggono la Sua rivista, augurandomi che si animi un forum, aperto a tutti, che le condizioni generali rendono oggi quanto mai necessario. Molti tra di noi hanno l'esigenza di discutere dell'essenza stessa del proprio lavoro: accanto a vecchi stereotipi la realtà ci richiede sempre più attenzione a racconti di sofferenza e ad episodi che rendono miserevoli per tutti le condizioni della cura.

Di ragionare su come è evoluta la professione e la ospedalità, di come si vive la quotidianità, le speranze, il sempre più incerto futuro. Fin quando potranno ancora bastarci, in un dialogo tra sordi, richieste di aiuto "dal fronte" inavase, cui si risponde da parte dei governanti

economiche e organizzative)". Per questo propone il passaggio dall'atto (compiti burocratici, profili, mansioni) all'agente, "colui che lavora e che è definito da contesti, che garantirà che tutto quello che lo ha definito sarà in ogni atto che compie: così si definiscono le professioni, che non possono essere indipendenti dalle capacità cognitive dell'operatore". Il lavoro dimenticato, o meglio, messo (troppo) in secondo piano rispetto al contenitore (organizzazione, salario, contratti, ecc.), che deve tornare alla ribalta perché "per cambiare ciò che è sempre identico a se stesso è necessario immaginare ciò che può essere altro da se stesso.... Quando ciò che è diventa la premessa di ciò che può essere si entra nella logica della alternativa." Carlo Lusenti, Assessore alla Sanità in Emilia Romagna, recentemente individua "gli ingredienti..che bisogna avere dentro per fare questo benedetto mestiere.. passione civile, correttezza formale, sostanziale e chiara identità del ruolo quando si è di fronte ad una persona che chiede risposte, che chiede aiuto, che ha bisogno che siano risolti problemi che in quel momento ha e la cui responsabilità incombe sulle spalle di chi ha di fronte. Al netto di tutto, del-

mimando la Toyota, commissariandoci agli economisti?

Riusciremo a parlare del nostro lavoro, ad esprimere le inquietudini, ma anche raccontare "normali" misconosciute eccellenze, proporre possibili miglioramenti, superando la superficialità dei media?

Riusciremo a riaccordare la nostra vera cultura con quel sapere "esperienziale" che abbiamo nascosto, quasi vergognandocene, dietro l'imperativo del fare (e del produrre, del dirigere, del governare)?

Riusciremo infine a superare la solitudine dell'apprendimento e della maturazione della/nella professione, dialogando con i formatori su dove stiamo andando in questo comune navigare in acque non nostre, dal quale alla lunga nessuno di noi potrà tirarsi fuori, perché, per dirla con don Milani "o si sorte tutti insieme o non si sorte?"

La nostra forza è tutta nel lavoro che abbiamo scelto: parliamone noi, adesso.

l'orario, del salario, della carriera, se uno si porta dentro queste cose io sono convinto che va lontano, e ci va serenamente."

Sembra che alla base di questa crisi del sistema delle cure ci sia uno sfuocamento della materia di cui si parla, senza mezzi termini, che cos'è oggi fare il medico. Quel mestiere che conserva ancora tutta la bellezza di cui parla Lusenti, oggetto ancora di timore, talvolta di invidia (perché altrimenti tanti - economisti, ingegneri, politici, amministrativi, sociologi, non medici - parlano e scrivono di quello che dovremmo fare, dettandoci tempi e agende?). E che, forse per questo, è oggetto da parte nostra di uno dei silenzi più assordanti. Fabrizio Consorti, presidente Sipem, parlando di formazione alla complessità inizia citando la bellissima canzone di Giorgio Gaber "Scusate se vi parlo di Maria". Siamo stati capaci in questi ultimi decenni di parlare di tutto, del Vietnam, della Cambogia, della democrazia, ma non di Maria. Maria è la libertà, la rivoluzione, Maria è la realtà. Maria, nel nostro caso, è il sentimento così profondo e così discordante verso le caratteristiche di un lavoro che permea tutta la nostra esistenza, che conosciamo profondamente, che facciamo fa-

tica a capire come e quanto sia cambiato e soprattutto come cambierà ancora, anche grazie alla rimozione che noi stessi abbiamo compiuto in questi decenni sulle sue ragioni e sulla sua natura.

Cambiamento

Negli ultimi tempi ho ascoltato attentamente molti convegni in cui era declinata la parola cambiamento cercando un riferimento alle condizioni in cui continuiamo a lavorare, in un sistema che si sta sgretolando sotto i nostri occhi, in cui, a differenza che nelle generazioni precedenti, non è tanto il progresso tecnologico a comandare il gioco, ma sono i luoghi delle cure a trasformarsi fino a scomparire, lasciando sullo sfondo i curanti (e, ancor peggio, i curati). Tavole rotonde, corsi di aggiornamento, con protagonisti mutuati sempre più da altri mondi, dell'economia, dalle scienze ingegneristiche, della politica, a parlare a medici intorno ai 60 anni, ovviamente in difficoltà ad accettare non tanto i tagli quanto i linguaggi ancora estranei alla loro quotidianità. I sindacati, a loro volta, facilmente definiti come conservatori, di un mondo che è oggi quasi spazzato via, e che si affannano, come sempre, a mediare, stavolta tra la vita di intere generazioni e la linea decisa in altre sedi. In particolare un giovane bocconiano ha iniziato la sua relazione con una serie di grafici che illustravano il cambiamento richiesto dalla produttività, ed ha finito con una diapositiva in cui campeggiava l'imperativo "adapt or die". Non c'era molto spazio per le sofferenze che siamo chiamati a vedere, diagnosticare, compatire, talvolta guarire. Che questo lavoro ha ancora la capacità di farci toccare da vicino. Dovremmo veramente ricominciare da qui. Da come, miracolosamente, contrariamente alla crisi del sistema di formazione, esportiamo medici capaci; come, in piena crisi economico/politica, il nostro SSN esca così bene dalle indagini demoscopiche (vedi Ilvo Diamanti: ma ce ne era bisogno? Non lo constatiamo quotidianamente lavorando nelle condizioni peggiori degli ultimi decenni?). In quali altri campi lavorativi, in un momento come questo, le "provocazioni di un filosofo" riescono a far proliferare dibattiti a catena come quello sulla ricerca di un riformista che faccia il suo dovere, o quello sulla peculiarità delle donne in Medicina? Ricordo le parole dell'oncologa Giuseppina Sarobba di Sassari: "Mi piacerebbe che il mio DG, o ancor meglio il mio Assessore alla Sanità stessero accanto a me un giorno di ordinario lavoro per capire la complessità di cosa facciamo, come lo facciamo, con quali strumenti, con quale qualità". E quelle di M. Antonietta Calvisi, senologa di Nuoro: "...questo sistema sanitario... è un sistema sempre più improntato a imperativi di produttività con una gestione di risposte di tipo imprenditoriale, e allora praticare una senologia fatta di percorsi e condivisione con la donna come fulcro è veramente molto difficile...". Questo confronto appassionato su QS si è protratto per lungo tempo, in una società e in un SSN che si dice in crisi, fino al riconoscimento che la presenza delle donne in Medicina ha portato ad "una idea nuova nella quale il cambiamento coemerge da una visione nuova da parte

della donna medico tanto della Medicina che della organizzazione sanitaria".

Relazione e rappresentanza

Il tema della relazione, tirato in ballo soprattutto riguardo al ruolo delle donne medico (un certo "innatismo", una obiettiva maggiore facilità), lungi dall'essere rubricato come una "specialità femminile", ci riporta al significato della stessa, cioè "il mezzo attraverso il quale è possibile ripensare conoscenza/prassi e clinica". "La differenza di genere non è solo un sistema arbitrario di soprusi ma è semplicemente una forma di antieconomia in tutti i sensi al pari di tutte le forme di anacronismo che riguardano i modelli organizzativi, la gestione finanziaria e le pratiche professionali ecc."

Anche la rappresentanza è in crisi. Ce lo ricordano quotidianamente tutti gli organismi democratici. C'è troppa distanza dai luoghi della vita reale in chi governa, oppresso dalla necessità di far tornare i conti. Osserviamo le recenti manifestazioni di piazza, ricordiamo le condizioni in cui è nato l'ultimo governo, le non vittorie, le non sconfitte, le vere distanze della popolazione dalle urne. E per converso una crisi che investe anche il sindacato, nella difficile transizione. Prima ancora degli accadimenti di questi giorni, che ci ribaltano un paese attraversato da proteste di una parte di popolo che facciamo fatica a catalogare, ad incasellare in categorie a noi note, e talvolta anche a comprendere, il problema della rappresentanza era ampiamente conosciuto.

"Probabilmente pensano che la gente lavori di più perché ha dei soldi da ricevere, ma questo non è vero. Perché se si vogliono mettere i soldi come meta, ma si comportano male nei confronti delle operaie e di tutti in generale, si sbagliano. Non sono i soldi che fanno gola, ma è il rapporto, il clima, l'ambiente in cui si lavora (Delegato manerbiesi delle fabbriche tessili (Marzotto e Confezioni Manerbiesi) tra la fine degli anni ottanta e i primi dei novanta).

"Deve mantenere l'autorità sul lavoro chi il lavoro lo fa, non chi campa sul lavoro altrui. Chi svolge il lavoro conosce la qualità, il valore, le competenze e le esperienze che servono per svolgerlo al meglio, ed è per questo che le delegate non possono accettare il dispositivo "più salario solo se c'è più utile", e ancor meno il combinato disposto "più salario a chi produce più pezzi, a chi fa più quantità". Questa è una logica che purtroppo sta dominando perfino in ambito sanitario, gli ambulatori medici e le visite specialistiche: chi sforna più pezzi - più corpi ammalati - è più gratificato dai premi incentivanti; allo stesso modo, le università che sfornano più studenti laureati, a prescindere dalla loro effettiva formazione, sono le più premiate." (Maria Rosa Buttarelli, Sovrane, L'autorità femminile al governo, Il saggiatore).

Queste frasi ci fanno capire come il sapere di chi il lavoro lo fa sia superiore a tutto, e ridefinisce la rappresentanza, in un continuum che dalle considerazioni delle operaie tessili di Manerbio arriva alle tesi di filosofe come Hanna Arendt o Simone Veil, che hanno scritto molto sulla rappresentanza, negandone la organizzazione scissa dalla relazione. Dobbiamo, noi

che facciamo, far sentire tutta l'autorevolezza e il peso, anche dell'agente, dei corpi pensanti che lo compiono. Non avere vergogna di parlarne, come sembra che oggi avvenga: vite spese a prendersi cura di corpi e sentimenti non sono paragonabili a tanti altri lavori. La odierna crisi di rappresentatività investe trasversalmente tutti (uomini e donne, giovani e meno giovani), come appare non solo a livello elettorale, ma nelle stesse sedi di categoria in cui invece è sempre stata sinonimo di solidarietà e difesa di diritti.

Le donne, i giovani

Le prime: un fenomeno di cui già oggi non si può più fare a meno, quelle che sembra siano destinate a mantenere ancora funzionanti i sistemi di cura (ma quando mai ne sono state estranee? Se mai, storicamente espulse, oggi ritornano ad essere visibili nelle istituzioni di assistenza e formazione). Le riflessioni sulla rappresentanza dovrebbero essere sollecitate soprattutto a loro.

I giovani: in ambito sanitario ricordano un po' la generazione Omega del fantathriller "I figli degli uomini" di PD James, unici giovani superstiti in un mondo vecchio e distrutto, in cui da un paio di decenni non nascono più esseri umani, e in cui la convivenza tra generazioni, con i reciproci patrimoni, sembra non poter più esistere. Giovani su cui sono puntate tutte le speranze ma senza un domani, continuamente guardati, invocati, ma non educati ad un futuro che gli adulti non sanno neanche immaginare. Questa la raccapricciante profezia del romanzo: nella realtà, nella nostra realtà, non è in un (inutile) duello tra sessi o generazioni, come pure inseguendo la "produzione di risorse e salute", che si gioca la partita del futuro (e del cambiamento come precondizione) tutta interna al nostro terreno. Bisogna ritornare, dopo decenni, a ridiscutere il fondamento di quest'arte che è modernamente andato perso, e con esso la relazione, e con questa la rappresentanza. Sembra paradossale in questo momento storico, ma è di questo che bisogna tornare a parlare tra noi, vecchi e giovani, uomini e donne: di formazione, di complessità, di incertezza (i tre viatici di Edgar Morin: il pensare bene, la strategia, la scommessa, che suonano estremamente attuali e pertinenti).

Non con economisti, ma con filosofi, storici, pedagogisti medici, medici tout court dobbiamo confrontarci, per riprendere il cammino che dalle ragioni ci possa condurre alla ragione dell'identità e del futuro della più antica professione di cura.

"Un'artista non è mai povera" faceva dire Karen Blixen a Babette quando raccontò di aver speso tutto il patrimonio vinto alla lotteria nella preparazione del bellissimo omonimo pranzo ("Il pranzo di Babette"). Dopo anni in cui molto è andato perso, ma è anche stato sperperato, non solo posizioni, ma anche fiducia, dignità, quel che resta ancora di quell'arte non è poco. Che, a dispetto di tutto, il 2014 sia l'anno del pensiero, e della riflessione.

(l'indirizzo per inviare commenti e contributi è: dirigenzamedica@anaao.it)

Alessandro Conte
Anaaio Giovani

Medico, paziente... e Web 2.0

Dilaga l'uso di forum, chat e social network nell'approccio a questioni di salute, ma medici ed aziende sanitarie sono realmente preparati ad affrontare questo fenomeno?

Il termine Web 2.0, neologismo creato nel 2004 da O'Reilly, indica nel suo insieme la nuova generazione di strumenti e servizi web-based volti ad enfatizzare la comunicazione e collaborazione tra utenti. Il web 2.0 può essere quindi inteso come una piazza virtuale, ad accesso gratuito, in cui la condivisione di informazioni genera, o dovrebbe generare, nuova conoscenza.

Il crescente livello di alfabetizzazione informatica e la sempre più larga diffusione di dispositivi mobili (smartphone e tablet) hanno sancito il definitivo successo di questo approccio, in cui si è al tempo stesso produttori e consumatori dell'informazione.

Lo scenario è assolutamente articolato; si passa da forum online e blog, strumenti più tradizionali, ai più moderni social network, generalisti e dedicati (come CarePages o PatientslikeMe, già diffusi negli Usa e progressivamente in crescita anche nel nostro Paese) e piattaforme di videosharing, anch'esse in aumento vista la fruibilità dei contenuti (video a scopo didattico). I numeri parlano chiaro ed un'indagine pubblicata nel 2011 dimostra come internet negli Stati Uniti sia la prima fonte di informazione per i cittadini americani, il 59% dei quali si rivolge al web in cerca di risposte inerenti la propria salute. Stesso discorso vale per l'Italia ove attualmente la percentuale si attesta intorno al 30%. In generale già da diversi anni si è visto come nei paesi in cui l'uso di internet è molto diffuso, la percentuale di persone che cerca informazioni sanitarie sul web è pari (in alcuni paesi anche superiore) alla percentuale di persone che richiedono assistenza sanitaria. Quest'ultimo aspetto delinea uno scenario peculiare, con luci ed ombre, cui rapportarsi con un'analisi lucida; se da un lato, infatti, vista la contingenza economica, questa consapevolezza del paziente 2.0 può alleggerire il sistema di alcuni accessi evitabili, dall'altro indubbiamente porta con sé il drammatico rischio di ritardate o errate diagnosi con aggravio importante di tutto il percorso clinico, in

termini di tempistiche e costi.

Ultimo aspetto, sicuramente meritevole di considerazione, ad emergere dalla letteratura, che le persone che ricercano in rete informazioni sulla propria salute sono più abituate ad usare strumenti di Web 2.0 e social media anche in altri ambiti rispetto agli utenti internet che non vanno alla ricerca di queste informazioni. Come a dire che chi soffre, o pensa di soffrire, di una malattia è in generale più propenso di chi non ne soffre a cercare la condivisione con la piazza virtuale, e con essa il supporto ed il confronto con persone segnate da esperienze simili, come confermato dall'ampia prevalenza dell'uso di questi strumenti nella popolazione di affetti da patologie croniche.

Questa possibilità è una delle principali ragioni che hanno permesso il sorpasso degli strumenti collaborativi targati 2.0 su quelli tradizionali.

I medici e gli strumenti di nuova generazione

Inevitabilmente anche i medici hanno iniziato ad impiegare con maggiore sistematicità questi strumenti di nuova generazione. Negli Stati Uniti, l'Istituto Manhattan Research, in un report del 2010, ha stimato che oltre il 65% dei medici legge contenuti provenienti da blog, chat o fo-

rum, generalisti o dedicati, mentre fino al 20% contribuisce attivamente alla produzione di nuovi contenuti. Anche nel nostro Paese si sono affermate piattaforme di condivisione di casi clinici tra specialisti oltre che canali ufficiali sui vari Social network o social media, usati da organi istituzionali, aziende sanitarie o singoli professionisti, per promozione della salute e divulgazione scientifica, dimostrazione dei servizi offerti e dei piani di accesso alle cure ed ovviamente, in alcuni casi, con fini commerciali.

Lo stesso Ministero della Salute, seguendo la via tracciata dal Cdc statunitense autore della "Cdc's Guide to Writing for Social Media" (Guida alla scrittura sui Social Media", nel 2010 ha prodotto un voluminoso documento in cui definisce le linee guida per la comunicazione online, suggerendone l'impiego a tutte le strutture sanitarie operanti in Italia, con l'intento di massimizzarne l'efficacia, renderla fruibile a tutti i livelli e soprattutto andare incontro a quell'esigenza di coinvolgimento attivo dei cittadini, dimostrata dai più recenti studi come aspetto chiave del successo degli strumenti web 2.0. Di sicuro molto sin qui è stato fatto, ma ancora, in troppi casi, l'interazione con questo mondo virtuale è rimandata all'iniziativa autonoma del singolo medico, azienda o istituzione.

Tralasciando le considerazioni legate alle condizioni di endemica arretratezza tecnologica del nostro Paese, fanalino di coda d'Europa per l'informatizzazione scolastica (come segnalato dall'Ocse) e penultima, davanti alla sola Turchia, per la velocità media di connessione, pare comunque utile sottolineare come un approccio a questa materia sistematico e condiviso tra i vari attori, possa produrre risultati utilissimi e di grande importanza in termini di immagine per

Esperienza di un nuovo iscritto

Fabrizio Rossi

Molti di noi, quasi tutti in realtà, durante la "benedetta" (per chi l'ha) vita lavorativa prima o dopo si trovano davanti alla condizione di sentire troppo stretto il difficoltoso ambiente nel quale esercitiamo. Scontri tra colleghi, apparenti soprusi da parte di chi dirige, paure sempre più manifeste di accuse di malpractice con le inevitabili conseguenze sul piano emotivo personale e

sulla sicurezza professionale, spingono il singolo professionista a ricercare nelle organizzazioni sindacali una forma intelligente e preparata di tutela dei propri diritti, una fonte attendibile per la difesa dei propri meriti, un alleato prezioso cui affiancarsi in situazioni di difficoltà in cui ci sentiamo impreparati ad affrontare iter burocratici e legali. La mia esperienza personale non si è

tutta la comunità medica oltre che per il Sistema Sanitario nel suo insieme.

Rischi e distorsioni

Il web 2.0 porta con sé anche dei rischi o potenziali distorsioni nei confronti dei quali abbiamo il dovere di essere preparati oltre che di svolgere un'attività di prevenzione e filtro.

Il paradigma dell'equa condivisione dell'informazione, del produttore che ne è fruitore al tempo stesso, espone gli strumenti 2.0 al paradosso dell'informazione pilotata o artificiosa. Quando ciò accade all'interno di una comunità scientifica si presuppone che gli interlocutori abbiano sviluppato capacità critiche e di analisi, revisione della letteratura e disamina statistica, tali da individuare le eventuali incongruenze del messaggio, ma ciò ovviamente non risulta valido per la popolazione generale, che è quindi costantemente esposta ad informazioni non sempre valide scientificamente e troppo spesso macchiate da interessi economici.

È il caso, ad esempio del Disease mongering, letteralmente è la "mercificazione delle malattie" che, secondo molti, esemplifica l'espressione più estrema ed attuale del marketing del farmaco e del sovratrattamento. Non più solamente la promozione dei farmaci, tecnologie o screening non evidence based, ma delle stesse malattie, spingendo verso indagini diagnostiche o cure non necessarie per la salute dei cittadini, proprio sfruttando la "piazza virtuale" per creare trend incontrollati.

Altro campo minato del Web 2.0 per il mondo medico è quello legato alla crescente conflittualità nei rapporti medico paziente, cui si somma in molti casi l'inerzia comunicativa delle istituzioni o delle aziende ospedaliere.

Abbiamo premesso, all'inizio di quest'articolo, come il boom degli smartphone nel nostro Paese, arrivati a 37 milioni di unità a fine 2013, abbia rappresentato e rappresenti tutt'ora uno dei principali catalizzatori del successo del Web 2.0, in cui il cittadino può, in definitiva, essere sempre connesso. Ciò ovviamente non vale per le istituzioni, che in tal modo, in troppi casi, ritardano o addirittura evitano di interagire con la comunità. La gogna mediatica 2.0 è sempre "accesa" ed essa diviene ricettacolo di ogni disservizio, o presunto tale, sia esso il ritardo ad una visita ambulatoriale del medico, non importa se impegnato fino a cinque minuti prima in sala operatoria, o la lunga

attesa in Pronto Soccorso, senza che abbia alcuna importanza il numero di codici bianchi che lo affollano. Il commento o il tweet (cinguettio) sui Social Network è istantaneo, una sorta di sfogo multimediale, cui però nel giro di minuti o qualche ora si aggiungono i contributi di chi magari un anno prima ha aspettato altrettanto. Dietro a questo processo non vi è alcuna lettura critica, solo l'impulso a condividere il proprio disagio, una sorta di urlo virtuale che possa evocare il supporto di altri scontenti, ma inevitabilmente quel medico, quel reparto, quell'azienda ospedaliera, subiscono complessivamente un danno d'immagine, in un contesto in cui l'appello della categoria sulla popolazione generale risulta già pesantemente deteriorato.

La giungla del Web 2.0 può essere quindi una terra, in parte inesplorata, capace di offrire nuove, importantissime, possibilità, si pensi alla promozione della salute attraverso questi strumenti, ed al tempo stesso un'entità non ostile, ma certamente insidiosa, che richiede approfondimento, preparazione, uniformità di visione e di approccio e lavoro di squadra.

Le possibili soluzioni

La complessità dello scenario non permette di abbozzare soluzioni univoche in poche righe, ma riteniamo che alcuni aspetti fondamentali possano essere condivisibili.

In primis la necessità di un approccio scientifico alla materia, in grado di produrre evidenze da cui trarre conclusioni che possano portare all'elaborazione di linee guida nei vari campi applicativi. Nonostante l'utilizzo del Web 2.0 sia, come visto, sempre più in espansione, esiste poca letteratura per quanto riguarda il suo ruolo in materia di salute ed ancor meno è stato scritto sui processi di valutazione, è chiaro quindi, che il primo sforzo deve essere la costruzione di una base di conoscenze solide e condivise.

Altro passaggio chiave sarà il processo di garan-

zia della qualità dell'informazione, pur con tutti i limiti imposti dalla natura contributiva e paritetica degli strumenti 2.0. Si può ipotizzare che una task force dedicata si faccia garante dei contenuti con l'assegnazione di una sorta di "certificato" di qualità, che renda immediatamente evidente al cittadino di essere dinanzi ad informazioni attendibili e non viziata da conflitti d'interessi. L'impegno richiesto ad ogni livello, dal medico nel suo quotidiano, alla dirigenza di un'azienda ospedaliera, alle Regioni ed al Ministero per programmi di promozione e prevenzione, è indubbiamente importante, ma in massima parte isorisorse, visto l'ubiquità degli strumenti informatici. Si tratta in definitiva di una rivoluzione culturale, in parte già avviata con la fine del rapporto paternalistico tra medico e paziente, che ora evolve ulteriormente, richiedendo al mondo medico di sviluppare capacità comunicative nuove. Per potenziare queste capacità non si può improvvisare, né far conto sulla sola esperienza o anzianità di servizio, che come evidenziato da una review del 2004 non risulta sufficiente, ma bisogna pensare ad un programma di training dedicato ed eventualmente all'individuazione di figure specifiche, come già dimostrato in alcune aziende, che hanno introdotto i responsabili di comunicazione e social marketing. Il medico e le istituzioni devono dimostrarsi capaci di recitare da protagonisti anche nelle piazze virtuali affollate da cittadini in cerca di confronto, informazioni o semplicemente condivisione, solo in questo modo dal Web 2.0 si potrà passare all'auspicata Salute 2.0, con la piena realizzazione di un sistema che, filtrati ed eliminati i rischi già visti, offre enormi vantaggi e potenziali risparmi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Eugenio Santoro "Web 2.0 e Medicina - Come Social Network, podcast, wiki e blog trasformano la comunicazione e la formazione in sanità"; Pensiero scientifico editore (2009);
- B.L. Neiger et al. "Use of social media in health promotion: purposes, key performance indicators and evaluation metrics"; Health Promotion Practice (Marzo 2012)
- Domenighetti G. "Dall'induzione alla creazione della domanda: quali implicazioni per i servizi sanitari nazionali." Panorama della sanità 2003; 41: 12-15.
- Fellowes D et al "Communication skills training for health care professionals working with cancer patients, their families and/or carers." Cochrane Database Syst Rev. 2004;(2):CD003751
- Vanzetta M et al "L'informazione online fornita dai siti delle Aziende Sanitarie Ospedaliere Italiane: indagine descrittiva sull'aderenza alle linee guida del Ministero della Salute" Annali di Igiene 2012
- Rapporto Censis sulla comunicazione 2013
- Censis - Forum per la ricerca biomedica 2012



molto discostata. Nella realtà lavorativa in cui mi trovo immerso, da sempre piccola e decisamente poco "affollata", i tagli indotti dalla dura crisi, cui le direzioni forzosamente si sono dovute adattare, sono risultati delle vere e proprie potature immisericordiose con un drastico calo del numero in organico dei medici e conseguenti massive difficoltà lavorative. Proprio questo stato di necessità mi ha indotto, unitamente ai colleghi che navigano con me in acque tanto scure, a rivolgermi per la pri-

ma volta all'Anaa, in particolare al nostro segretario aziendale (Dr. A. Brescia).

Come credo ogni persona che per la prima volta si rivolge per stato di necessità ad un sindacato ho sinceramente sperato che, grazie all'apporto di chi ha piena conoscenza di leggi e materie che regolano la realtà lavorativa, avremmo ottenuto in poco tempo e con molto sollievo una condizione differente da quella nella quale ci trovavamo a respirare. Purtroppo, come

sempre succede a chi non conosce ancora in modo definito l'effettiva realtà, abbiamo dovuto rapidamente renderci conto che la lotta per l'affermazione del diritto spettante non sempre è rapida, indolore o anche soltanto possibile, spesso risultando più che ardua, fatta di molte battaglie e certamente in salita. Grazie alla cortesia, alla disponibilità costante ed alla preparazione in ambito sindacale del nostro rappresentante aziendale, abbiamo lentamente imparato a conoscere cosa voglia dire

realmente affrontare temi delicati e spesso farraginosi come quelli che regolano i nostri contratti lavorativi, abbiamo imparato che non sempre la soluzione è vicina e facilmente afferrabile, che a volte devi davvero imparare a tue spese come l'arte della negoziazione sia l'unica soglia a separarti dal fallimento degli intenti. Ancora aspettiamo, ancora cerchiamo di lottare civilmente per mantenere il nostro ius, stanchi ma sempre convinti dei nostri diritti oltre che certi dei nostri doveri.

Chiara Rivetti
 Anaaio Giovani

La prima volta che ho sentito parlare di disuguaglianze in salute, ero a un corso di preparazione sanitaria per lavorare nei paesi in via di sviluppo. Figurarsi. Ero lì apposta, per queste odiose e profonde disuguaglianze tra mondi, intendo. Poi la docente, a sorpresa, inizia a parlare dei quartieri di Torino. Torino? E ci racconta di un tram, per i sabaudi la linea 3, che attraversa la città per 8 km, da un quartiere collinare residenziale a uno periferico d'immigrazione. Ogni 2 km, la popolazione residente in quel tratto di strada vive un anno in meno. 8 km, 4 anni di vita di differenza tra chi risiede alla partenza e chi al capolinea del tram n. 3. Nel profondo nord del nord del mondo, a Torino.

Ed io che mi illudevo di offrire una buona medicina, a tutti. Eppure quello italiano è stato classificato dall'Oms nel 2000 come il secondo Ssn al mondo. I medici di famiglia sono distribuiti uniformemente sul territorio, senza selezione di professionalità. Negli ospedali pubblici, nessuno ti chiede quanto guadagni o dove vivi prima di defibrillarti o farti la chemioterapia o operarti. I dati però ci dicono un'altra cosa: la salute nel nostro paese non è uguale per tutti. Vediamoli. Le disuguaglianze sono evidenti in tutti i principali indicatori in cui si può misurare la salute: mortalità, incidenza di malattia, disabilità, disturbi soggettivi. Qualsiasi sia poi l'indicatore di posizione sociale utilizzato, lo stato di salute peggiora man mano che si scende lungo la scala delle posizioni sociali.

Si può sintetizzare che chi è meno ricco, potente e colto stia anche peggio in salute. Bella scoperta, direte.

Vero, ma le differenze in salute non si manifestano solo tra i due estremi della scala sociale: la salute di chi sta a un determinato gradino è sensibilmente migliore di chi sta un poco al di sotto e peggiore di chi sta un poco sopra, a qualunque livello si analizzi.

Non si evidenziano differenze tra classi sociali solo nell'incidenza di alcune malattie genetiche, la cui distribuzione è casuale, e per il tumore della mammella e il tumore del polmone nelle donne (per via del ritardo d'età al primo figlio e dell'esposizione al fumo, entrambi più diffusi tra le donne di elevata posizione sociale). Si riduce poi l'entità della disuguaglianza di salute tra classi sociali negli anziani, dovuta probabilmente alla precoce selezione dei soggetti più resistenti nelle classi più disagiate.

In Italia, la speranza di vita ha una distribuzione eterogenea, che vede le regioni del sud svantaggiate. Tuttavia, una volta considerato l'impatto sfavorevole sulla salute delle caratteristiche sociali, lo scarto Nord-Sud si riduce: la maggior par-

Disuguaglianze in salute: “In salute e in malattia, in ricchezza e in povertà”

te dello svantaggio negli indicatori di salute delle Regioni del Mezzogiorno è spiegato dalla particolare concentrazione di condizioni di svantaggio sociale individuale in queste regioni (bassa istruzione, disoccupazione, lavoro manuale) (Costa e Marinacci, 2008).

La maggior parte degli studi ove si è misurato l'impatto relativo sulla mortalità di istruzione, qualità dell'abitazione e deprivazione di contesto, mostrano una graduatoria che attribuisce maggiore importanza all'istruzione, seguita dalla qualità dell'abitazione e poi dalla deprivazione di contesto. Le differenze nella speranza di vita dovute al grado di istruzione oltre i 25 anni sono di 2.8 anni negli uomini e 1.1 anni nelle donne, mentre quelle nell'aspettativa di vita in buona salute sono rispettivamente di 10.5 anni e 4.6 anni: le persone meno istruite, quindi, non solo vivono di meno, ma vivono anche peggio, perché

affette da malattie per più anni della loro vita (Sihvonen et al., 1998).

Un esempio concreto: se si stima quante morti si sarebbero potute evitare se tutti i torinesi avessero avuto lo stesso rischio di morte dei concittadini laureati, si può calcolare che in trenta anni la quota di morti attribuibili sarebbe più che dimezzata tra le donne e ridotta di un terzo tra gli uomini (Costa et al., 1998).

Da qui, l'estrema importanza delle condizioni sociali della famiglia di origine e delle possibilità di accesso all'istruzione.

Per quanto riguarda il genere, la maggiore longevità delle donne è spesso caratterizzata da salute precaria, ristrettezza economica e solitudine: negli ultimi decenni, mentre gli uomini guadagnano anni di vita “in salute”, le donne acquisiscono anni di vita “in disabilità”. Nel periodo

segue a pag 16 ▶

INDICATORI DI SALUTE PER CARATTERISTICHE SOCIOECONOMICHE E GEOGRAFICHE.

Uomini e donne.
 Italia, 2004-2005

INDAGINE MULTISCOPO ISTAT SULLA SALUTE

		Salute percepita	Una o più malattie croniche gravi	Disabilità
PRR controllati per età e sesso in grassetto i valori significativi (p<0.05)				
Livello di istruzione (rif. laurea)	diploma	1,8	1,22	1,07
	media inferiore	1,51	1,31	1,34
	elementare	2,02	1,55	1,89
Qualità abitazione (rif. alta)	bassa	1,18	1,17	1,29
Tipologia familiare (rif. coppie con figli, anziani soli con figli)	coppie di anziani senza figli	1,06	1,14	1,06
	anziani soli, famiglie monogenitoriali	1,08	1,16	1,35
	soli, coppie senza figli, altro	1,19	1,11	1,13
Condizione occupazionale (rif. non manuale)	manuale	1,11	0,97	1,10
	disoccupato	1,73	1,32	1,11
	inabili al lavoro, altro	1,91	1,19	2,86
Giudizio sulle risorse economiche (rif. ottime o adeguate)	scarse o insufficienti	2,28	1,43	1,52
Ampiezza demografica (rif. area metropolitana)	comuni medi	1,01	1,00	1,06
	comuni piccoli	0,94	1,01	1,08
Ripartizione geografica (rif. nord-ovest)	nord-est	0,92	1,06	0,90
	centro	1,38	1,15	1,11
	sud e isole	1,33	1,07	1,44

Le Regioni con piani di rientro ed i rapporti con l'Università

Filippo Gianfelice
Segretario Anaaò
Assomed Regione Abruzzo

Produttività, efficienza e qualità fanno la differenza

Nelle Regioni sottoposte a Piano di Rientro per ripianare i debiti accumulati in sanità fra le prime azioni messe in atto vi è la ridefinizione della rete ospedaliera e come necessaria conseguenza la riduzione del numero delle unità operative complesse. Questo processo è sicuramente quello più gravoso per il personale medico, che vede da un punto di vista professionale perdere la possibilità di carriera, ed è quello di maggiore impatto nella opinione pubblica, che considera la riduzione delle Unità operative complesse come una dequalificazione dell'attività dell'ospedale di riferimento e quindi della assistenza.

Nella Regione Abruzzo, capofila fra le regioni "canaglia" perché commissariata sin dal 2007, ma anche prima fra le Regioni a ripianare il debito come certificato dal bilancio consuntivo regionale 2012, con le prime delibere, precisamente la n.5 e la n.15, il Commissario-Governatore Gianni Chiodi e il sub-commissario Giovanna Baraldi hanno avviato proprio la rideterminazione della rete ospedaliera con riconversione di cinque ospedali, portandone il numero totale a 15, e la riduzione delle unità operative complesse, portando quest'ultime da circa 560 presenti negli atti aziendali precedenti al ripiano a circa 290.

Questo processo, in gran parte blindato nel corso della realizzazione, è stato in parte mitigato da alcuni fattori: innanzitutto una parte delle unità operative complesse preesistenti lo era di fatto solo "sulla carta", non essendo state mai attivate, mentre in alcune non era stato sostituito il direttore andato in pensione a causa del blocco del turn-over imposto dal piano di rientro; inoltre attraverso un'azione di mediazione politico-sindacale, sono state stabilite alcune regole per la riduzione delle Uoc quali la distribuzione omogenea fra le quattro Asl della Regione, il rispetto di realtà con comprovata esperienza, la valutazione della qualità e l'efficienza delle unità operative. È stato anche introdotto il principio che lì dove la Uoc veniva soppressa, se era possibile, veniva conservata la struttura sotto forma di Uosd, e così, di fatto, solo per alcune si è arrivata alla effettiva soppressione.

Un altro elemento da considerare è che una parte delle unità operative, circa 65 del totale esistente, era convenzionata con l'Università di Medicina. In Abruzzo ci sono due facoltà di medicina che insistono rispettivamente una sul-

L'introduzione di regole certe basate sulla economicità, efficienza e qualità hanno permesso di risolvere alcune controversie tra Ospedale ed Università. Ma un ulteriore passo in avanti potrà essere fatto nel processo d'integrazione fra le due istituzioni, con la presa d'atto delle competenze di ciascuno ed il rispetto e l'utilizzo del lavoro di tutti gli attori. Gli scenari nella regione Abruzzo



l'azienda sanitaria locale di Chieti e l'altra sull'azienda sanitaria locale dell'Aquila; non esistono Aziende universitarie o miste ed i rapporti tra la facoltà di medicina e azienda ospedaliera sono regolati da apposite convenzioni. Attraverso questo meccanismo anche le altre Aziende ospedaliere d'Abruzzo hanno stretto rapporti convenzionali con le due Facoltà di Medicina. Elemento innovativo è stato quello di introdurre nel processo di riordino delle unità operative complesse anche le unità operative a direzione universitaria, indipendentemente dai protocolli preesistenti. Questo è avvenuto attraverso la realizzazione di nuovi protocolli di intesa fra le Aziende Ospedaliere e le facoltà di Medicina (attualmente Scuole di Medicina) anche sulla scorta di un protocollo regionale. Sono passate così da circa 65 a 52 le Uoc a direzione universitaria nelle Asl abruzzesi.

Molto forti sono state le resistenze, invocando diritti "storici" incomprensibili come l'eccellenza autoreferenziale e la inscindibilità della didattica e ricerca dall'assistenza, meccanismo quest'ultimo spesso utilizzato per aprire varchi nel-

la occupazione di posti di responsabilità negli ospedali. Si è cercato di bloccare il processo anche ricorrendo a strumenti giudiziari, come il Tar, che invece di chiarire, ha solo diluito in maniera estenuante i tempi della controversia.

Si è riaperta in sostanza la vecchia diatriba, mai sopita, tra Ospedale ed Università. L'introduzione di regole certe basate sulla economicità, efficienza e qualità hanno permesso di risolvere alcune controversie: ulteriore passo in avanti potrà essere fatto nel processo d'integrazione fra le due istituzioni, con la presa d'atto delle competenze di ciascuno ed il rispetto e l'utilizzo del lavoro di tutti gli attori, avendo come fine il miglioramento dell'assistenza del paziente e l'insegnamento ai discenti.

Questo processo riteniamo sia indispensabile nell'ambito di operazioni di riordino della rete ospedaliera, soprattutto nelle Regioni con piano di rientro, partendo dal principio che non esistono condizioni di predominanza e territori "protetti". Le regole della produttività, efficienza e qualità devono divenire predominanti nelle scelte.

**Conto annuale 2012
del Ministero dell'Economia**

Personale Ssn: in cinque anni quasi 9mila in meno. Ma la spesa aumenta

Sono **673.335** (234.879 uomini e 438.456 donne) gli operatori con rapporto di lavoro dipendente del Servizio sanitario nazionale L'1,3% in meno rispetto al 2007, pari a 8.862 unità di personale in meno, anche se la riduzione media dell'intera PA nello stesso periodo (2007/2012) è stata del 5,6%. All'esercito dei lavoratori dipendenti si aggiungono 33.322 operatori che nel 2012 risultano avere un rapporto di lavoro flessibile con il Ssn. Va detto che dal 2007 al 2012 sono stati comunque stabilizzati 24.508 contratti flessibili di varia natura nel comparto del Ssn. Son questi i numeri su personale del Ssn registrati nel Conto annuale 2012 del Ministero dell'Economia nel quale sono state rilevate tutte le Asl, le Aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e i Policlinici nonché gli Estav (Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta). Per quanto riguarda la tipologia di contratto è emerso che, non in tutti i comparti della Pa c'è lo stesso ricorso al tempo determinato né si registra lo stesso andamento. Si può anzi dire che nel 2012 in due comparti, quello delle Regioni ed autonomie locali e quello del Ssn, sono concentrati i due terzi delle unità annue di tempo determinato, equamente suddivise. Entrambi i comparti presentano dei valori in forte calo in tutto il periodo; per gli enti locali si sono registrate forti oscillazioni nel tasso di riduzione che tuttavia hanno portato nel sesto anno ad un minor ricorso al tempo determinato o

In tutto 673.335 operatori dipendenti (65% donne), più 33.322 flessibili. Il calo dal 2007 è stato dell'1,3%. La spesa nel 2012 è stata di 40,131 miliardi (+2,8% rispetto al 2007). Retribuzione media 38.781 euro. Ecco i dati del rapporto del Mef.

alla formazione lavoro per circa il 40% rispetto al 2007. Negli enti del Ssn la riduzione è stata più graduale ma ha comunque portato ad un minor utilizzo di queste forme di lavoro flessibile per circa il 25% rispetto agli anni iniziali del periodo considerato. L'aggregazione dei dati di spesa per l'intero pubblico impiego – avverte il Mef – contiene una forzatura metodologica poiché tutti i comparti effettuano la rilevazione con il criterio della cassa, dichiarando cioè le spese effettivamente sostenute nell'anno di rilevazione, mentre il solo comparto della Sanità effettua la rilevazione con il criterio della competenza economica, ossia rilevando il costo di competenza di ciascun esercizio indipendentemente dal momento di effettiva manifestazione dell'esborso di cassa. Detto questo la sanità copre il 25,02% del totale della spesa per un totale complessivo (tra dipendenti e flessibili) di 40,131 miliardi di euro nel 2012 con un incremento del 2,8% rispetto al 2007.

Spesa per il personale

Come era stato facile prevedere fin dallo scorso anno – rileva il Mef – nel 2012 la spesa per il personale della Sanità ha superato per la prima volta quello della Scuola (40,020 miliardi), per anni in

vetta alla classifica generale, che ha però 340 mila unità di personale in più. Ma tale superamento – scrive ancora il Mef – non va ricercato nell'incremento della spesa per il personale della sanità ma nella marcata riduzione di quella della Scuola, operata con le manovre che si sono succedute nel corso degli ultimi anni che hanno prodotto nei soli esercizi 2011 e 2012 una riduzione di circa 3,2 miliardi di euro e di circa 30mila unità.

La retribuzione

La retribuzione media del personale sanitario dipendente risulta essere di 38.781 euro. I valori sono espressi al lordo dipendente e sono al netto delle competenze fisse ed accessorie relative ad anni precedenti (arretrati) e comprendono: stipendio, retribuzione di anzianità, 13^a mensilità, indennità integrativa speciale, indennità fisse, compenso per lavoro straordinario, remunerazione della produttività ed altre competenze accessorie. Non sono comprese le voci non aventi carattere direttamente retributivo quali ad esempio gli assegni familiari, i buoni pasto, le coperture assicurative. Non è invece compresa l'indennità di esclusività percepita dai medici e dagli altri dirigenti del ruolo sanitario.

▶ segue da pag 14

Disuguaglianze in salute

dal 1991 al 2005, l'incremento di speranza di vita alla nascita è stato maggiore nei maschi (2,5 anni) che nelle femmine (1 anno); gli uomini hanno in media 2,9 anni di vita in buona salute alla nascita in più rispetto alle donne (Istat 2005). Avere un lavoro, perché fonte di reddito ma anche di identità personale e sociale, ha un impatto rilevante sulla salute: sempre a Torino nelle ultime decadi è dimostrato un rischio di mortalità crescente all'aumentare del numero di episodi di disoccupazione o dei tentativi di ricerca

di lavoro falliti (Costa et al., 1998). Qui, la speranza di vita tra i lavoratori manuali è inferiore di quasi tre anni rispetto a quella dei dirigenti (Costa et al., 2006). La famiglia, le relazioni sociali di qualità e una rete solida di aiuti hanno dimostrato di proteggere e promuovere la salute. Nel complesso, le coppie con figli risultano stare meglio delle persone senza figli che vivono sole o col partner. L'appartenenza a famiglie monogenitoriali appare una condizione sfavorevole anche per la salute dei figli. Infine, gli anziani che vivono soli hanno una peggiore salute mentale e minore vitalità, oltre alla minore propensione a controlli clinici e a svolgere esercizio fi-

sico (Saraceno e Brandolini 2007).

Come dice Naomi Klein, "quelli che si oppongono al welfare state non sprecano mai una buona crisi". Mi pare che questo sia il momento, e lo è da qualche anno, di una buona crisi. Se poco possiamo incidere sulla equa distribuzione delle risorse e del reddito o sui processi di inclusione sociale, certo l'equità di accesso al sistema sanitario è affar nostro, come lo è la garanzia di una offerta di salute buona e per tutti. Per questo abbiamo il dovere di vigilare e opporci alla politica di tagli e mortificazione di questo nostro sistema sanitario, per non togliere altri anni di vita a chi abita al capolinea.

dm
dirigenzamedica

Sede di Roma:
via XX Settembre, 68
tel. 06.4245741 -
Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27
dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini

Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero
Domenico Iscaro
Mario Lavecchia
Carlo Palermo

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione 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 Roma

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa
STRpress, Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di gennaio 2014