

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA - CONTIENE I.P.

Editoriale

DI MALE IN PEGGIO

di **Serafino Zucchelli**

Eccoci di nuovo qua a commentare l'ennesima proposta di disegno di legge del ministro Sirchia per la modifica dello stato giuridico dei dirigenti medici e sanitari. L'elemento più rilevante del nuovo testo, come segnalato anche da *Il Sole 24 Ore* in un recente articolo, è la proibizione della libera professione intramoenia allargata, come del resto già aveva anticipato alle agenzie di stampa il ministro stesso annunciando la sua opinione di non voler rimuovere il termine del 31 luglio 2003 previsto dalla "legge Veronesi" per la possibilità di esercitare la libera professione intramoenia allargata negli studi propri. Se il testo diventerà legge e se il termine del 31 luglio 2003 non verrà rimosso, avremo come risultato che gli extramoenisti eserciteranno una libera professione senza regole e vincoli istituzionali e nonostante questo potranno essere responsabili di strutture complesse; agli intramoenisti sarà sostanzialmente preclusa la libera professione intramoenia che potrà essere esercitata soltanto nelle poche strutture esistenti e soltanto dopo avere soddisfatto le esigenze istituzionali per abbattere le liste di attesa, naturalmente in assenza di finanziamenti aggiuntivi per le aziende. Quanto poi alla indennità di rapporto esclusivo, di nuovo le Regioni hanno dichiarato che in questo caso non se ne faranno carico, ribaltandone l'onere sul bilancio dello Stato perché è lo Stato che con norma propria modifica lo stato giuridico attuale.

Altro risultato del cambiamento sarà, come abbiamo più volte detto, che le aziende pubbliche erogheranno soltanto prestazioni istituzionali lasciando tutto il ricco mercato delle prestazioni a pagamento nelle mani del privato che si avvarrà, per espletarle, dei medici extramoenisti.

E tutto questo in nome dell'etica? Nell'interesse dei cittadini?

Noi vediamo soltanto un mare di demagogia e tanta ipocrisia.

Ribadiamo ancora, fino allo sfinito, i cardini della nostra politica associativa su questo argomento:

- le aziende pubbliche e private

segue a pag. 2

SOLUZIONI SBAGLIATE PER UN PROBLEMA REALE

Medici uniti contro il DL "antitruffe"

Il decreto legge anti illeciti non è piaciuto alle organizzazioni sindacali, ma un pregio bisogna riconoscerglielo: è riuscito a ricompattare la categoria medica. Ancora una volta il Ministro Sirchia è stato messo in minoranza da un indice di gradimento che non accenna a salire nell'auditel dei medici. Certo, la protesta contro un provvedimento che, almeno nelle intenzioni, si propone di fermare i fenomeni di corruzione e di malaffare, non è popolare e il rischio che venga male interpretata è alto. Deve essere chiaro, invece, che i medici - quelli onesti - vogliono colpire, forse più di chiunque altro, i comportamenti scorretti, proponendo, però, soluzioni concrete, mentre il decreto percorre strade inefficaci, dai risultati incerti e discutibili. Come il previsto inasprimento delle pene che, prescindendo da un intervento serio sulle cause strutturali dei fenomeni da contrastare, sembra voler solo placare le legittime preoccupazioni dei cittadini piuttosto che risolvere i problemi.

Ed allora la bocciatura dell'Anaa Assomed è stata inevitabile ed almeno per due ordini di motivi. Il primo è strettamente di metodo: la categoria non merita un provvedimento ecce-

zionale e straordinario, quale, appunto, un decreto legge. Il secondo è di merito. Il Segretario Nazionale, Serafino Zucchelli, ha denunciato, anche agli organi di stampa, l'estrema gravità del carattere inquisitorio del provvedimento. Appare, infatti, sempre più evidente come il ministro e il Governo vogliano perseguire non solo e non tanto le truffe ed i comportamenti scorretti di tipo amministrativo o penale, quanto piuttosto vogliano che una polizia sanitaria creata ad hoc si ingerisca pesantemente sulla opinabilità e sulla opportunità delle scelte dei medici nelle prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche e nelle proposte di ricovero, ledendo in maniera inaccettabile l'autonomia e la libertà del medico quanto alle sue scelte professionali. Chi sarà in grado di contestare al medico se il farmaco che ha prescritto ad un paziente è utile, inutile, inopportuno? Chi potrà contestare la sua decisione di consigliare ad un paziente di sottoporsi ad una tomografia? Chi contesterà l'opportunità di un ricovero? Chi deciderà se una prescrizione farmaceutica è pertinente o meno? forse la polizia speciale?

segue a pag. 2

RAPPORTO DI LAVORO

L'ultimo testo del ddl messo a punto dal ministro. I perché del nostro dissenso a una riforma a tutti i costi

PAGINE 2-3

SANITÀ ED ECONOMIA

Su questo interessante tema abbiamo intervistato Laura Pennacchi, deputato Ds, che alla Convention sulla Sanità dell'Ulivo ad Arezzo ha svolto un intervento molto apprezzato

PAGINA 5

CONVEGNO NAZIONALE

Federalismo e devoluzione in Sanità: rischi e opportunità

SOLIDARIETÀ E SALUTE
COMITATO NAZIONALE
DI SOSTEGNO E RILANCIO SSN

Roma, 4 aprile 2003
Residence Ripetta

Programma sul sito www.anaao.it



CAMPAGNA ADESIONI 2003

ANAA ASSOMED
Associazione Medici Dirigenti

mi iscrivo anch'io!

È in corso la Campagna Adesioni 2003 che si concluderà il 30 giugno.

Fai scoprire ai tuoi colleghi tutti i servizi ed i vantaggi di iscriversi all'Associazione.

Per saperne di più visita il sito www.anaao.it o rivolgiti al Segretario aziendale Anaa Assomed

IL DL ANTI ILLECITI RICOMPATTA LA CATEGORIA

Contro un decreto che lede l'autonomia del medico

segue dalla prima

È sconcertante il profilo etico e giuridico di quelle norme che individuano nella presunta inappropriata di un ricovero o di una prescrizione diagnostica e terapeutica un capo di imputazione, perché è oscuro o perlomeno opinabile chi possa o debba certificare il reato.

La prima cosa da fare, quindi, è cercare di far modificare il decreto, impedendo la conversione in legge di questo testo. Per l'Anao Assomed sono altri i provvedimenti che devono essere assunti allo scopo di eliminare le condizioni che favoriscono il malaffare. Bisogna incidere con efficacia nel rapporto tra esigenze di promozione del farmaco ed esigenze formative dei medici. Bisogna attenuare gli aspetti smaccatamente commerciali della informazione ed accentuarne i contenuti scientifici. Bisogna rivedere la pratica del co-marketing. E su questi principi si basano le proposte dell'Associazione presentate in sede di audizioni parlamentari al Senato e alla Camera.

La cronaca dei giorni immediatamente successivi all'approvazione del decreto, ha fatto registrare un'ulteriore contrasto. Molte sono state le polemiche per l'incontro che Sirchia ha avuto con il Presidente della Fnomceo, Del Barone, per discutere sia del decreto anti illeciti, sia del ddl di riforma dello stato giuridico dei medici. "Il ministro - si legge nella nota congiunta Anao Assomed, Fimmg, Su-

mai e Fimp diramata alla vigilia dell'incontro - che si era impegnato a consultare prima di ogni provvedimento tutte le associazioni mediche, non lo ha fatto e si accinge a questo passo in assoluta solitudine, ed avendo registrato il più radicale dissenso di tutta la categoria. Quanto al ddl sulla dirigenza medica e sanitaria, il presidente della Fnomceo verrebbe coinvolto in materia che non gli compete, e che riguarda esclusivamente le associazioni professionali di categoria. Pertanto - prosegue la nota - Del Barone esprimerà al ministro le sue opinioni personali non essendo egli portatore di un mandato conferitogli dal Comitato Centrale della Fnomceo. Pur tuttavia le organizzazioni sindacali - conclude la nota - avendo da sempre a cuore la risoluzione dei problemi nell'interesse dei medici e dei cittadini, sono comunque disponibili ad un incontro urgente onde non costringerci a dure e ineludibili azioni sindacali". Nel frattempo è iniziato l'iter parlamentare per la conversione in legge del decreto. "Non basta l'inasprimento delle sanzioni per chi truffa il sistema sanitario nazionale occorre definire bene il reato". È quanto ha affermato il senatore Rocco Salini (Fi) nella sua relazione introduttiva, in commissione Sanità di palazzo Madama, al ddl di conversione del decreto legge recante disposizioni urgenti per contrastare gli illeciti nel settore sanitario.

Dopo la discussione generale inizieranno in commissione le audizioni dei sindacati dei medici, delle rappresentanze dei primari e dei dirigenti, anche quelle dei malati, e le as-

soziazioni di settore, poi si passerà alla presentazione degli emendamenti.

Le audizioni sono state sollecitate dal diessino Giuseppe Mascioni che ha contestato "le ragioni di necessità e urgenza" sostenute dal governo. "Siamo preoccupati - ha sostenuto Mascioni - che questo sia un attacco diretto alla sanità pubblica, e un attacco ai livelli di assistenza attraverso forme di intimidazione, ma soprattutto non siamo d'accordo con l'enfasi che oltretutto viene smentita dal fatto che il ministro già dichiara di volere modificare il decreto". Scettico su misure più severe anche il presidente della commissione Antonio Tomassini (Fi). "L'inasprimento delle sanzioni - ha detto Tomassini - non sembra essere né sufficiente, né idoneo a risolvere il problema". "Va tenuta presente - ha aggiunto - l'indagine che la commissione d'inchiesta del Senato sta svolgendo a proposito dei reati di truffa sanitaria e che potrà chiarire alcuni aspetti di questa vicenda". Mentre andiamo in stampa numerose sigle sindacali di categoria e le associazioni in rappresentanza dei cittadini stanno decidendo l'eventualità di organizzare una manifestazione nazionale che dovrebbe svolgersi a Roma entro il mese di aprile e comunque prima che il decreto venga convertito in legge, quindi prima del 4 maggio. Con questa manifestazione si vuole anche richiamare l'attenzione delle istituzioni sui molti pericoli che minacciano il servizio pubblico come gli scarsi finanziamenti e la forte spinta devoluzionistica. **(S.P.)**

segue dalla prima

DI MALE IN PEGGIO

accreditate devono offrire le prestazioni istituzionali della qualità più alta possibile ed in quantità adeguata alle reali necessità dei cittadini;

- è non solo lecito, ma ha un valore positivo in sé, la libera professione esercitata secondo regole definite;
- le aziende pubbliche debbono potere soddisfare anche le richieste del libero mercato attraverso i propri dirigenti medici: libera professione intramoenia in spazi separati e distinti;

- in carenza di strutture proprie e adeguate, e fino a quando queste mancheranno, la libera professione intramoenia potrà essere esercitata in strutture esterne convenzionate dalle aziende e secondo regole certe e definite.

È nostra profonda convinzione che, nonostante le montagne di disinformazione e di farsaiche demolizioni, l'istituto della libera professione intramoenia contenga in sé elementi di eticità, trasparenza e civismo di gran lunga superiori alle soluzioni prospettate.

Altra vicenda che merita la nostra attenzione è il decreto legge anti illeciti.

Già nell'editoriale del numero scorso di questo giornale, ammettemmo l'esistenza di una questione morale in campo sanitario e la necessità di affrontare con serietà il tema del conflitto di interessi che riguarda i campi della ricerca clinica, dell'editoria sanitaria, dei farmaci e delle tecnologie sanitarie. È stupefacente ed incredibile però che lo strumento adottato dal Governo, su proposta del ministro della Salute, per di più medico, sia così inadeguato, inutile e distruttivo dell'autonomia e libertà dell'atto medico, pilastri fondanti della nostra professione.

L'unico criterio che ha guidato il ministro è certamente quello di mostrare ai cittadini, giustamente preoccupati ed impauriti, la faccia feroce dell'esecutivo nei confronti di una categoria aprioristicamente giudicata colpevole e per questo necessi-

tante di una tutela.

E tutto questo per continuare nell'opera diseducativa di molti provvedimenti di questo ministero (vedi vicenda della libera professione intramoenia), che blandiscono in termini demagogici e populistici le emozioni dei cittadini allontanandoli dalla via più severa e difficile dell'analisi seria dei problemi e delle soluzioni costruttive. Lo strumento è inutile perché non serve aumentare le pene per gli illeciti: è indispensabile invece la prevenzione e la sorveglianza.

È inadeguato perché l'opera che deve essere compiuta è una completa riscrittura del sistema di regole tra industria del farmaco e delle tecnologie sanitarie, sistema di informazione, mondo medico, formazione del medico, che assicuri trasparenza e livelli etici adeguati attraverso la creazione di nuovi ed efficaci strumenti di controllo che vedono protagonisti le industrie, le regioni, gli ordini professionali ed i cittadini.

È infine distruttivo dei cardini della professione medica perché individua un corpo di ispettori del ministero che affianchi i Nas per inquisire e sindacare l'atto medico fondamentale di prescrivere farmaci, di indicare itinerari diagnostici e proporre ricoveri ospedalieri, che, se ritenuto inopportuno, farà scattare sanzioni da 100 milioni di vecchie lire in su.

Ma la libertà del singolo atto medico non può essere vigilata da una polizia sanitaria; soltanto all'interno della professione possono avere spazio sistemi di autoverifica e di autocontrollo sotto la guida di protocolli e linee guida che possono comunque orientare le scelte ma non imporle. Da un tale modo di procedere possono scaturire solo danni per tutti, soprattutto per i cittadini che saranno curati da medici impauriti, menomati e messi sotto tutela. Mai si era verificato un attentato così pericoloso alla professione che deve essere drasticamente respinto da tutto il mondo medico in tutte le sue espressioni sindacali e soprattutto ordinistiche. La coraltà delle proteste lascia bene sperare. Ma non basta. Bisogna porre mano ad iniziative che impediscano la conversione in legge di tale decreto. **(S.Z.)**

IL TESTO DEL DECRETO-LEGGE 3 MARZO 2003, N. 32

Disposizioni urgenti per contrastare gli illeciti nel settore sanitario

(Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 52 del 4 marzo 2003)

Articolo 1 Inosservanza di doveri in materia sanitaria

1. L'Autorità amministrativa competente, salvo che il fatto costituisca reato, commina, sulla base anche della sola colpa grave, una sanzione amministrativa pecuniaria, non inferiore nel minimo a 50.000 euro e non superiore nel massimo ad un ammontare pari a venti volte il prodotto, il profitto o il prezzo della violazione commessa, ai professionisti sanitari dipendenti dal Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionati, ovvero ai responsabili di strutture sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni clinico-diagnostiche i quali, nello svolgimento delle funzioni o del servizio, effettuano prescrizioni, farmaceutiche o diagnostiche, non pertinenti per tipologia o quantità con la patologia di riferimento ovvero in violazione di norme di legge o di regolamento richiedono rimborsi inappropriati, determinano in-

giustificati ricoveri ospedalieri o assumono impegni contrattuali e obbligazioni, cagionando danno alle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere. Nei casi previsti dal presente articolo non è ammesso il pagamento in misura ridotta. È inoltre disposta la confisca amministrativa dei beni e delle cose che servono o furono destinate a commettere la violazione e di quelli che ne costituiscono il prodotto, il profitto o il prezzo, salvo che appartengano a persona estranea alla violazione.

2. Con regolamento del Ministro della salute, da adottare entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto-legge ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono individuati gli uffici gestionali competenti alla irrogazione delle sanzioni, nonché le concrete modalità di accertamento delle violazioni, ivi compreso l'eventuale ricorso ad accertamenti tecnici. Le somme

ESCLUSIVITÀ E CONTRATTO

Perché diciamo no ad una riforma a tutti i costi

Prima è necessario migliorare la normativa sul rapporto esclusivo, senza mettere a rischio gli attuali livelli stipendiali. Inoltre qualunque modifica va introdotta con il contributo del Governo, Regioni ed associazioni professionali. Infine, occorre un ulteriore slittamento dell'intramoenia allargata

Da più parti ci chiedono quando inizieranno le trattative per il rinnovo del contratto di lavoro. La domanda ha certamente un senso se rapportata al periodo di vigenza del Ccnl, che ne prevede la sua scadenza a dicembre 2001, (se non erro, oggi siamo nel 2003), ma può trovare una risposta solo se si prendono in considerazione gli avvenimenti politico-legislativi riferiti ai vari tentativi ed annunci del ministro Sirchia di attuare la riforma dello stato giuridico per quanto attiene l'esclusività del rapporto di lavoro.

Occorre premettere che i Governi mutano, i loro colori politici cambiano, ma la scorretta prassi di rinnovare i contratti due o tre anni dopo la loro effettiva scadenza rimane immutata, nonostante tutte le affermazioni di voler trasformare il Paese Italia in Azienda Italia.

Come è facilmente intuibile, un'eventuale riforma dello stato giuridico dei medici ha sicure ricadute sugli aspetti propriamente contrattuali ed in particolare sul trattamento economico.

Ho definito "facilmente intuibile" tali ricadute, anche se chi vuole un'abolizione tout-court del rapporto esclusivo (una percentuale minima della categoria, come dimostrato dal dato numerico delle opzioni) si ostina ad urlare contro coloro che intendono, preliminarmente a qualunque ipotesi di riforma, esaminarne tutte le ricadute possibili ed in primo luogo quelle contrattuali.

Esaminiamo, quindi, la questione alla luce delle posizioni ufficiali delle istituzioni coinvolte nel rinnovo contrattuale, che certamente non possono essere considerate faziose in virtù della loro autorevolezza e, soprattutto, della loro espressione politica.

Le Regioni hanno chiesto all'Aran un parere in merito alle ricadute che la modifica dello stato giuridico comporterebbe sugli oneri contrattuali, in particolare su quelli di loro competenza, in primo luogo l'indennità di esclusività; si ricorda che l'indennità di esclusività copre oggi circa un quarto della retribuzione dei dirigenti medici, è automaticamente collegata alla carriera di ciascuno ed è per tutti

pensionabile.

L'Aran nel novembre 2002 rispondeva, fra l'altro, alle Regioni con queste parole:

"...L'eventuale cambiamento dell'assetto normativo comporterebbe le seguenti conseguenze sul rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari:

- *il venir meno dell'indennità di esclusività per chi esprime l'opzione per la libera professione extra-moenia;*
- *la rinegoziazione delle condizioni per coloro che confermassero l'opzione per il rapporto esclusivo anche in presenza della sua reversibilità.*

In ogni caso la corresponsione dell'indennità (nei casi in cui venisse confermato il mantenimento del diritto anche in regime di reversibilità) necessiterebbe della preventiva ridefinizione del sistema di finanziamento nella sede istituzionale a ciò preposto per il rapporto Stato-Regioni anche ai sensi degli artt. 10 e 11 dei rispettivi Ccnl dell'8 giugno 2000, relativi al I biennio economico 2000-2001..."

La Conferenza dei Presidenti delle Regioni, in relazione all'ipotesi di riforma dello stato giuridico in sede di legge finanziaria, nel dicembre 2002 affermava:

"...Infatti, come formalizzato anche dall'Aran in sede di parere richiesto dalla Conferenza dei Presidenti, condizione fondamentale per la corresponsione dell'indennità attualmente finanziata con risorse regionali è il permanere dell'attuale quadro normativo sulle incompatibilità introdotto dal Dlgs 229/99..."

... Tali modifiche legislative sarebbero, inoltre, prive di qualsiasi copertura finanziaria..."

... È evidente che sulla base dei livelli di responsabilità patuiti nell'accordo 8 agosto 2001 sottoscritto tra Stato e regioni, si dovrebbe conseguentemente ridefinire il sistema di finanziamento dell'istituto..."

Come poi sia finito il tentativo di Sirchia, in sede di legge finanziaria, è a tutti noto; oggi Sirchia, con una tenacia degna di miglior causa, ripropone per l'ennesima volta lo stesso tentativo attraverso uno specifico disegno di legge.

Su tale iniziativa voglio citare, fra tutte, le dichiarazioni di Enzo Ghigo, Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni, raccolte dall'agenzia Ansa il 12 febbraio:

"Se il ministro della salute pensa di poter proporre modifiche al sistema senza il coinvolgimento delle Regioni credo faccia un errore, che poi porta ad incomprensioni e perdite di tempo nel raggiungimento di un obiettivo che è comune. Se nulla è cambiato, noi non cambieremo la nostra posizione. Spero - ha aggiunto - che alcune questioni messe sul tavolo possano essere valutate, affrontate. Il sistema attuale ha dato qualche risultato positivo. Creare una nuova situazione in cui si vogliono cancellare degli elementi che sul campo hanno dato effetti positivi è un rischio che, a mio avviso, non è opportuno correre. La legge - ha concluso - non è opportuna..."

A queste ufficiali prese di posizione, quanto mai chiare, occorre aggiungere quelle degli Assessori Regionali alla sanità i quali, nella scorsa estate, affermarono, in un incontro ufficiale con tutte le Associazioni sindacali, che una modifica dell'attuale stato giuridico li avrebbe indotti a chiederli al tavolo contrattuale un incremento di sei-otto

incassate a titolo di sanzione affluiscono in apposito capitolo di entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate, nei limiti dell'ottanta per cento, alle regioni nel cui territorio è stato commesso l'illecito, con obbligo di destinare dette somme alla riduzione delle liste d'attesa.

3. Il provvedimento che conclude il procedimento deve essere comunicato al competente ordine o collegio professionale di appartenenza, che, valutati gli atti, può disporre la sospensione dall'esercizio della professione o la radiazione dall'Albo.

Articolo 2 Modifiche al regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265 e al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 541

1. Il quinto comma dell'articolo 201 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, è sostituito dal seguente: "Il contravventore alle disposizioni contenute nel primo e terzo comma è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 5.000 ad euro 30.000".
2. La violazione delle disposizioni previste dall'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 541, sulla pubblicità presso gli operatori sanitari, comporta la irrogazione

delle sanzioni amministrative pecuniarie previste dall'articolo 201 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, come modificato dal comma 1.

Articolo 3 Modifiche all'articolo 640 del codice penale

1. All'articolo 640 del codice penale dopo il secondo comma è, inserito il seguente: "Se il fatto è commesso a danno del Servizio sanitario nazionale da professionisti sanitari dipendenti dal medesimo Servizio o con esso convenzionati, ovvero responsabili di strutture sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni clinico-diagnostiche, la pena pecuniaria di cui al secondo comma è decuplicata. È sempre ordinata la confisca delle cose che servono o furono destinate a commettere il reato o delle cose che ne sono il prodotto o il profitto. Il provvedimento che definisce il giudizio deve essere comunicato al competente ordine o collegio professionale di appartenenza che, valutati gli atti, dispone la radiazione dalla professione del responsabile".

Articolo 4 Attività ispettive

1. Ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro dell'economia e delle finanze, è individuato presso il Ministero della salute, senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio dello Stato, un corpo di specialisti appartenenti ai ruoli del medesimo Ministero che, anche su segnalazione delle regioni, possono coadiuvare i carabinieri del Comando carabinieri per la sanità nello svolgimento dell'attività di controllo finalizzata al rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza ed il Corpo della guardia di finanza nella prevenzione e nell'accertamento delle violazioni economiche e finanziarie a danno del Servizio sanitario nazionale, nonché nella verifica della corretta rappresentazione dei DRG (Diagnosis Related Groups) alle regioni da parte degli ospedali pubblici, accreditati o comunque finanziati dal Servizio sanitario nazionale.

Articolo 5 Norme procedurali in materia disciplinare

1. Entro il termine di 180 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli ordini e i collegi

professionali sanitari provvedono alla modifica dei rispettivi regolamenti stabilendo che, ai sensi dell'articolo 2 della legge 7 agosto 1990, n. 241, la durata del procedimento disciplinare non può superare i giorni 60.

Articolo 6 Sanzioni per la violazione del divieto di fumo

1. All'articolo 7 della legge 11 novembre 1975, n. 584, come sostituito dal comma 20 dell'articolo 52 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, sono apportate le seguenti modificazioni:
 - a) al comma 1, le parole: "da euro 25 a euro 250" sono sostituite dalle seguenti: "da euro 50 a euro 500";
 - b) al comma 2, le parole: "da euro 200 a euro 2000" sono sostituite dalle seguenti: "da euro 300 a euro 3000".

Articolo 7 Entrata in vigore

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

segue a pagina 4

Riforma del rapporto di lavoro

Schema del ddl recante "Principi fondamentali in materia di rapporto di lavoro della dirigenza sanitaria ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione"

Pubblichiamo di seguito l'ultimo testo, in ordine di tempo, messo a punto dal ministro della Salute relativo alla modifica dello stato giuridico dei medici.

Articolo 1

Principi fondamentali sul rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria

1. Fino a quando la legge dello Stato non avrà organicamente determinato i principi fondamentali in materia di rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, come modificato dalla legge 18 ottobre 2001, n. 3, le Regioni esercitano la potestà legislativa nell'ambito dei principi fondamentali desumibili dal decreto legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni e di quelli stabiliti dal presente articolo.
2. Il rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria delle aziende sanitarie e degli altri enti ed istituti sanitari pubblici è unico, a tempo pieno ed esclusivo e dà diritto ad una specifica indennità di esclusività del rapporto. Il dirigente può, a domanda, optare per la non esclusività del rapporto, perdendo la relativa indennità; l'opzione è reversibile. Il passaggio dalla esclusività del rapporto alla non esclusività e viceversa è disposto con le modalità stabilite dalla contrattazione collettiva.
3. I dirigenti neo assunti, nei primi cinque anni di servizio, sono assoggettati al rapporto esclusivo e possono svolgere attività libero professionale esclusivamente in equipe.
4. La non esclusività del rapporto non preclude la direzione di strutture semplici e complesse né l'esercizio dell'attività libero professionale nelle strutture aziendali.
5. I dirigenti attualmente a rapporto esclusivo o a rapporto non esclusivo conservano, salvo diversa opzione, tali rapporti e le relative indennità.
6. Le regioni disciplinano l'attività libero professionale della dirigenza medica e sanitaria in base ai seguenti principi:
 - a) La libera professione è un diritto del dirigente medico e del dirigente sanitario ed è esercitata nei limiti e con le modalità di cui alle lettere successive.
 - b) Il dirigente, fuori dall'impegno di servizio, può svolgere, all'interno delle strutture aziendali, attività libero professionale individuale o in equipe, regolata con

modalità che assicurino all'azienda almeno il recupero di tutti gli oneri sostenuti ed all'assistito tariffe professionali non superiori al sessantacinque per cento di quelle di mercato. L'attività libero professionale è svolta solo dopo aver assicurato il volume di prestazioni e il numero di ore di attività, individuali o in equipe, previsti dal programma aziendale di cui alla lettera d), concordato con le OO.SS. della dirigenza sanitaria firmatarie dell'accordo nazionale. I compensi percepiti per le attività professionali di cui alla presente lettera sono assimilati a reddito di lavoro dipendente.

c) Fuori dalle strutture aziendali, oltre alle attività libero professionali di cui alla lettera b), al dirigente medico a rapporto non esclusivo sono consentite tutte le attività libero professionali che non configurino un rapporto di lavoro dipendente o determinino un conflitto di interessi con le attività istituzionali. Le tariffe professionali delle attività di cui alla presente lettera sono assoggettate esclusivamente alle prescrizioni dell'Ordine professionale di appartenenza; le tariffe non possono, neanche in parte, essere poste a carico del S.S.N..

d) L'attività libero professionale all'interno delle strutture aziendali di cui alla lettera b) è svolta prioritariamente sulla base del programma dell'azienda per la eliminazione delle liste di attesa riferite a prestazioni i cui i tempi di attesa risultino superiori a quelli stabiliti dalle regioni sulla base dell'accordo fra il Governo e le regioni sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14 febbraio 2002. L'azienda sanitaria in relazione alle prestazioni istituzionali da assicurare per l'attuazione dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e per la eliminazione delle liste di attesa individua i servizi, le strutture e il personale da ammettere all'attività libero professionale.

7. Il contratto collettivo di lavoro riserva alla contrattazione decentrata aziendale la determinazione del cinquanta per cento del trattamento economico variabile.
8. Le disposizioni del presente articolo si applicano, fermo restando il loro stato giuridico, anche ai medici ed al personale sanitario universitario, professori universitari di prima e seconda fascia e ricercatori, che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere di cui all'art. 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, o presso strutture assistenziali pubbli-

che nonché, ove previsto dagli accordi fra la regione e l'università, presso strutture sanitarie private accreditate.

Articolo 2

Limiti di età

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, le aziende possono trattenere in servizio, per particolari meriti professionali e per proprie esigenze, i primari e i direttori che ne facciano richiesta di anno in anno e comunque non oltre il compimento del settantesimo anno di età. Le aziende possono, altresì, concedere ai predetti dirigenti di struttura complessa di rimanere in servizio fino al compimento del settantaduesimo anno di età per le esigenze della formazione continua e della ricerca, con esclusione delle funzioni di assistenza.
2. Fino al riordinamento dello stato giuridico della docenza universitaria, le disposizioni di cui al comma 8 si applicano, salvi i diritti acquisiti, anche al personale universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, ivi compresa la possibilità di rimanere in servizio fino al settantaduesimo anno di età per le esigenze della didattica e della ricerca.

Articolo 3

Disposizioni finali e transitorie

1. Fino alla stipula del primo contratto collettivo di lavoro il passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo e viceversa è disposto, a domanda del dirigente interessato, entro e non oltre 30 giorni dalla presentazione della domanda medesima.
2. Il contratto collettivo di lavoro successivo alla presente legge, disciplina le modalità di regolarizzazione dei rapporti di lavoro a tempo definito cessati nel 2002, prevedendo la possibilità di chiedere a domanda da presentarsi entro sessanta giorni dalla data di sottoscrizione del contratto stesso il ripristino di tale rapporto con la sua conservazione ad esaurimento. Il rapporto a tempo definito non consente la direzione di strutture complesse.
3. Sono abrogate tutte le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni incompatibili con le disposizioni della presente legge.

segue da pagina 3

PERCHÉ DICIAMO NO AD UNA RIFORMA A TUTTI I COSTI

ore lavorative settimanali, rispetto alle vigenti 38, per mantenere inalterata l'erogazione dell'indennità di esclusività. A riprova di tali intenzioni qualche Regione, particolarmente ispirata, si sta già tentando di incrementare surrettiziamente l'orario di lavoro, ancor prima dell'inizio delle trattative per il rinnovo del Ccnl.

Come detto in apertura continua la scorretta prassi di rinnovare i contratti per la dirigenza medica dopo due anni dalla loro scadenza ma oggi, in compenso, vi è una "lieta" sorpresa in omaggio.

Per la prima volta, infatti, la categoria è chiamata a sottoscrivere un contratto "in perdita" nel senso che per man-

tenere gli attuali livelli stipendiali si vorrebbe significativamente incrementare l'orario contrattuale di lavoro. L'Anaa Assomed continua a sostenere:

- 1) che occorre apportare miglioramenti alla normativa sul rapporto esclusivo;
- 2) che tali modifiche, però, non debbono mettere a rischio gli attuali livelli stipendiali;
- 3) che qualunque modifica dello stato giuridico va introdotta con il contributo del Governo, Regioni ed associazioni professionali sul famoso tavolo a tre voluto, a parole, dal ministro Sirchia e mai reso operativo;
- 4) che occorre lo slittamento della data del 30 luglio pros-

simo venturo quale termine ultimo per la vigenza della libera professione intramoenia allargata. Quest'ultimo punto è prioritario se il Governo intende realmente rispettare i diritti dei medici ospedalieri, altrimenti si tratta solo di fumose chiacchiere.

Perseguendo tali obiettivi l'Anaa Assomed tutelerà, nei fatti, gli interessi della categoria, salvaguardandola dai colpi di mano di un Ministro dalla memoria corta e che persegue, esclusivamente, la politica dell'immagine personale e del favore ad una sparutissima parte di medici.

Gianluigi Scaffidi
Vice Segretario Nazionale

INTERVISTA A LAURA PENNACCHI, DEPUTATO DS

Alla sanità occorrono risorse razionali

Dirigenza Medica ha intervistato l'on. Laura Pennacchi che nel corso della Convention dell'Ulivo di Arezzo, ha svolto un interessante intervento sui rapporti tra sanità ed economia

A suo parere in campo sanitario, in Italia e in generale nel mondo occidentale il mantenimento delle garanzie vigenti è compatibile con le risorse economiche disponibili?

Assolutamente sì, non solo è compatibile ma è una sorta di prerequisito per poter avere più sviluppo. Dobbiamo superare la logica della sola compatibilità tra spesa sociale e compatibilità con le esigenze economiche. Ovviamente non si può assolutamente prescindere dai vincoli di bilancio; non si può pensare ad una spesa che cresca senza alcun controllo, al di fuori dei vincoli di bilancio, ciò sarebbe veramente assurdo e darebbe luogo ad una spesa con crescita esponenziale senza limiti.

Forse non sarebbe neanche richiesto però dalle prioritari esigenze sanitarie e previdenziali.

Infatti, ma dobbiamo superare l'idea che la spesa per la sanità sia una spesa di cui ci dobbiamo interrogare solo in relazione alla compatibilità con i vincoli delle risorse, con l'entità delle risorse date; la spesa per la sanità diventa un prerequisito della possibilità di sviluppo generale del Paese.

Se la popolazione ha minori possibilità di curarsi, di prevenire l'insorgenza delle malattie, di elevare il benessere sanitario generale della persona, si determina una forma di depotenziamento del capitale umano, che ha effetti molto negativi sullo stesso sviluppo economico. È invece importantissimo poter compiere degli interventi in una prospettiva di crescita di quegli investimenti che sono necessari per far star meglio le persone e al tempo stesso avere uno sviluppo economico più significativo e di maggiore qualità.

Tale punto di vista consente a noi, operatori della Sanità, di leggere in maniera ancora più critica le recenti forme di contenimento dei costi decise dal Governo centrale e da quelli regionali. A tal proposito, onorevole, quali sono a suo parere gli elementi di razionalizzazione del sistema, con prevalente attenzione agli aspetti sanitari che dovrebbero essere adottati nell'immediato futuro?

Le razionalizzazioni sono sempre utili e possibili e possono essere migliorati soprattutto i livelli di efficienza di erogazione delle prestazioni.

Però dobbiamo partire dal fatto che la spesa nazionale, pubblica, che per la sanità è intorno al 6% del prodotto interno lordo e non è, anche se guardiamo al confronto con gli altri paesi a livello internazionale, una spesa molto elevata e quindi dobbiamo pensare che comunque c'è anche la possibilità di una espansione nell'ambito della necessità di migliorare i servizi e le prestazioni. Se poi aggiungiamo alla spesa pubblica quella privata arriviamo a circa l'8% del Pil. Siamo certamente lontani dal 14% del Pil della spesa negli Usa e siamo anche lontani dalle percentuali di altri

paesi, anche europei, quindi c'è un grande margine di possibilità di espansione. D'altro canto si può anche verificare che a livelli così elevati di spesa negli Stati Uniti d'America, prevalentemente di tipo privata, corrispondono risultati molto parziali di copertura del rischio sanitario rispetto alla popolazione; 75 milioni di cittadini non hanno alcuna copertura oppure una sottocopertura.

Ma anche i risultati in termini di salute non sono molto confortanti: ad esempio la mortalità infantile negli Usa è del 7 per mille a fronte del 4 per mille nei paesi europei.

Le disposizioni contenute nella finanziaria 2003, in riferimento alla razionalizzazione in ambito sanitario hanno provocato grandi polemiche e ci sono già dei ricorsi al Tar; ritiene che tali iniziative possano portare effettivamente vantaggio al sistema e ritiene che sia potestà del Governo intervenire in ambiti che, secondo alcuni Governatori, sono di competenza dei governi regionali, come il blocco del turn-over ed il blocco delle assunzioni?

Dalla commissione Bilancio ho seguito tutta la finanziaria e gli articoli a cui lei fa riferimento sono stati fortemente contrastati dalle opposizioni; intanto dimostrano come questo Governo abbia una tendenza centralista molto spiccata che riguarda sia le funzioni che le risorse; sono stati ridotti i trasferimenti centrali dallo Stato alle Regioni ed è stata revocata la possibilità di far ricorso ad addizionali Irpef; ciò è molto negativo soprattutto in Sanità; abbiamo criticato molto che il blocco del turn-over venga applicato dal livello centrale perché tale decisione rende impossibile fornire servizi.

Se la pubblica amministrazione viene messa nelle condizioni di non poter disporre delle risorse umane non potrà agire in una logica di rilancio dei servizi, non potrà avviare quel cambiamento organizzativo e quell'aumento dell'efficienza da tutti auspicato.

Peraltro tale blocco colpisce in maniera indiscriminata senza tener conto degli indici reali di funzionalità e di eventuali precedenti interventi di razionalizzazione adottati a livello regionale, creando una sostanziale mancanza di equità tra le Regioni.

Una misura che avevamo proposto come governo di centro sinistra, da me curata personalmente, era che le economie di spesa che venivano realizzate nelle pubbliche amministrazioni per il 50% venivano destinate come premio di produttività dei lavoratori: il Governo l'ha tolta.

È veramente molto negativo quello che sta accadendo e peraltro colpisce di più le Regioni che si erano già dotate di strumenti di razionalizzazione.

A livello regionale erano stati introdotti degli elementi di analisi che permettevano di salvare quei presidi sanitari che erano capaci di espletare compiti assistenziali con efficacia ed efficienza e che erano ben inseriti nelle logiche delle comunità locali; tutto questo salta per aria.

Un'ultima domanda: ci sembra che la definizione dei rapporti pubblico/privata/Onlus non sia chiara; ritiene che dalla definizione di tali rapporti possa nascere una prospettiva di sviluppo per il sistema?

Questo è uno di quegli ambiti in cui questo Governo non è riuscito a migliorare quello che il Governo precedente, di centro-sinistra, aveva avviato, individuando un processo efficace di integrazione pubblico-privato.

La Sanità rappresenta un ambito di fondamentale importanza per i cittadini e non può che essere di competenza della cosa pubblica, ma in alcune realtà sociali, sia per i bisogni espressi che per deficit tecnologici, e per alcuni aspetti della Sanità, sicuramente una partnership pubblico-privato può favorire il soddisfacimento al meglio dei bisogni dei cittadini.

Non mi pare che questo Governo voglia e sia in grado di implementare tale processo di trasformazione.



Piemonte

LA SANITÀ NELLA REGIONE PIEMONTE

Lo "scandalo" di un bilancio quasi in pareggio

di Eva Antoniotti

FORSE QUESTO POTREBBE ESSERE L'ANNO GIUSTO PER AVERE UN NUOVO PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE, CHE MANDI DEFINITIVAMENTE IN ARCHIVIO QUELLO APPROVATO NEL LONTANO 1997. INTANTO ARRIVANO LE AREE VASTE, CHE IN PIEMONTE SI CHIAMANO QUADRANTI, E I DISTRETTI "FORTI", CHE PREPARANO IL TAGLIO DI QUALCHE AZIENDA SANITARIA LOCALE

Una sanità di vecchia tradizione: conti in ordine, tanto servizio pubblico, attaccamento dei cittadini alle strutture locali. Un quadro d'insieme positivo, anche se non mancano le criticità. La più vistosa è quella legata allo scandalo che ha investito il reparto di Cardiologia dell'Ospedale Le Molinette: valvole cardiache brasiliane e corruzione. La più ovvia, perché si ripete in tutta Italia con poche differenze, è invece legata alle proteste dei cittadini per la chiusura dei piccoli ospedali locali, a cominciare dal reparto di maternità di Domodossola che ha riempito le cronache estive anche dei quotidiani nazionali. La più nascosta, ma forse anche la più grave, è la mancanza di una aggiornata e complessiva programmazione regionale. L'ultimo intervento organico in questo senso è stato il Piano sanitario regionale 1997-1999, approvato nel dicembre del '97. Si era poi lavorato ad un nuovo Piano, che avrebbe dovuto essere gestito direttamente dalla Giunta che governa la Regione Piemonte, guidata dal presidente Enzo Ghigo. Ora invece è all'esame della Commissione sanità regionale un Piano socio sanitario 2003-2005, che l'assessore D'Ambrosio preferisce definire Linee guida, e che dovrebbe arrivare alla votazione del Consiglio regionale entro l'estate.

Nel presentare il nuovo testo, l'assessorato piemontese alla Sanità ha sottolineato i risultati positivi raggiunti con il bilancio 2002, che si chiude con un disavanzo di soli 70-75 miliardi di vecchie lire.

La recente delibera riguardante l'acquisto di beni e servizi, approvata dalla Giunta il 13 gennaio scorso, secondo le intenzioni del governo regionale dovrebbe contribuire a consolidare questi risultati, avendo anche una funzione di controllo sulla trasparenza delle contrattazioni. La delibera prevede, infatti che tutti gli acquisti al di sopra dei 50.000 euro siano affidati alla verifica di due commissioni, una tecnica e una per l'acquisizione.

PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE

Formalmente si continua a lavorare sul disegno di legge regionale n.348, "Nuovo ordinamento del Servizio Sanitario: il modello del Piemonte. Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2002-2004", anche se gli emendamenti approvati dalla giunta il 18 febbraio scorso lo hanno profondamente trasformato, a cominciare dalle date che ormai si riferiscono al triennio 2003-2005. La nuova bozza tiene conto dei Livelli essenziali di assistenza definiti con un Dpcm nel novembre 2001 e insiste sulla centralità del livello territoriale, attraverso la definizione di un distretto "forte" ed il potenziamento dell'assistenza primaria e della prevenzione.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Con la delibera della Giunta regionale dell'8 luglio 2002 sono stati istituiti i quadranti, ovvero delle aree vaste all'interno delle quali si dovrebbero sviluppare sinergie tra le Asl. Le conferenze di quadrante prevedono la partecipazione delle rappresentanze istituzionali dei cittadini: presidenti delle Conferenze dei sindaci, presidente della Provincia e organizzazioni sindacali. I quadranti sono quattro: Cuneo, Alessandria, Novara-Vercelli-Biella e infine Torino e provincia, suddiviso in tre subaree.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

Attualmente in Piemonte vi sono 22 Asl, corrispondenti ad un territorio molto articolato e molto vasto.

L'orientamento del Piano socio sanitario in discussione è però quello di favorire le sinergie tra le Asl per superare l'eccessiva frammentazione, con la prospettiva di arrivare in tempi medio-lunghi ad un vero accorpamento tra alcune aziende. Per favorire questo processo il Piano punta alla creazione di distretti "forti", governati da un dirigente apicale di II° livello e con un proprio budget.

OSPEDALI

La riorganizzazione ospedaliera in Piemonte dovrebbe investire soprattutto le piccole strutture locali: nessuna chiusura, secondo quanto ha dichiarato più volte il presidente Ghigo, ma una serie di trasformazioni in direzione di una maggiore integrazione con le esigenze dell'assistenza territoriale, che può risolversi in creazione di strutture per riabilitazione o lungodegenza, oppure nella creazione di "country hospital", così come previsto nella nuova convenzione stipulata con i medici di famiglia. L'assessorato piemontese alla sanità punta molto anche sui day service, poliambulatori multispecialistici nei quali realizzare approfondimenti diagnostici attraverso ricoveri giornalieri.

Le aziende ospedaliere in questa prospettiva dovrebbero essere riservate ai ricoveri per acuti e sviluppare i livelli di eccellenza, sia pure con una riduzione di posti letto. Recentemente è stata avviata la costruzione del nuovo ospedale di Mondovì, per il quale sono stati utilizzati ancora fondi dell'art. 20 della legge 67/88.

Il Piemonte

Popolazione: 4.290.000

Aziende Asl: 22

Aziende Ospedaliere: 7

Medici in convenzione: 3.800 circa

Medici dipendenti: 8.148

Una grande tradizione che oggi rischia di declinare

**INTERVISTA A GIORGIO CAVALLERO,
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED PIEMONTE**

“La sanità pubblica in Piemonte ha una grande tradizione e lo dimostrano i dati, a cominciare dal fatto che in questa Regione sono pochi i cittadini che sentono il bisogno di sottoscrivere un’assicurazione sanitaria integrativa”. Giorgio Cavallero mostra un trattenuto orgoglio “sabaudo” nel tratteggiare la realtà dell’assistenza sanitaria nella sua Regione, anche se non nasconde certo le difficoltà attuali a cominciare dagli scandali che hanno investito uno dei grandi ospedali torinesi.

Dottor Cavallero, lo scandalo delle Molinette ha prodotto ripercussioni?

Certamente ha lasciato il segno, nel cittadino e non solo. Molte compagnie stanno disdettando la copertura assicurativa degli ospedali piemontesi, soprattutto nelle realtà ad alta specializzazione, non solo ma anche in seguito agli scandali plurimi che hanno coinvolto le Molinette ed altre Aziende della Regione. Il problema è serissimo e per questo ci stiamo attrezzando in molti ospedali, poiché non riusciamo ad avere la copertura adeguata prevista dall’articolo 24 del contratto. La questione morale non ha solo una grandissima valenza in senso etico, ma può essere un elemento che mette in crisi la tenuta dell’intero sistema: c’è un prezzo da pagare per ogni scandalo, anche quello degli altri.

La sanità piemontese è arrivata sulle cronache nazionali anche per le vicende legate all’annunciata chiusura dell’ospedale di Domodossola. Ma davvero la riorganizzazione ospedaliera è stata così pesante?

Domodossola è stato la punta di un iceberg. Il vero problema è che in Piemonte l’ultimo Piano sanitario regionale è stato approvato nel dicembre ‘97, e si riferiva al triennio ‘97-’99, quindi con parametri e standard non più attuali. La discussione intorno al nuovo Psr si è trasformata ormai in un tormentone: prima c’è stata un’adesione al modello lombardo, in seguito accantonata, poi una proposta di scorporo degli ospedali nelle Asl, anche quella rientrata.

Attualmente, qual è la tenuta del sistema sanitario pubblico in Piemonte?

Ci sono delle diversità notevolissime tra noi e il modello lombardo: i dati sulla libera professione mostrano come la produzione in intramoenia pro capite in Piemonte sia molto superiore a quella realizzata in Lombardia, dove esiste un privato concorrente, mentre in Piemonte l’offerta di servizi da parte del privato è ancora molto contenuta, salvo che nel settore della lungodegenza e della riabilitazione.

Qual è lo stato dell’arte in materia di programmazione?

Ci sono delle bozze che disegnano un superamento delle Usl e prospettano la formazione dei quadranti, ma si tratta ancora di ipotesi di là da venire, anche se sono state votate due delibere di Giunta. La struttura resta però quella definita dal Psr del ‘97, con 22 Usl e 6 aziende ospedaliere autonome, con un numero di posti letto di circa 5,5 ogni mille abitanti. Gli standard fissati con i Lea porteranno a ridurre il numero delle Asl e dei posti letto per acuti e a creare più posti invece per la lungo degenza. Cambiamenti importanti, che in una Regione molto grande – molti non sanno che il Piemonte dopo la Sicilia è la più vasta regione d’Italia – producono ripercussioni gravi, a cominciare dalle realtà locali consolidate nel tempo, come Domodossola: per realizzare i cambiamenti ci si dovrà confrontare con quelle realtà e con la loro storia.

Ma in attesa del nuovo Psr i tagli ai posti letto sono già cominciati?

Sì, e senza un progetto organico non esistono garanzie per le comunità locali che determinati servizi non vengano eliminati. In questi anni c’è stata una nettissima riduzione di posti letto, soprattutto nella rete pubblica a vantaggio dell’ospitalità privata. Questo crea difficoltà nell’ospedalizzazione dei pazienti e fa crescere sempre più il problema delle liste d’attesa, in uno stato di precarietà senza programmazione nel medio e lungo termine. Una situazione senza precedenti nella tradizione di programmazione sanitaria piemontese che mette a rischio non solo i livelli essenziali di assistenza, ma globalmente l’intero mondo assistenziale.

Siete stati consultati come sindacato?

Sì, sono anche state accolte alcune nostre proposte. Ma resta il problema del modello da seguire e ci sembra ci siano anche dei contrasti politici interni alla giunta, tra chi si ispira al modello

lombardo e chi invece non crede che quel modello possa fornire una soluzione ai problemi della nostra regione.

Quali sono le vostre richieste specifiche?

Noi vogliamo mantenere un ruolo medico nella programmazione sanitaria e su questo, sia pur faticosamente, esiste un dialogo con l’assessorato. È una questione importante, visto che la 502 e la 517 tutt’ora in vigore, danno tutti i poteri di gestione in mano ai DG ed il governo clinico ne resta pesantemente condizionato.

Qual è la strada per il governo clinico?

Noi cerchiamo di monitorare quello che accade nella regione: posti letto, liste d’attesa, problematiche rappresentate dai cittadini. Il valore che ha un sindacato come l’Anaa, capillarmente distribuito in tutte le aziende ospedaliere, è anche quello di ave-

re il polso della Regione, un ruolo sociale che noi rivendichiamo e che vogliamo spendere fino in fondo.

Come affronterete il livello regionale di contrattazione che con il prossimo rinnovo acquisterà maggiore rilievo?

Attualmente abbiamo prorogato i vecchi integrativi regionali, che peraltro esistono già da tempo. Il futuro è legato all’articolato del prossimo contratto, che è ovviamente strettamente collegato al federalismo ed alla legge in fieri sulla devoluzione, ai meccanismi di finanziamento del contratto stesso e del Sistema Sanitario Regionale.

Solo in possesso di chiari elementi normativi contrattuali e legislativi il livello regionale di contrattazione avrà un reale significato. Al momento quindi la battaglia deve essere combattuta a livello nazionale in sede contrattuale.

**INTERVISTA AD ANTONIO D’AMBROSIO,
ASSESSORE ALLA SANITÀ DEL PIEMONTE**

Quadranti e controllo sugli acquisti, in attesa del Piano

“Il problema vero è che i soldi a disposizione sono sempre pochini”. L’assessore Antonio D’Ambrosio lo dice piano, dopo aver parlato a lungo della sanità piemontese, delle scelte compiute dalla giunta e anche degli scandali che l’hanno investita. E, se i soldi sono pochi, allora bisogna risparmiare, mettere via. “Nella suddivisione dei budget aziendali per il 2003 – confida l’assessore – ho fatto in modo di accantonare 350 miliardi, da tenere in cassaforte per fronteggiare gli oneri contrattuali”.

Assessore D’Ambrosio, l’ultimo Piano sanitario regionale in Piemonte è stato votato nel 1997. Pensa che si arriverà ad averne uno nuovo, adeguato alla situazione attuale?

Stiamo lavorando a delle Linee guida per il triennio 2003-2005, elaborate dalla Giunta ma che dovranno poi avere l’approvazione in Consiglio. Nel frattempo però abbiamo adottato delle delibere che sono intervenute sul piano programmatico: ad esempio abbiamo istituito i quadranti, che sono aree vaste dove più Asl concordano sulla programmazione e che contribuiranno a definire i futuri accorpamenti tra le Asl. È un percorso necessario per correggere una delle anomalie della sanità piemontese, che ha molte aziende sanitarie locali piccole o con un ridotto numero di abitanti. Ne abbiamo una che serve un territorio con solo 81mila abitanti, mentre le economie di scala si realizzano su dimensioni che stanno tra i 300 e i 500mila abitanti.

Pensate anche di chiudere strutture ospedaliere?

Con il presidente Ghigo abbiamo stabilito che non si chiude nessun ospedale. Piuttosto si riconverte, o meglio ancora si ridefiniscono le strutture ospedaliere orientandole sulle attività e sui risultati di salute di un determinato territorio. Abbiamo individuato una dozzina di ospedali che trasformeremo a seconda delle esigenze locali: alcuni saranno più orientati verso la riabilitazione, altri verso la lungodegenza, due o tre avranno il country hospital, ovvero l’ospedale gestito dai medici di famiglia. Il problema grosso di questi piccoli ospedali è il pronto soccorso, che noi in linea di massima trasformiamo in punto di primo soccorso, con la possibilità di stabilizzare il paziente, di far intervenire i medici dell’emergenza e poi di effettuare un ricovero presso le strutture di eccellenza.

Non c’è il rischio che i tagli di posti letto nelle strutture pubbliche, in una situazione programmatica non ancora del tutto definita, si risolvano in un vantaggio per le strutture private?

La sanità del Piemonte è stata, è e sarà una sanità eminentemente pubblica, nella quale bisogna che si trovino le giuste sinergie con il privato accreditato. E nel fare questa affermazione so di parlare anche a nome del presidente Ghigo. Ad oggi il rapporto tra pubblico e privato è di 95 a 5, bassissimo.

La sanità piemontese ha i conti in regola?

Chiuderemo il bilancio 2002 con non più di 70-75 miliardi di vecchie lire di disavanzo e questo è un buon risultato. È vero che ci sono ancora diseconomie, e anche purtroppo degli scandali, ma è vero soprattutto che i fondi a disposizione della sanità sono veramente pochini. Con il riparto per il 2003 abbiamo avuto soltanto il 3,4 % in più rispetto allo scorso anno, mentre i costi della sanità aumentano annualmente del 6-7% in media. Oltretutto quest’anno ci sarà il rinnovo del contratto dei medici e in vista di questo nel fare i budget ho distribuito alle aziende la stesse somme assegnate nel 2002, mettendo in cassaforte 350 miliardi per fronteggiare gli oneri contrattuali.

Può riassumere gli orientamenti generali delle Linee guida di programmazione?

Per il triennio 2003-2005 abbiamo quattro obiettivi importanti: sviluppare le sinergie tra le aziende sanitarie attuali aggregandole in aree omogenee più vaste, ovvero i quadranti; alla luce di questo “studio sul vissuto” procedere all’aggregazione di alcune Asl; razionalizzare la rete ospedaliera; infine, l’obiettivo più importante, e che perseguirò con forza anche alla luce della convenzione che abbiamo sottoscritto di recente con i medici di famiglia, ovvero il rilancio del territorio e dell’assistenza territoriale, con la definizione di un distretto forte.

Cosa intende per distretto forte?

Qualcosa di diverso dai 66 distretti che già oggi esistono in Piemonte, ma che, salvo poche eccezioni, restano solo sulla carta. Un distretto forte deve avere un budget e un responsabile e deve saper trovare le indispensabili sinergie socio sanitarie che, se ben applicate, riescono a dare alla domanda di salute risposte migliori con spese inferiori a quelle attuali. L’obiettivo è quello del rilancio dell’assistenza territoriale e della prevenzione. E poi alcuni dei piccoli ospedali possono diventare ospedali di distretto o day service, cioè poliambulatori multispecialistici integrati: il cittadino va la mattina ed esce la sera, accompagnato dalla cartella clinica del medico di famiglia, e in una sola giornata si possono fare diagnosi e terapia, a meno che la patologia non sia così complessa da richiedere il ricovero in ospedale.

C’è un problema grave, legato anche agli scandali che hanno investito gli ospedali piemontesi: molte compagnie infatti non intendono rinnovare i contratti assicurativi dei medici.

Credo che la difficoltà non sia causata tanto dalle vicende legate agli scandali, quanto dalla tendenza “ricorso facile” che in questi ultimi anni ha fatto crescere enormemente il numero delle cause. In ogni caso, faremo una sorta di bando regionale: una Regione come la nostra, che spende per le assicurazioni circa 150 miliardi, troverà senz’altro chi se ne farà carico e probabilmente potremo anche risparmiare qualcosa.

Marche

LA SANITÀ NELLA REGIONE MARCHE

Arriva l'Asl unica

di Maria Gullo

LA PROPOSTA DELLA GIUNTA DI UNA ASL UNICA REGIONALE HA SCATENATO CONTESTAZIONI DI ORDINE SIA POLITICO CHE DI MERITO SUL MODELLO ORGANIZZATIVO PRESCELTO, MOTIVATE DAL TIMORE DI UNA ECCESSIVA CENTRALIZZAZIONE E BUROCRATIZZAZIONE DEL NUOVO ASSETTO SANITARIO. IN COMPENSO LA REGIONE HA VISTO L'ELABORAZIONE DI UN PSR SOSTANZIALMENTE CONDIVISO, BASATO SULLA PREVENZIONE E LA TUTELA DELLA SALUTE TOUT COURT, CHE MIRA A UNA RAZIONALIZZAZIONE DI UN SISTEMA CHE FINORA HA COMUNQUE SAPUTO GARANTIRE EFFICACIA E PROTEZIONE, MA CHE HA FINITO COL REGISTRARE UN ECCESSO DI OSPEDALIZZAZIONE INAPPROPRIATA

Avante di un Piano socio-sanitario fondamentale condiviso dalle parti sociali, nonostante una leggera critica per un eccesso di enfasi sulle questioni sociali rispetto a quelle specificatamente sanitarie, la Regione Marche vede in via di approvazione un Piano di riordino del Ssr basato sulla creazione di una Asl unica a carattere regionale, tema su cui lo scontro è decisamente più forte, e dal punto di vista politico che dei contenuti e del merito. La proposta iniziale della Giunta verteva su una riorganizzazione delle 13 attuali in 4 Asl provinciali, ma molti ambiti territoriali si vedevano penalizzati nelle quattro aziende individuate; alla fine si è fatta strada la proposta di mantenere 13 "zone" accentrando tutto in una Asl unica. Idea innovativa che vede un precedente solo nella provincia di Bolzano, in cui assume un senso del tutto differente per via della limitatezza del territorio. Compilate le audizioni della V commissione del Consiglio Regionale il testo definitivo del riordino è ora in fase di elaborazione. E se da un lato questa proposta vede Cgil e Cisl dichiarare lo sciopero del comparto sanità a riprova del forte disaccordo, la dirigenza medica Anaaò si dichiara non pregiudizialmente contraria alla scelta dell'Asur, pur contestando al modello profilato per il nuovo assetto "soluzioni organizzative troppo accentratrici e burocratizzanti, nonostante la dichiarata intenzione di focalizzare la gestione sulla produzione per processi, attraverso lo strumento del Governo clinico". Del resto nel documento stilato a conclusione del Congresso di maggio scorso l'Anaaò esprimeva la forte necessità di impegnarsi per la riduzione della concezione monocratica del direttore generale, affidando ai medici un reale potere di gestione del budget. Tra le modifiche proposte dall'Anaaò soprattutto quelle relative alle funzioni del Direttore generale, dei Direttori di zona, del Collegio di direzione di zona, dei Direttori di Dipartimento, dei Direttori medici di presidio ospedaliero. Inoltre quella di ridurre fortemente l'impatto dell'articolo 10, sulle collaborazioni esterne, sugli incarichi professionali, di abolire le figure di direttore sanitario e amministrativo di azienda e di aggiungere un capitolo riguardante le relazioni sindacali.

Un'ottica particolare assume anche, in una realtà come quella marchigiana, fatta di piccoli e medi ospedali e di alcuni specializzati, la riorganizzazione ospedaliera. Una rete che comunque ha funzionato e ha creato una sistema efficiente, se è vero che dai dati dell'ultima edizione di "Prometeo" le Marche (tra le aeree con la più alta aspettativa di vita) risultano la regione con meno mortalità evitabile, che ha garantito la protezione dei cittadini e colmato la carenza di attività nell'ambito del territorio. Un territorio caratterizzato da comunità montane e una

fascia costiera sempre più popolata, espressione di esigenze sempre più differenti e di modalità comportamentali nell'erogazione dei servizi relativamente disomogenee. La nuova programmazione socio-sanitaria è centrata sulla prevenzione e sull'appropriatezza per la riduzione dei ricoveri impropri e delle liste d'attesa.

AZIENDE OSPEDALIERE

Anche la rete ospedaliera è omogenea alla storia della regione. I 37 ospedali sono ancora tutti lì (nel tempo ne sono stati già chiusi una quindicina) ma alcuni già vedono significative variazioni per cui non hanno più l'acuzie ma buoni servizi di post acuzie: hospice oltre che lungodegenza e Rsa. Col Piano sanitario il problema si è spostato sulla riorganizzazione della rete, dei servizi, in particolare ospedalieri, la riduzione della spesa ospedaliera di tre punti da 50 a 47, la riduzione del numero di unità operative e gli accorpamenti vari. Uno dei nodi cruciali è stato il problema dei posti letto e lo stralcio della tabella dei pl ha creato dissapori, per difficoltà obiettive di alcuni comuni dell'interno a raggiungere il centro ospedaliero regionale più vicino.

Fuori dalla Asur restano l'ospedale di Torretta, sede dell'Università, che vede, incorporando gli altri due ospedali di Ancona la creazione di un'unica Ao, e l'ospedale di Pesaro, azienda autonoma.

Non è stata ancora definita la convenzione con l'Università, che nel nuovo Psr conserva comunque tutti i suoi posti letto, sostanzialmente tutte le sue unità operative. Posti letto: circa 4,5.

ASSISTENZA TERRITORIALE

La regione ha lavorato molto in questi ultimi due-tre anni per rendere più omogeneo il territorio cercando di colmare alcune lacune. Molto spazio si sta dando alla medicina generale, recuperandone il ruolo: allargando l'attività del medico di base al territorio con la finalità di un miglior funzionamento, inserendolo nelle case di riposo, sulle funzioni di assistenza domiciliare, riaprendo gli ambulatori il sabato mattina e allungando la disponibilità telefonica. Un lavoro che tiene conto della complessità del territorio stesso, dal sociale all'ottimizzazione rispetto alla questione della non autosufficienza. L'intenzione è di creare molte meno Rsa di quelle previste a favore del potenziamento delle case protette, delle case residenziali per gli anziani. Contro una sanitarizzazione e una ospedalizzazione impropria eccessiva.

L'ospedale in rete è il perno dell'organizzazione sanitaria, presentando il doppio vantaggio di una qualità professionale migliore e di risorse meglio utilizzate. Rispetto a di-

stretti e Adì l'organizzazione c'è ma si registrano alcune disomogeneità nel funzionamento.

Secondo il segretario Anaaò per la regione la funzione ambulatoriale della medicina specialistica, che opera molto in ambito extraospedaliero sul territorio, non è molto riconosciuta.

PIANO SANITARIO REGIONALE

I pilastri della nuova programmazione socio-sanitaria sono la prevenzione, la tutela delle categorie più deboli, la riorganizzazione della rete dei servizi e la protezione della salute tout court, che vede qualche leggera critica in merito al suo essere un po' sbilanciato verso sociale a dispetto del livello medico-sanitario, più penalizzato.

Un Piano che nelle intenzioni del governo locale vuole essere dinamico e pronto ad accogliere i cambiamenti di una sanità e di esigenze territoriali in divenire, una cornice all'interno della quale definire poi i dettagli derivanti dal confronto.

APPROPRIATEZZA

Unico strumento per combattere le liste d'attesa, già affrontate le prescrizioni farmaceutiche e riconosciuto come tasto dolente l'eccesso improprio dei ricoveri ospedalieri, si lavora anche sull'attività ambulatoriale che, in una regione piccola come le Marche significa comunque 600 miliardi l'anno ma non vede alcun controllo né della spesa né dell'appropriatezza.

Perplessità della dirigenza Anaaò sul rischio di non finanziare adeguatamente la risposta ambulatoriale alle esigenze di cure secondarie specialistiche, importante per evitare i ricoveri inappropriati e supplire laddove la medicina delle cure primarie non riesce ad arrivare in seguito alla chiusura degli ospedali.

Le Marche

Popolazione: 1.469.195 abitanti

Aziende Sanitarie Locali: 13

Aziende Ospedaliere: 4

Medici dipendenti dal Ssn: 2873

Medici in convenzione: Medici di base . . . 1206

Pediatri 169

Specialisti n.d.

Asur: criticiamo solo il modello organizzativo

**INTERVISTA A OSVALDO SCARPINO
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED MARCHE**

Dottor Scarpino, giace in Consiglio la nuova proposta di legge di Riordino che prevede la creazione di una Asl unica regionale. Qual è la vostra posizione in merito?

La nostra posizione, come già ho espresso in sede di audizione, non è pregiudizialmente contraria alla Asl unica, ma è contro questo Asl unica così come descritta nella proposta, dal punto di vista dell'organizzazione. È troppo centralizzata e burocratizzata. Sostanzialmente, i direttori delle 13 zone non hanno grandissimi poteri, e ci preoccupa che la componente professionale, in particolare quella medica, sostanzialmente è marginalizzata. Al di là dell'enfasi che si dà al governo clinico nella premessa. In realtà, il Collegio di direzione non ha un grande ruolo, il direttore di zona ha accanto a sé il direttore di presidio ospedaliero e il direttore del distretto; il direttore del presidio ospedaliero è l'attuale figura del direttore medico di presidio, un uomo quindi che non ha una caratura professionale elevata, i dipartimenti non trovano un ruolo forte, il collegio di direzione neanche ha grandi poteri, e il budget viene contrattato tra il direttore di zona e il direttore di presidio, tagliando fuori il direttore di dipartimento. Dovrebbe invece esser quest'ultimo a contrattarlo insieme ai direttori di presidio. Non siamo d'accordo neanche sul direttore sanitario, amministrativo, affiancato al direttore aziendale dell'Asur perché significa che sostanzialmente il direttore di zona, pur esistendo un collegio dei direttori di zona, non è un grande riferimento. La nostra proposta è di togliere il direttore sanitario di azienda, tanto più che la funzione amministrativa è centralizzata in strutture sovrazonali, con un ambito provinciale.

Le forze contrarie in campo sono notevoli, mi riferisco in particolare allo sciopero proclamato da Cgil e Cisl. Qual è la vostra linea d'azione? Intravedete delle aperture?

Dal canto nostro attueremo delle iniziative per contrastare questo modello ma nel rispetto dei nostri buoni rapporti con l'assessorato, anche se sarà difficile che questa giunta receda vista la posizione chiara del presidente a favore dell'Asur. Non si è capito quale è il punto di equilibrio. Noi abbiamo preparato un documento di modifiche punto per punto di tutto l'articolato e ci incontreremo a giorni. Comunque sia sul piano che sul riordino c'è stata una discussione ampia e ora c'è una disponibilità verso le nostre richieste. Tuttavia a questo punto esiste un problema politico fondamentale di scelte che vanno oltre questi aspetti, per quanto riguarda la sanità. Noi abbiamo il debito pro-capite più alto d'Italia, abbiamo il 4% aggiuntivo dell'Irpef, l'aumento dell'Irap, l'aumento delle tasse automobilistiche...una tassazione molto pesante.

Quali sono in sintesi i punti fondamentali che vorreste modificare della 134?

In sostanza riguardano le funzioni delle figure cruciali nell'organizzazione dell'azienda. Riteniamo che il direttore dell'azienda, avendo già un Collegio di direzione costituito dai 13 direttori di zona, non abbia bisogno di avere a fianco a sé anche un direttore amministrativo e un direttore sanitario; era previsto dalla 229, ma in questo modello è superfluo. I direttori di zona hanno bisogno a loro volta di un supporto amministrativo e sanitario, ma non il direttore di azienda, che poi avrebbe comunque visto che l'organizzazione amministrativa è provinciale. A seguire, c'è il problema dell'art. 6 sul dipartimento che non contiene le funzioni dei direttori di dipartimento, secondo noi cruciali, perché nel modello presentato dalla giunta il direttore di zona contratta il budget col direttore di presidio ospedaliero e ovviamente col direttore di distretto. Per noi invece il direttore di presidio deve continuare ad avere funzioni igienico-amministrative, organizzative, ma non deve avere quelle di gestore. Deve essere il collegio di zona il supporto tecnico per quanto riguarda la gestione delle risorse. Quindi anche per la contrattazione di base noi riteniamo più corretto che il direttore di zona la faccia direttamente coi direttori di dipartimento piuttosto che non mediato dal direttore di presidio. Riteniamo inoltre che il collegio di direzione debba partecipare alla nomina del direttore di dipartimento, avere quindi un ruolo non proforma come nella proposta.

Del resto come emerso dal Congresso di maggio vi muovete verso altre direzioni relativamente al ruolo della professione... Altri punti?

Altro punto molto importante è quello degli incarichi professionali e mi riferisco all'art 10. Siamo stati in dubbio se proporre dei correttivi o di eliminarlo del tutto. Prima abbiamo criticato tan-

to il ministro Sirchia che voleva inserire una percentuale di collaboratori, ora in base a questo articolo chiunque può ricoprire incarichi professionali se con competenze ad alto contenuto tecnico e alta specializzazione. Il timore è che con l'art 10 salti tutto l'assetto della dipendenza. Dunque la nostra proposta aggiunge che ciò possa essere fatto solo "in via eccezionale e per periodi di tempo limitati", cioè quando le competenze tecniche non siano reperibili all'interno della azienda regionale.

E sul Piano socio-sanitario licenziato a fine anno ci sono perplessità?

Abbiamo partecipato a correggere alcune cose: una tabella da rivedere sulle specialità e la collocazione delle unità operative nella nuova riorganizzazione ospedaliera che era d'obbligo, ma sostanzialmente lo condividiamo, anche se era un po' spostato troppo sul sociale. Non c'erano riposte a temi quali la cura delle patolo-

gie più importanti, come quelle cardiovascolari, a come organizzare l'emergenza: abbiamo dovuto faticare per aggiungere qualcosa al capitolo della medicina ospedaliera.

Il vostro sistema però, fatto di una rete di piccoli e medi ospedali, in posizione migliore, secondo l'indagine Prometeo, sulle morti evitabili, è un sistema che finora ha funzionato?

L'efficacia e la protezione c'è stata grazie ai tanti ospedali sparsi capillarmente sul territorio ma oggi ovviamente la spesa ospedaliera non può essere più accettabile, abbiamo sostenuto e difeso l'assessore sui 13 ospedali forti perché il nostro sistema questo ci può consentire. Il sistema è probabilmente intrinsecamente in grado di dare risposte di qualità sufficienti per quanto riguarda tutela e cure. Certamente dal punto di vista dell'efficienza delle risorse c'è un'eccessiva dispersione della risposta livello territoriale.

**INTERVISTA AD AUGUSTO MELAPPIONI,
ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITÀ DELLE MARCHE**

Centralità del territorio e country hospital

Assessore, è d'obbligo introdurre la questione della vostra proposta di riordino del Ssr attraverso la creazione di una Asl unica regionale. Da quale necessità parte e con quali obiettivi?

La necessità è di lasciare comunque sul territorio un sistema articolato ripetto alla programmazione dei servizi, concentrando dall'altra parte di supporto, quella che ha dei costi ma non produce direttamente, in un minor numero di punti cruciali e in certi casi anche sulla dimensione regionale. Quella che noi proponiamo non è un'unica azienda basata sul vecchio concetto di Asl. Noi proponiamo una gestione generale regionale lasciando tredici entità locali, riproponiamo quindi una centralità del territorio e dei rappresentanti degli enti locali, in particolare della Conferenza dei sindaci. Questo ci porterà ad avere sindaci più attenti e più pronti e maggiore omogeneità, rispetto ad ora, laddove le attuali 13 aziende territoriali in certi casi si comportano in modo molto disomogeneo. Come saprà le perplessità su questa legge di riordino riguardano il rischio di un'eccessiva centralizzazione...

In realtà noi centralizziamo, sì, gli acquisti, la gestione del patrimonio, il controllo del personale a livello pagamenti, ma ogni ex-Asl continuerà ad avere un budget assegnato e a decidere le priorità all'interno del quadro generale, della cornice di programmazione complessiva. Non è un modello di eccessiva centralizzazione, anzi, proprio per essere più periferico possibile noi lasciamo a tutti i sindaci la possibilità di partecipare. Sarebbe stata più centralistica l'idea iniziale delle 4 Asl provinciali, ad esempio, perché in quel caso non sarebbe stato così determinante il ruolo della Conferenza dei sindaci, che riteniamo fondamentale per la programmazione e i Piani di salute locali, che oramai diverse regioni stanno applicando. Centralizziamo ciò che non è direttamente al servizio del cittadino ma anche i comportamenti, cercando, attraverso delle direttive uniche regionali di rendere omogenea l'erogazione di alcuni servizi, ma non significa sopraffare il livello locale delle scelte, ad esempio sul tipo di prevenzione necessaria nelle varie aree.

Non solo. A livello sindacale oltre a una dimensione regionale rimarrà quella locale, un'autonomia locale, con limiti ben precisi sulla mobilità del personale e su questo speriamo di giungere ad un accordo. Bisognerà anche evidentemente adattare gli strumenti sindacali, contrattuali: è uno degli aspetti più delicati ma non insormontabili e siamo disponibili a firmare un accordo che garantisca sulla mobilità, che non sia, data l'Asl unica,

su dimensione regionale. Non c'è quest'intenzione da parte nostra.

Veniamo al Pssr. La commissione ha finito le audizioni ma alcuni hanno rilevato una certa genericità nella nuova programmazione e un asse un po' spostato più sul sociale che sul sanitario.

Credo che oggi sia un principio diffuso quello che un Pssr debba essere generico, se fosse dettagliato e rigido, non dinamico, non potrebbe accogliere i cambiamenti. Basti guardare quanto la sanità sia cambiata negli ultimi cinque anni, ai Lea ad esempio. Fare un Pssr rigido significa non poterlo adattare alle esigenze in divenire, ai nuovi strumenti, fissarlo troppo sui professionisti. È importante costruire una cornice, per i dettagli ci si confronta e si costruisce in divenire.

La base del piano è la prevenzione. Avevamo già un piano sociale abbastanza fresco e questo Piano sanitario è un passo avanti; del resto se parliamo di territorio come non parlare di integrazione. Inoltre nel Piano parliamo di salute, non più di sanità: territorio, problematiche dell'ambiente, dei trasporti e siamo convinti che è necessario alzare la qualità complessivo di salute dei cittadini tutti. Ciò non vuol dire che non siamo attenti, ad esempio, alla parte ospedaliera. Siamo stati meno dettagliati ma significa che non c'è niente di deciso a priori, che sono elementi verificabili nel tempo, modificabili. Proprio in un'ottica di confronto.

In una realtà come quella marchigiana, fatta soprattutto di piccoli e medi ospedali, una rete che comunque ha funzionato cosa si è fatto per una riorganizzazione a livello strutturale?

Ci sono peculiarità che non distruggeremo. Lasciamo una rete di ospedali superiore numericamente a quella di altre regioni, però con funzioni ben delineate e sensate. Il lavoro più forte è evitare le duplicazioni, evitare ad esempio che ci siano unità operative complesse di chirurgia sul territorio. Le accentriamo su quello che per noi è il perno del sistema sanitario che è l'ospedale in rete: il concetto della rete rimane l'obiettivo essenziale. Grande apprezzamento l'abbiamo avuto sul country hospital che funziona molto bene. Stiamo recuperando fortemente sulla medicina generale e stiamo facendo passi avanti anche sull'ospedalizzazione impropria e sull'uso appropriato dei farmaci. Anche sul territorio poi c'è dell'inappropriatezza su cui lavorare, come tutta la fascia dell'attività ambulatoriale che non è monitorizzata. Se non interveniamo su questo come risolvere il buco nero delle liste d'attesa? Sappiamo che è inutile aumentare l'offerta e l'unica arma è l'appropriatezza.

LOMBARDIA

Documento intersindacale per rilanciare le aziende sanitarie

Le Organizzazioni Sindacali della dirigenza sanitaria della Regione Lombardia (Anaa Assomed - Aaroi - Anpo - Aupi - Cgil Medici - Cimo - Cida Sidirss - Cisl Medici - Uil Medici - Coas - Fesmed - Civemp - Sinafo - Snabi Sds - Fials Medici) hanno sottoscritto un documento con il fine di dare una prima risposta a decisioni unilaterali dell'assessorato alla sanità, di salvaguardare gli interessi dei propri rappresentati, promuovendo contestualmente il rilancio delle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche.

Innanzitutto le OO.SS stigmatizzano la violazione da parte dell'assessorato del patto sulle relazioni sindacali liberamente sottoscritto il 5/6/01 dall'Assessore Carlo Borsani e dalle stesse OO.SS.; respingono le decisioni unilaterali dell'assessorato in materia di assunzioni per l'anno 2003; ribadiscono l'inaccettabilità del comportamento di chi assume decisioni e successivamente informa in materie che, congiuntamente, si sono definite come oggetto di confronto preventivo; chiedono perciò una radicale modifica della circolare emanata il 02.01.03 (Piani di assunzione 2003 - Prime linee guida). Inoltre in riferimento alla tematiche relative al riordino della rete ospedaliera e alla graduale esternalizzazione dei servizi svolti in forma diretta da parte delle Asl, le OO.SS. chiedono che si proceda secondo quanto previsto dal Pssr che non prevede definizione temporale come riportato nella circolare in oggetto. Informano l'Assessore che ulteriori comportamenti analoghi determineranno l'immediata dichiarazione dello stato di agitazione ed una risposta conflittuale senza alcuna informazione preventiva né trattativa.

Prima di entrare nel merito del provvedimento è doveroso ricordare, come negli anni precedenti sulle questioni relative alla organizzazione sanitaria le scelte della Giunta regionale lombarda sono state caratterizza-

te dalla più ampia autonomia rispetto alle indicazioni del governo centrale e non si comprende perché oggi essa intenda sottostare alle previsioni contenute nella legge finanziaria 2003, che affrontano questioni di razionalizzazione e di riordino in gran parte già normati in regione Lombardia. Infatti il riordino della rete ospedaliera è già previsto dal piano sanitario regionale ed il taglio di 3.800 posti letto, come da ultima valutazione della 3^a Commissione Consiliare non dovrebbe avere riflessi sull'occupazione dei medici (come più volte ci è stato riferito dall'assessorato), così come le dotazioni organiche sono già state riviste attraverso i piani di assunzione nel 2002. Permane allora solo il risparmio sul costo dei precari, che è di scarso rilievo, ma penalizza pesantemente la organizzazione del lavoro ed il servizio.

1- Programmazione e rapporti di collaborazione coordinata continuativa

Le OO.SS. respingono l'ipotesi di inserire il rapporto di collaborazione coordinata continuativa nella programmazione complessiva annuale delle risorse umane, poiché introduce elementi di indecisione e di irrazionalità nell'organizzazione del lavoro e dei servizi, che pregiudicano la continuità, la qualità e la sicurezza del servizio stesso, requisiti importanti per tutti i settori ma indispensabili per la sanità. La previsione di rapporti co.co.co. non si coniuga anche con il Progetto per la sicurezza alimentare previsto dal Pssr 2002/2004.

Pertanto richiedono che tale ipotesi venga stralciata dalle indicazioni fornite alle Asl ed alle Aziende Ospedaliere.

2- Dotazione organica delle Asl ed AO

La dotazione organica delle Asl ed AO è definita dai piani di assunzione 2002 e tale dotazione va ritenuta

valida per il 2003 fino all'approvazione dello specifico "piano di assunzione 2003". L'esigenza di definire le dotazioni organiche si fonda sulla necessità di porre fine ad un regime di perenne provvisorietà delle stesse, che vengono definite allo scadere dell'anno ed all'inizio dell'anno successivo si pretende di rinnovare la dotazione provvisoria.

3- Assunzioni a tempo indeterminato

Si richiede l'assunzione con contratti a tempo indeterminato del 75% del personale cessato nell'anno 2002, in quanto il percorso indicato dalla finanziaria per la rideterminazione delle dotazioni organiche si ritiene in gran parte già avvenuto in regione Lombardia negli anni precedenti. Inoltre è forte l'esigenza da parte delle unità operative di avere operatori stabili e motivati al fine di garantire la continuità e la qualità del servizio.

4- Contratti flessibili

Fino alla definizione dei piani di assunzione 2003 per il restante personale le aziende possono procedere alle assunzioni con contratti a tempo determinato ai sensi del Dlgs 368/01 della durata non inferiore ai tre anni al fine di garantire continuità, qualità e sicurezza al servizio, ma anche formazione e progressione di carriera degli assunti.

I rapporti di collaborazione coordinata continuativa, di lavoro autonomo, di lavoro in convenzione, devono essere riservati a casi eccezionali.

5- Risorse aggiuntive

Le OO.SS. richiedono per gli anni 2003, 2005 l'assegnazione di risorse regionali aggiuntive definite in 1.800 euro/anno, che dovranno essere utilizzate per la realizzazione di obiettivi di qualità ed efficienza per il rilancio delle aziende pubbliche.

CAMPANIA

Due pesi e tre misure per l'assistenza sanitaria

"L'odissea della stipula della convenzione fra l'Istituto Pascale di Napoli e la Regione Campania sembra finalmente in fase di conclusione. Ci sembra molto strano che per stilare un protocollo d'intesa ci voglia più di un anno! Eppure durante le festività natalizie non si sa se Babbo Natale o la Befana hanno regalato al nuovo Policlinico ben 170 milioni di Euro (330 miliardi di vecchie lire, quasi il doppio dell'attuale finanziamento, senza capire il perché)!"

Esordisce con queste parole la lettera che il Segretario Anaa Assomed Campania, Carlo Melchionna, ha inviato al presidente della regione e all'Assessore alla sanità per richiamare l'attenzione delle istituzioni sulla situazione dell'assistenza sanitaria campana.

Non si è aperto un tavolo tecnico fra l'Università-Regione e forze sindacali ospedaliere. Eppure si stornavano fondi del Ssr. Con questa convenzione si garantisce solo il P.S. Ostetrico e il trasporto neonatale mentre le altre specialità vengono inserite in una non

ben precisa rete di emergenza di secondo livello. Ci chiediamo perché tanta fretta per questa convenzione mentre è ancora in via di definizione il Piano Sanitario Ospedaliero Regionale? Forse le Aziende Ospedaliere, il Pascale il Vecchio Policlinico sono da considerare di serie B? E l'assistenza territoriale addirittura di serie C?

Perché non si affronta il problema degli accreditamenti per razionalizzare e programmare una rete Pediatrica, Oncologica, Cardiologia, Riabilitativa, etc. che porterebbe ad una pianificazione reale, su tutta la rete regionale?

Dovendo ridurre i posti letto della nostra Regione dagli attuali sei per mille a quattro per mille e dovendo redistribuire gli stessi su tutte le nostre province, ci chiediamo a chi verranno sottratti i 1200 posti letto (con relativi fondi) riconosciuti dall'attuale convenzione? Senza dubbio alle Aziende Ospedaliere! Voglio ricordare ai cittadini che, bene o male, solo le Aziende Ospedaliere garantiscono l'assistenza sanitaria in urgenza giorno e notte sia nei giorni feriali

che festivi sia a Natale che a Capodanno che a Pasqua o durante il periodo estivo. Sottrarre ulteriori fondi o posti letto, all'attuale, precaria e povera, rete ospedaliera, significherebbe aumentare il numero di barelle nei nostri P.S..

Che la convenzione sia un atto dovuto lo sappiamo e noi la vogliamo, ma non capiamo perché le prestazioni specialistiche prestate dall'Università debbano avere un aumento economico del 25% mentre quelle Ospedaliere e Territoriali NO, e perché debba essere stipulata prima del Piano Sanitario Ospedaliero.

Pertanto per evitare che nella nostra Regione, per l'assistenza sanitaria, ci siano due pesi e tre misure, invitiamo le forze politiche ad approvare in tempi rapidi un Piano Regionale Ospedaliero perfettamente integrato in un Piano Sanitario Regionale, che garantisca come dice la legge uniformità di finanziamenti tra Aziende Ospedaliere e Aziende Universitarie che faccia solo gli interessi dei cittadini!

CONVENZIONE NAZIONALE DELL'ULIVO SU SANITÀ E POLITICHE SOCIALI

Difendere il 229 e attuare la 328

La coalizione di centro sinistra riparte dalle norme volute da Rosy Bindi e Livia Turco: l'ultima riforma della sanità e la legge quadro dell'assistenza sociale. E dal palco il segretario nazionale dell'Anao Assomed lancia l'allarme: "Oggi è a rischio il diritto alla salute"

La Convenzione nazionale dell'Ulivo su sanità e politiche sociali si è svolta ad Arezzo il 21 e 22 febbraio scorsi. Due giorni di confronto tra i rappresentanti delle forze politiche del centro sinistra, gli amministratori locali, gli operatori della sanità, le forze sociali, per definire una linea comune tra le diverse forze che partecipano alla coalizione, come sta avvenendo in tutti gli incontri tematici organizzati dall'Ulivo in questi mesi, e rilanciare l'opposizione al governo Berlusconi anche nella prospettiva del successivo scontro elettorale, ancora lontano ma già molto presente. Ad Arezzo la base condivisa da cui partire è la difesa di un servizio sanitario pubblico, universalista e solidarista, e delle leggi approvate dagli ultimi governi di centro sinistra: la riforma ter della sanità e la legge 328 che ridefinisce il settore dell'assistenza sociale. A guidare il dibattito le donne protagoniste di quelle leggi, ovvero Rosy Bindi e Livia Turco, che nella relazione introduttiva di Maura Cossutta sono state salutate come "le nostre ministre". Riguardo alle politiche sociali, Livia Turco reclama i ritardi nell'attuazione della legge 328, a cominciare dalla mancata definizione dei livelli essenziali dell'assistenza sociale (Liveas), e denuncia i tagli del governo alla spesa sociale. Non è meno preoccupata Rosy Bindi, secondo

la quale la maggiore difficoltà del sistema sanitario sta nel sottofinanziamento. "Il welfare – dice l'ex ministra della Sanità rivolta agli oltre duemila partecipanti – deve diventare il centro della nostra politica" e dunque non deve più essere subordinato ad altre scelte in materia economica o fiscale, ma va inserito in un progetto organico e coerente "in cui tutto si tiene, dal fisco alle politiche economiche, dal lavoro alla previdenza". Un progetto che oppone alla linea dell'attuale governo, che promette meno tasse, lo slogan "Più diritti, più sicurezze", che dovrebbe anzitutto riguardare il problema dell'assistenza ai non autosufficienti, da affrontare con un fondo ad hoc finanziato attraverso la fiscalità generale. Sul tema del finanziamento, importante anche la riflessione proposta alla Convenzione da Laura Pennacchi, secondo la quale occorre ribaltare una logica che vuole la sanità unicamente come capitolo di bilancio, assumendo invece una visione che consideri la spesa per la salute dei cittadini una precondizione indispensabile allo sviluppo del Paese.

Riguardo alla annunciata riforma del profilo giuridico dei medici dipendenti dal Ssn, Bindi ha ricordato che "il 229 è stata l'ultima legge nazionale con contenuti organizzativi in materia di sanità. Oggi le

modifiche non sono più possibili a livello nazionale ed è per questo che le controriforme annunciate dal ministro Sirchia non hanno possibilità di esistere". Piuttosto, la revisione di alcuni aspetti della legge dovrà essere discussa nelle strutture politiche nazionali, insieme ai rappresentanti delle Regioni e dei sindacati, lasciando però alle Regioni la decisione finale e l'attuazione concreta dei necessari interventi. In una prospettiva più generale, tutta la politica sanitaria dell'Ulivo concordata centralmente sarà poi affidata all'iniziativa parlamentare per le materie di competenza nazionali e alle amministrazioni locali per le materie di competenza regionale. In materia di finanziamento, il punto di partenza fissato ad Arezzo è che i Lea debbano essere garantiti in tutto il territorio nazionale, a prescindere dal Pil delle singole Regioni; perché questo sia possibile, ha sottolineato proprio il "federalista" Bissoni, bisogna pensare ad una formula che mantenga il finanziamento nazionale, al di là dei previsti passaggi del federalismo fiscale.

Moltissimi gli interventi che si sono susseguiti nei due giorni della Convenzione, alternandosi alle riunioni dei gruppi di lavoro dedicati a temi specifici. Accanto ai rappresentanti dei partiti che aderiscono alla coalizione, da Oliviero Diliberto ad

Antonio Di Pietro, hanno preso la parola tra gli altri Guglielmo Epifani (Cgil), Savino Pezzotta (Cisl), Stefano Inglese (Tdm), Tom Benetollo (Arci), Mario Falconi (Fimmg). Il segretario dell'Anao Assomed, Serafino Zucchelli, ha lanciato un grido d'allarme: "Questo governo dice di voler valorizzare il sistema sanitario, anche se di fatto va in direzione opposta: bisogna svelare a tutti l'inganno e il ruolo della politica deve essere quello di allertare i cittadini, perché oggi è a rischio il diritto alla salute". Zucchelli è anche intervenuto riguardo ai recenti episodi di corruzione in ambiente medico, affermando che "gli onesti devono essere più forti" e sollecitando un cambiamento delle regole, a cominciare da quelle che devono disciplinare gli interventi delle aziende farmaceutiche nel campo della formazione e dell'Ecm. Secondo il segretario nazionale dell'Anao Assomed, che ha raccolto ampi consensi nella platea ulivista, occorre modificare il sistema degli informatori scientifici e ribaltare la programmazione dei corsi Ecm: finalità e i programmi dei corsi vanno fissati dalle aziende sanitarie e ospedaliere in base alle proprie necessità, con una partecipazione dell'industria solo nella successiva fase di realizzazione.

Eva Antoniotti

CONVEGNO A ROMA ORGANIZZATO DA FIASO-FEDERSANITÀ ANCI

A che punto è l'aziendalizzazione

Fare i conti col federalismo, ma soprattutto superare il sottofinanziamento, che è il vero ostacolo al buon funzionamento del sistema sanitario. Gli interventi al convegno organizzato il 12 febbraio scorso a Roma dalla Fiaso Federsanità Anci e dedicato allo stato dell'arte del processo di aziendalizzazione sembrano concordare sulla necessità per le aziende sanitarie e ospedaliere di trovare forme organizzative adatte alle realtà locali, senza però passare il controllo ad un Consiglio di Amministrazione, come propone il ministro Sirchia, e che molti giudicano invece un ritorno al passato.

Fulcro del Convegno l'indagine promossa da Cergas, Fiaso Servizi e Sole 24ore Sanità, che fotografa la situazione attuale utilizzando un campione equivalente al 20% delle aziende sanitarie italiane. Il primo dato è che solo il 60% delle aziende ha adottato l'atto aziendale, da mettere in relazione anche con il ritardo con cui si stanno producendo le linee guida regionali in materia. Abbandonato il sistema di contabilità finanziaria, la gran parte delle aziende (91%) si sono dotate di contabilità generale e moltissime (88%) utilizzano lo strumento del budget. La maggioranza ha introdotto sistemi di incentivazione alla produttività individuale, sia pure con forti differenze tra le aziende ospedaliere, che la impiegano solo nel 55% dei casi, e le Asl, dove è utilizzata nell'83% delle realtà analizzate. Anche i contratti a tempo determinato sono utilizzati maggiormente nelle Asl, sia pure in numero limitato: complessivamente sono stati attivati nel 75% delle aziende, ma solo nell'8% dei casi se ne contano più di dieci per struttura.

Concentrando l'attenzione sulla figura del direttore generale, l'indagine ne ha messo in luce i maggiori elementi di criticità. Innanzi tutto la "sindrome del veterano", ovvero un senso di stanchezza che colpirebbe quei manager che hanno lavorato all'avvio delle aziende, spesso senza figure di supporto e strumenti adeguati. Una sindrome grave, che priva il sistema di personalità esperte e motivate, ma che pure non dovrebbe essere troppo frequente, visto che l'altro problema dei manager è proprio l'eccessivo turn over, a causa del quale il 53% dei DG resta in carica meno di due anni.

In relazione all'articolo 52 dell'ultima legge finanziaria, secondo cui il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico aziendale comporta la decadenza automatica del DG, l'indagine si è soffermata anche sulla situazione dei bilanci, analizzando dettagliatamente 50 consuntivi del 2001, in prevalenza di Asl del Nord. Solo il 18% dei bilanci risulta in utile o in pareggio, mentre la stragrande maggioranza è in perdita. Inoltre mentre gli utili sono nel 78% dei casi inferiori all'1%, le perdite sono assai più consistenti e nel 44% delle aziende prese in esame supera il 10%.

TOSCANA

Analisi e proposte per il nuovo Piano sanitario

Il ridimensionamento della rete ospedaliera, lo sviluppo delle attività territoriali e i nuovi assetti istituzionali delle aziende sanitarie alla luce del Piano sanitario regionale 2002/2004 e delle recenti delibere della Giunta regionale Toscana sono gli aspetti analizzati nel lavoro di analisi e proposte che di seguito pubblichiamo e che è stato redatto dalla segreteria regionale Anaao Assomed Toscana.

(Prima parte – La seconda e terza parte saranno pubblicate sui prossimi numeri)

Hanno collaborato: Giancarlo Berni, Alfonso Brescia, Enrico Reginato, Carlo Palermo

Dopo l'approvazione del nuovo piano sanitario 2002-2004 si rende necessario, da parte della Regione Toscana, la revisione della legge regionale di organizzazione del servizio sanitario regionale, viste anche le previste modifiche relative alla definizione delle Aree Vaste, che riguardano soprattutto l'erogazione di cure specialistiche in regime di ricovero e delle Società della Salute, che dovrebbero occuparsi della medicina territoriale.

Nel frattempo le notizie che arrivano dal Governo non sono rassicuranti: il finanziamento del servizio sanitario nazionale continua ad essere sottostimato, essendo non superiore al 5,8% del Pil, decisamente inferiore a quanto stanziato dagli altri governi europei, mediamente il 7% del Pil, con una crescita annua rallentata rispetto agli anni precedenti (mediamente l'inflazione sanitaria è del 6% per anno, l'incremento del fondo sanitario 2003 per la no-

stra Regione dovrebbe essere del 4%). I previsti nuovi aspetti di riorganizzazione e finanziamento, sono, da parte di questa associazione, tenuti in forte considerazione, per i riflessi che possono avere sulle prospettive professionali dei dirigenti medici. Riteniamo quindi doveroso da parte nostra entrare nel merito delle scelte, fatte e da fare, della Regione Toscana, sia per il contributo che può derivare alla soluzione dei problemi da parte dei dirigenti del Ssr, che hanno molta attenzione, come medici e come cittadini, per il corretto funzionamento del servizio sanitario, sia per la tutela delle prerogative professionali ed economiche della categoria che rappresentiamo.

La riorganizzazione della rete ospedaliera e il ridimensionamento del fabbisogno

Il punto di partenza è il ridimensionamento, a regime nel 2008, dei posti-letto ospedalieri esistenti, secondo la tabella 1

riportata in basso alla pagina.

Il ricalcolo dei posti-letto, in base alla popolazione toscana (3.536.392 abitanti), crea una particolare situazione rispetto agli inizi degli anni 90 (tab.2):

1. riduzione (>50%) dei p.l. negli ospedali delle Aziende Asl,
2. riduzione (>40%) dei posti letto nelle Aziende ospedaliere,
3. lieve riduzione assoluta dei posti letto nel settore privato, con netto incremento percentuale rispetto al 1992 (i p.l. privati passano dal 13% al 21% del totale).

La tabella 3 permette di valutare i dati assoluti e percentuali delle variazioni che si verrebbero a creare applicando questi coefficienti.

Si possono fare, quindi, alcune considerazioni:

- La riduzione dei posti letto per arrivare al parametro del 3,80‰ (riferito alla popolazione residente, se aggiungia-

mo lo 0,30‰ legato alla mobilità extraregionale arriviamo a 4,10‰) comporta avere a regime nel 2008 una rete ospedaliera con 14.350 posti letto (p.l.), di cui 1050 legati alla mobilità. Rispetto al 2001 si dovranno tagliare circa 2700 p.l., prevalentemente a carico del servizio pubblico. All'inizio degli anni 90, prima dell'avvio della fase di riorganizzazione della rete ospedaliera con la progettazione e realizzazione dei monoblocchi, i posti letto erano ben 23.000, di cui 20.000 pubblici e 3000 privati. Un lungo tratto di strada è stato fatto con la chiusura di più di 30 piccoli ospedali e l'apertura di 8 monoblocchi ospedalieri. A regime la rete ospedaliera sarà costituita da 41 ospedali nuovi o completamente rinnovati (erano inizialmente 93!). Ovviamente l'ulteriore riduzione dei p.l. non sarà indifferenziata, ma dovrà considerare i processi di ristrutturazione già comple-

Tabella 1 - Calcolo dei posti-letto per 1000 abitanti

Fabbisogno complessivo a livello regionale = 3,8 posti-letto ogni 1000 abitanti, di cui:

- 2,05 p.l. ogni 1000 ab. = fabbisogno pazienti acuti per specialità di livello ASL*;
- 0,88 p.l. ogni 1000 ab. = aziende ospedaliere e specialità regionali;
- 0,11 p.l. ogni 1000 ab. = riabilitazione cod. 56 al netto della quota del privato;
- 0,72 p.l. ogni 1000 ab. = quota del privato accreditato;
- 0,04 p.l. ogni 1000 ab. = riabilitazione di III° livello.

* È possibile considerare una maggiorazione pari al 0,30, per mobilità entrante (discipline regionali, funzioni di riferimento in ambito Asl, di Area Vasta, interregionale). Inoltre il parametro dimensionale complessivo è da intendere quale valore massimo da utilizzare tenuto conto dell'effettiva situazione di dotazione nell'ambito dell'Area Vasta di riferimento ed in relazione ai processi di deospedalizzazione o di ottimizzazione dei Drg.

Tabella 2 - Variazione dei posti letto negli anni 1992-2001 e nuovo fabbisogno previsto dal PSR 2002/2004, a regime nel 2008

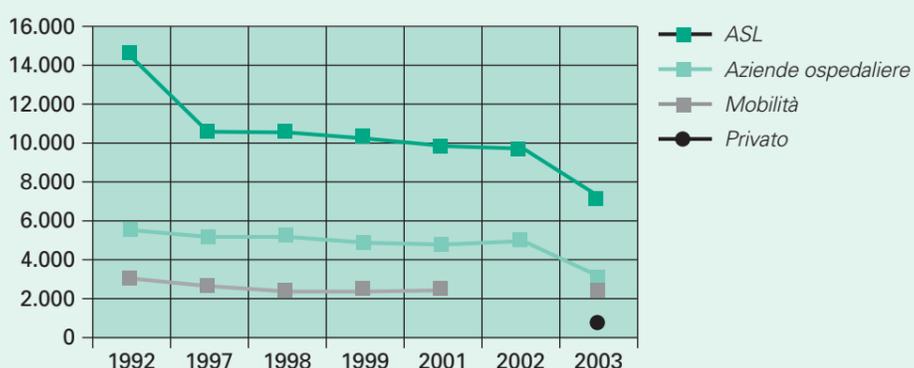


Tabella 3 - Confronto PSR/situazione anno 2000

	PL 2000	PSR 2002	Variab.	Variab. %
ASL	9911	7175	-2736	-27,60569
Az. Osp.	4782	3080	-1702	-35,5918
Riabilitazione	-	525	-	-
Mobilità	-	1050	-	-
Totale pubblici	14693	11830	-2863	-19,48547
Privati	2374	2520	146	6,1499579
Totale PL	17067	14350	-2717	-19,48547

Tabella 4 - Dimissioni erogate in Toscana per tipologia di struttura di erogazione (pubblico e privato) e anno di dimissione, al lordo delle schede per neonati sani e per DH farmaceutica.

Anni 1999/2000/2001 (valori assoluti e percentuali)

Tipologia struttura	1999	% 1999	2000	% 2000	2001	% 2001
Presidi pubblici USL	473.283	65,11 %	466.012	63,69 %	464.486	62,79 %
Az. ospedaliere	194.580	26,77 %	201.296	27,51 %	209.488	28,32 %
Strutture private accreditate	49.748	6,84 %	53.157	7,26 %	53.638	7,25 %
IRCCS ed Enti di ricerca	6.546	0,90 %	6.641	0,91 %	6.943	0,94 %
Strutture private non accreditate	2.700	0,37 %	4.603	0,63 %	5.231	0,71 %
Totale	726.857	100 %	731.709	100 %	739.786	100 %

IRAQ

Guerra e assistenza umanitaria

Potrebbe essere proprio l'esercito americano a svolgere il ruolo di principale agenzia di assistenza umanitaria alla popolazione dell'Iraq a seguito del conflitto. I piani di soccorso coinvolgerebbero molti altri enti americani, incluso il National Security Council, il Dipartimento di Stato e la US Agency for International Development (Usaid), ma la responsabilità dell'operazione di soccorso sarebbe affidata al Dipartimento della Difesa. Lo sostengono fonti accreditate americane e anche funzionari delle Nazioni Unite.

L'esercito americano che pure ha una grande esperienza nelle azioni di soccorso e assistenza alle popolazioni colpite da disastri naturali e da conflitti, come in Kosovo e in Afghanistan, in uno scenario quale si prospetta essere quello iracheno generalmente opera tramite un'agenzia civile come l'Usaid o le agenzie delle Nazioni Unite. Ed è per questo che molte le Organizzazioni non governative (Ong), alla luce di questa notizia, hanno espresso forti riserve a lavorare direttamente con il Dipartimento della Difesa statunitense. "Un'azione di soccorso e di ricostruzione guidata dall'esercito è inaccettabile per molte Ong, la cui indipendenza e sicurezza nel mondo sarebbe compromessa da questo stretto legame con le forze militari di occupazione" afferma Mary McClymont - presidente di una "alleanza" di 160 Ong impegnate in attività di assistenza e sviluppo - e aggiunge che anche molti donatori potrebbero non voler dare il loro supporto che potrebbe essere interpretato come un aiuto all'esercito americano.

Mark Bartolini, direttore regionale di International Rescue Committee, una Ong con sede a New York, punta il dito contro l'esercito Usa, che ha ignorato i tentativi fatti da molte Ong di stabilire un qualche contatto con i suoi funzionari, e anche contro il governo, che non ha sbloccato i finanziamenti né concesso i permessi necessari alle organizzazioni per iniziare l'attività in Iraq. "È chiaro che l'esercito intende assumersi gran parte dell'azione umanitaria nei primi giorni della crisi per poi permetterci di subentrare quando lo riterrà opportuno (...). Attualmente, tranne che nel nord Iraq, che non è sotto il controllo di Bagdad, sono pochissime le agenzie presenti specializzate in attività di soccorso, e senza fondi, informazioni e tempo per allestire un'operazione - sostiene Bartolini - sarà ben difficile essere operativi in tempi brevi". E lancia un monito - se qualcosa andasse storto e la situazione sfuggisse di mano, verrebbe a mancare nel-

l'immediato l'apporto che le agenzie delle Nazioni Unite e le Ong avrebbero potuto fornire, forti della loro esperienza e capacità. Anche secondo alcuni funzionari Onu potrebbe essere l'esercito americano a gestire la prima fase dell'assistenza per poi far subentrare gradualmente le altre agenzie specializzate. I piani predisposti dalle Nazioni Unite prevedono il coinvolgimento di Unicef, per l'acqua e i servizi igienici, Pam, per la distribuzione alimentare, Unhcr per l'assistenza ai rifugiati e Undp per la ricostruzione postbellica. Al loro contributo va sommato quello, insostituibile, della Croce Rossa Internazionale, una delle agenzie più grandi e meglio inserite in Iraq, che, svelando il suo programma di emergenza, si è detta pronta a mantenere operativi i maggiori ospedali del paese e a garantire il rifornimento di acqua nelle città più grandi. I viveri e le coperte già sufficienti per i 150mila sfollati sul territorio potrebbero essere aumentati fino a coprire il fabbisogno di 400-500mila persone in caso di conflitto. La Croce Rossa inoltre di solito mantiene la sua presenza nelle aree di conflitto anche dopo l'evacuazione del personale Onu. A causa delle sanzioni che si protraggono da oltre 12 anni, attualmente il 60 per cento della popolazione irachena, 16 milioni di persone, dipende totalmente dalle razioni alimentari distribuite dal governo nell'ambito del programma, supervisionato dall'Onu, "oil-for-food". In uno scenario "medio" di guerra, prevedono fonti Onu, circa 10 milioni di iracheni avrebbero bisogno immediato di assistenza alimentare mentre circa metà della popolazione potrebbe non avere accesso all'acqua potabile; gli sfollati nel territorio potrebbero raggiungere i 2 milioni e tra i 500mila e il milione e mezzo potrebbero lasciare il paese.

Gli stock predisposti dalle Nazioni Unite in Iraq e nei paesi confinanti constano di generi alimentari per 250mila persone, riserve d'acqua e kit igienici per 300mila, biscotti proteici per 240mila bambini e kit d'emergenza sanitaria per 240mila persone. Le agenzie Onu stanno incrementando le scorte per essere in grado di assistere ulteriori 350mila iracheni, ben al di sotto del target iniziale di 900mila persone.

Un'altra forte preoccupazione che investe quanti stanno pianificando l'emergenza riguarda gli effetti della fuoriuscita di sostanze chimiche tossiche dagli impianti industriali che potrebbero essere colpiti. Il dramma di Bhopal dove nel 1984 morirono migliaia di persone e decine di migliaia furono i feriti è ancora nel ricordo.

UK

Il paziente "migra" per essere curato più in fretta

Il ministro della Salute britannico Alan Milburn è intenzionato a estendere le iniziative pilota, già avviate sul territorio nazionale, per ridurre le liste di attesa e che si basano sulla possibilità data ai pazienti di scegliere tra le strutture del National Health Service (Nhs) quelle che offrono le cure richieste in tempi più rapidi. Una strada già percorsa da Svezia e Danimarca che da circa dieci anni hanno adottato un sistema di questo tipo per offrire una garanzia di cura entro precisi limiti di tempo. In seno al Nhs vi è una certa oscillazione nei tempi di attesa tra ospedale e ospedale e tra gli specialisti ed è per questo che si guarda con un certo interesse alle due iniziative pilota avviate l'anno scorso in Inghilterra e specificatamente rivolte a pazienti in lista di attesa da oltre sei mesi (un target di attesa cruciale per il 2005).

Parlare dei risultati è ancora prematuro, il progetto rivolto ai pazienti cardiopatici infatti è stato valutato solo parzialmente mentre quello per i pazienti con problemi oftalmici non è stato ancora sottoposto ad alcuna valutazione indipendente. Comunque, dei 5mila pazienti cardiopatici in lista di attesa da oltre sei mesi, 3.700 sono risultati clinicamente idonei a poter scegliere un trattamento in tempi più rapidi e di questi circa 1700, il 46 per cento, ha accettato la proposta. Nel progetto londinese che ha coinvolto pazienti con patologie oftalmiche, per lo più in attesa di un intervento alla cataratta, hanno accettato circa i due terzi. Se i progetti dimostreranno di dar buoni risultati potrebbero davvero contribuire a ridurre le oscillazioni nei tempi di attesa, anche se questo, secondo l'osservatorio indipendente londinese King's Fund, potrebbe innescare una serie di conseguenze. Non ultima, la prospettiva, sempre più concreta, per gli specialisti di perdere i "propri" pazienti e anche il controllo sulle proprie liste di attesa.

La migrazione dei pazienti all'interno delle strutture del Ssn comporta poi l'attivazione di un meccanismo di rimborso agli ospedali per l'attività svolta e così dal prossimo aprile inizierà ad essere introdotto un nuovo sistema di pagamento, simile a quello già adottato in altri paesi, con tariffe fisse per interventi selezionati, destinato ad incoraggiare gli ospedali ad aumentare la loro produttività. Gli ospedali con una performance mediocre avranno la possibilità di usufruire di un incentivo per migliorare altrimenti perderanno l'introito; alcuni, inevitabilmente, si troveranno a fronteggiare una situazione di crisi finanziaria in quanto la domanda dei pazienti sarà "dirottata" verso altre strutture.

Uno scenario che apre ad alcuni interrogativi: davvero la sanità pubblica è intenzionata a lasciare che questi ospedali escano da questo nuovo mercato? E se così non è, dove sono gli incentivi? Ed ancora, se queste strutture migliorano che ne sarà di quei pazienti ricoverati invece nelle strutture che "affondano"?

In gioco c'è anche una questione di equità: in che misura può dirsi equa la scelta del paziente?

Quanti hanno ricevuto un trattamento in tempi più rapidi godranno di migliori condizioni di salute per un periodo più lungo; gli altri, vuoi perché non intenzionati o impossibilitati a viaggiare, o penalizzati dalle scelte dei pazienti che li hanno preceduti, potrebbero dover accettare servizi molto meno rapidi e, molto probabilmente, scadenti. E questo è senz'altro un aspetto iniquo; comunque, se fosse data a tutti una vera possibilità di scelta, il problema sarebbe risolto, almeno in parte: infatti l'esercizio di scelta dipende da un insieme di fattori strettamente connessi al reddito, al potere e alla cultura. Proprio per questo, secondo il King's Fund, è importante acquisire informazioni accurate sui pazienti che colgono, ovvero rifiutano, l'opportunità di ricevere cure in tempi più brevi con altri provider - informazioni che un'attenta valutazione del progetto londinese potrebbe fornire.

- tati e i dati di attività delle singole aziende
- Prendendo a riferimento le dimissioni prodotte nelle strutture pubbliche toscane nell'anno 1999 e confrontandole con quelle dell'anno 2001 (Tabella 4), si può evidenziare come la riduzione dei ricoveri (l'obiettivo indicato nella programmazione regionale era un tasso di ospedalizzazioni di 160‰ abitanti), sia avvenuta essenzialmente nelle USL che hanno costruito e resi operativi i monoblocchi ospedalieri e che hanno avviato una riorganizzazione ed una diffusione delle attività territoriali. Nelle Aziende Ospedaliere si è avuto un incremento delle dimissioni (mediamente + 6,5%), legato sia al maggior grado d'attrazione dei centri per l'alta specialità che al meccanismo di pagamento a Drg. Lo stesso fenomeno è stato osservato nelle strutture private (+7,8%). È evidente che il ridimensionamento dovrà interessare in particolare questi ultimi tipi di strutture e dovrà concentrarsi nelle Uu.Oo. che operano con tassi di occupazione dei p.l. al di sotto del 70-75%, mediante accorpamenti e gestione in comune dei p.l. in aree dipartimentali.
- Se ci si deve attendere un'ulteriore modifica della rete ospedaliera, essa dovrà avvenire in primis favorendo la trasformazione dei residui piccoli ospedali con pochi p.l. e limitate attività, collocati a pochi chilometri dai nuovi monoblocchi e senza problemi di viabilità, in centri di attività distrettuale, in ospedali di comunità, in centri residenziali di riabilitazione o in hospice.
- Particolare attenzione dovrà essere posta alla distribuzione dei p.l. derivanti dalla mobilità extra-regionale, perché se questa dovesse favorire oltremisura le Aziende universitario-ospedaliere, si avrebbe un sovradimensionamento dei posti letto in queste strutture, ben oltre le necessità dell'alta specializzazione, con conseguente inappropriata migrazione della casistica "periferica" non specialistica verso questi centri.
- L'introduzione dell'Area Vasta è strettamente legata alla ridefinizione (che poi è una marcata riduzione) dei posti-letto; essa, necessariamente, terrà conto dell'esistente, perciò, Asl dotate di un ospedale nuovo ma sovradimensionato, come avviene ad esempio in Versilia, comporteranno un riequilibrio, da avvenire a spese delle zone contigue; non a caso il numero di posti letto, previsti nel futuro ospedale unico di Massa Carrara è molto inferiore all'esistente. Ciò rischia di limitare la possibilità di ricoverare utenti provenienti da altre regioni, Liguria in particolar modo, nonostante il buon indice di attrazione rilevato e di tradursi in meno risorse economiche a disposizione.
- Una serena valutazione dovrà essere avviata, sull'opportunità di mantenere un numero elevato di posti letto per acuti nelle strutture private (circa il 21% del totale dei letti). Il nuovo piano prevede un'evoluzione verso strutture ad alto contenuto tecnologico e ad alta intensità di cura e di diagnosi, destinate prevalentemente a pazienti critici. Tutto ciò richiede un'importante investimento economico oltre che un'organizzazione interna delle strutture, capace di rispondere alle situazioni di urgenza-emergenza che difficilmente è possibile reperire nel privato. A nostro parere sarebbe opportuno riservare tale tipologia di attività prevalentemente agli ospedali pubblici, favorendo nel contempo la parziale riconversione delle strutture private, anche sotto forma di project financing, verso quelle attività residenziali territoriali destinate a ridurre il carico improprio di ricoveri sull'ospedale per acuti.

¹ Sul piano economico e finanziario, deve essere rivisto il concetto di finanziamento legato al DRG, che, fin dall'inizio, viene utilizzato come metodo di governo del sistema, piuttosto che come semplice metodo di finanziamento; finanziamento che diventa virtuale all'interno della stessa ASL. Il governo del sistema sanitario si può attuare solo attraverso un controllo di processo. La stessa arbitrarietà del valore assegnato ai diversi DRG non consente il controllo che può derivare solo dall'analisi dei costi reali. Il finanziamento delle attività sanitarie dovrà quindi essere rivisto, conservando al sistema DRG il significato di valutazione del case-mix.

FISCO & PREVIDENZA

Previdenza integrativa da osservare con attenzione

Con il sopravvenire, specie per i più giovani, di un sistema di calcolo pensionistico meno vantaggioso dell'attuale – dal retributivo al contributivo – è necessario attivare prodotti finanziari integrativi o complementari del regime previdenziale obbligatorio.

In particolare per i dipendenti pubblici, fra cui i medici dirigenti del Ssn è stata prevista la possibilità, (entro il 2005), passando dall'attuale trattamento premio di servizio (Ips), la liquidazione, per intenderci, al Tfr (trattamento di fine rapporto), di far confluire le somme di accantonamento ai fondi pensione. Ricordiamo che mentre l'Ips viene calcolata, al momento dell'interruzione del rapporto d'impiego sulla base dello stipendio dell'ultimo anno (80% del suo importo diviso 15, per ogni anno di servizio) ed è realizzato mediante versamenti sia del datore di lavoro (3,6%) e del dipendenti (2,5%); il Tfr consiste in un accantonamento (13,5% annuo) a carico integralmente del datore di lavoro, che determina un rendimento, alla cessazione, rivalutato di anno in anno al tasso dell'1,50% più il 75% dell'aumento dell'indice Istat. Quindi l'Ips si incrementa con il crescere dello stipendio ultimo percepito mentre il Tfr, che peraltro è stato attribuito, nell'impiego pubblico, solamente ai nuovi assunti dal 2001 subisce incrementi, annuali, in relazione di un tasso fisso e delle variazioni Istat.

Questa spiegazione ci è utile a comprendere quale possa essere il vantaggio o meno di far confluire questo, che possiamo definire salario differito, in un fondo pensione o in una polizza vita. Poiché questi prodotti finanziari sono collegati ai rendimenti di Borsa, quando, vi sono periodi di crisi, come quello attuale, i vantaggi rispetto alla normale retribuzione delle prestazioni (Ips e Tfr) diventano minimi se non si annullano. Per quanto riguarda l'I.P.S. essendo esso collegato all'evoluzione stipendiale nel tempo mal si configura un corret-

to rapporto di rendimento. Ma tuttavia, si può ritenere che, di massima, gli incrementi stipendiali, determinati dai contratti, nel tempo, recuperano gran parte della erosione inflattiva. E se poi consideriamo il trattamento fiscale della liquidazione che è ridotto di circa il 50%, l'investimento finanziario nei fondi appare relativamente poco probabile soprattutto per chi non dovesse contribuirvi per periodi medio lunghi.

Ma per quanto riguarda il Tfr gli ultimi due anni sono stati vincenti rispetto ai rendimenti del patrimonio gestito. Su disponibilità di circa 1.470 prodotti previdenziali, dai fondi pensione aperti e chiusi, alla unit linked, dai piani pensionistici individuali, alla gestione separata tradizionale, la gran parte ha avuto rendimenti inferiori a quelli del Tfr. Solamente 167 prodotti hanno reso più del 3,5%; garantito dalla vecchia liquidazione. Fra questi ricordiamo i Fondentisti che ha raggiunto, un rendimento nel 2002 del 4,96%, per la sua oculata amministrazione. Sono infatti le soluzioni previdenziali meno aggressive quelle che hanno permesso di proteggere la rendita di scorta dalla bufera dei mercati. Ma se, i rendimenti sono in picchiata, anche le adesioni ai vari prodotti non vedono esaltanti risultati. In pratica pochi si iscrivono ai fondi aperti e modesti sono stati gli incrementi dei contratti di polizze pensionistiche. Nonostante tutto i prodotti offerti da banche e assicurazioni continuano ad aumentare.

Certo se si guarda ai rendimenti degli anni precedenti c'è da restare perplessi del calo odierno. Ma non è proprio così: i prodotti finanziari di tipo previdenziale vanno valutati, come si diceva all'inizio, per il vantaggio dei sottoscrittori più giovani rispetto a quelli di età avanzata, in tempi medio lunghi, e non è detto che alla "zampata dell'Orso" non segua una "incornata del Toro".

Claudio Testuzza

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Cassazione

Al bando le consulenze telefoniche

La Cassazione ha confermato la colpevolezza di tre primari del policlinico di Sant'Orsola di Bologna, che per aver fatto ricorso alla diagnosi telefonica, hanno trattato "in modo negligente e imprudente" il ricovero di una donna non curata tempestivamente dopo un parto cesareo e numerosi episodi di sanguinamento che hanno portato al decesso. La signora, infatti, ricoverata per minaccia di parto prematuro, aveva subito nella stessa giornata un parto gemellare con taglio cesareo e la rimozione di un ematoma comparso successivamente al parto. La donna era stata dimessa nonostante la comparsa di un altro ematoma, ed accusando forti dolori addominali e sanguinamento era stata nuovamente ricoverata ed operata. Solo successivamente erano stati eseguiti esami specifici che avevano evidenziato una sindrome da emofilia acquisita, e smentito la diagnosi di sindrome Lac (fattore inibente la coagulazione a causa della presenza di fosfolipidi). Attraverso una consu-

lenza telefonica e senza che lo specialista la visitasse e venisse informato degli interventi già subiti, alla paziente, erano state somministrate le cure per la diagnosi di Lac.

Gli esami approfonditi furono disposti solo dopo il suo decesso. I tre sanitari imputati sono stati condannati a quattro mesi di reclusione e dovranno rispondere, in sede civile, del risarcimento dei danni ai parenti della donna.

In questo modo la Suprema Corte mette al bando la prassi delle "consulenze telefoniche" adottata dai medici in alcuni reparti ospedalieri per chiedere un consulto, ad altri colleghi specialisti, sulla salute dei pazienti affidati alle loro cure.

I Supremi giudici puntano l'indice anche contro le direttive che pongono limiti agli esami e agli accertamenti più approfonditi avvertendo i primari che di fronte a due condizioni concorrenti, il dubbio diagnostico e la gravità delle conseguenze che da una patologia può derivare, non devono badare a spese per effettuare gli accertamenti diagnostici relativi ai casi clinici di più difficile soluzione. "Il dubbio diagnostico – spiega la Corte – deve indurre ad

utilizzare gli strumenti diagnostici necessari per risolverlo e la gravità della patologia non può che accentuare tale obbligo estendendolo anche alla necessità di indagare sulle ipotesi patologiche più remote".

Una corretta terapia avrebbe consentito, se non di salvare con certezza la vita della paziente, almeno, di influire sicuramente e positivamente sul decorso della malattia.

È reato "dirottare" i pazienti in clinica

Abuso d'ufficio e truffa aggravata per il medico che orienti un paziente presso una struttura privata. A stabilirlo è la Corte di Cassazione con la sentenza n. 960/2003 con la quale i supremi giudici hanno confermato la condanna inflitta ad un medico che aveva dirottato un paziente presso una clinica privata e mediante artifici e raggiri si era fatto pagare parcelle per prestazioni effettuate nei confronti di pazienti da lui conosciuti perché ricoverati presso la struttura pubblica di cui era dipendente.

Con tale sentenza, la Suprema Corte afferma il principio per cui i medici ospedalieri, in quanto di-

pendenti della pubblica amministrazione, hanno un "dovere di fedeltà" che li obbliga a "non dirottare" i pazienti, specie se gravi, verso le cliniche private, ma si devono adoperare completamente per ricoverarli nelle strutture pubbliche.

Dovere professionale del medico è quello di attivarsi, all'interno della struttura pubblica, affinché i pazienti con uno stato di salute a rischio siano ricoverati in ospedale. Se l'ospedale prescelto è "pieno", il paziente va avviato presso altra struttura disponibile, purché pubblica. Diversamente, per il professionista scatta una pesante condanna penale che prevede oltre al carcere anche l'interdizione dai pubblici uffici.

"Uno stato di pericolo attuale costituisce una situazione di emergenza – spiega la Cassazione – che rende doveroso il ricovero immediato per procedere ad accertamenti tempestivi, eventualmente costringendo ad ulteriori attese pazienti le cui condizioni siano meno pressanti, e, nel caso al tempestivo intervento chirurgico". Viene in tal modo riconosciuto al paziente il diritto ad un ricovero nell'ambito delle strutture pubbliche.

SANITÀ PRIVATA

Cresce ancora l'ospedalità privata accreditata

Il panorama sanitario nazionale è in continua evoluzione come dimostrano anche gli ultimi dati pubblicati

- Aumento del peso medio dei Drg
- Significativo incremento dei ricoveri

Parallelamente si registra una diminuzione dei ricoveri negli ospedali pubblici di oltre 210mila casi che

loro complesso (privato+pubblico) diminuiscono lievemente, mentre si incrementano anche in questa tipologia i day hospital che spostano significativamente la ripartizione percentuale tra pubblico e privato. Infatti in quest'ultimo nel settore privato si osserva un incremento dal 40,7 al 44,2 %, mentre nel settore pubblico dal 59,3 si passa al 55,8 %.

Tipo di Ricovero	Ospedalità Privata			Ospedalità Pubblica		
	1995	1999	2000	1995	1999	2000
acuti	790.987	1.186.936	1.310.330	6.748.394	8.363.885	7.989.373
d/h	19.239	114.879	163.554	1.035.834	2.343.330	2.510.133
riabilitazione	49.391	102.369	106.508	71.700	125.120	114.293
riabilit/dh		9.067	12.691		37.563	35.994
lungodegenza	10.107	40.419	29.549	20.757	40.958	44.689
Totale ricoveri	869.724	1.453.670	1.622.632	7.876.685	10.910.856	10.694.482
%	9,9	11,8	13,2	90,1	88,2	86,8
gg degenza		14.515.264	13.318.530		71.195.988	68.999.409

Nel totale dimessi non sono compresi i neonati

fonte: Ministero della Salute

	Ospedalità Privata		Ospedalità Pubblica	
	1999	2000	1999	2000
Acuti/day hosp.	1.301.815	1.473.884	10.707.215	10.499.506
%	10,8	12,3	89,2	87,7
Riabil/day hosp.	111.436	119.199	162.683	150.287
%	40,7	44,2	59,3	55,8
Lungodegenza	40419	29549	40958	44689
%	49,7	39,8	50,3	60,2

dal Ministero della Salute relativi all'anno 2000.

È una evoluzione che sostanzialmente si caratterizza per alcuni aspetti:

- Diminuzione globale dei ricoveri per acuti in regime ordinario
- Incremento dei ricoveri in regime di day hospital
- Marcata riduzione delle giornate di

nell'ospedalità privata e parallela diminuzione nell'ospedalità pubblica.

Ed è soprattutto quest'ultimo l'aspetto che più ci interessa.

1. Innanzitutto l'incremento di circa 200mila ricoveri nel settore privato, pari a un punto e mezzo percentuale, vale a dire oltre un milione e seicentomila pazienti (13,2 %).

porta il totale dei ricoveri nel settore a 10milioni e 968mila. In pratica, mentre l'ospedalità privata passa nel quinquennio 1995/2000 dal 9,9 al 13,2 %, il pubblico arretra dal 90,1 al 86,8 %.

2. Di estremo interesse si rivela la stratificazione dei dati per tipologia di ricovero. Nel privato si registra un importante aumento dei "ricoveri per acuti", in regime ordinario e day hospital, complessivamente di oltre 170mila, a fronte di una diminuzione di 207.000 nel pubblico. Da sottolineare il significativo incremento dei day hospital in entrambi i settori che testimonia l'evoluzione della medicina ospedaliera che nel suo complesso applica nuovi modelli organizzativi, indipendentemente dallo stato giuridico delle strutture.

3. I ricoveri per "riabilitazione" nel

4. Per quanto riguarda la "lungodegenza" si verifica una diminuzione di 10.870 ricoveri nel privato ed un incremento di 3.700 nel pubblico, imputabile con tutta probabilità alla diversa classificazione di alcuni istituti privati che dalla lungodegenza passano ai ricoveri per acuti. La ripartizione percentuale subisce pertanto una notevole variazione: il privato passa dal 49,7 al 39,7% e parallelamente il pubblico dal 50,3 al 60,2%.

5. Per completare il quadro generale diamo un'occhiata al numero totale degli istituti di cura: dai 1388 (pubblico+privato) del 1999 si scende ai 1322 del 2000. In particolare gli istituti privati restano intorno ai 530, mentre il pubblico da 813 scende a 795, diminuzione spiegabile in parte dalla tendenza agli accorpamenti aziendali di più presidi.

Nel complesso possiamo dire di assistere ad un'ulteriore e progressiva affermazione dell'ospedalità privata la cui quota di "mercato", più che mai prossima al 14,0 %, indica una crescita irreversibile.

Fabio Florianello

MEDICI IN PENSIONE

Per i pensionati una battaglia Anaao vinta e tante da combattere

È stata una battaglia lunga e difficile. Ma l'eliminazione del divieto di cumulo per i pensionati d'anzianità è divenuta, dal 1 gennaio 2003, realtà. Anche se questa liberazione costerà un contributo alle asfittiche casse dello Stato – in tempi di sanatorie e condoni non si poteva ottenere di meglio – chi lo desidererà e non sia in possesso dell'anzianità di 37 anni di contribuzione e 58 anni d'età, potrà essere esonerato da quell'anacronistico e vessatorio divieto di poter cumulare al trattamento previdenziale un reddito da lavoro autonomo o dipendente. L'Anaao Assomed si è battuta in tutte le sedi perché questa condizione restrittiva venisse eliminata. Via via avevamo ottenuto risultati favorevoli. Dapprima l'eliminazione dalle pensioni di vecchiaia del divieto al reddito da lavoro dipendente, poi la assimilazione alla vecchiaia per coloro che, pur non avendo raggiunto il limite di età previsto dagli attuali ordinamenti (60 anni per le donne – 65 anni per gli uomini), potessero vantare almeno 40 anni di contribuzione. In seguito, nella formulazione della legge delega – in discussione in Parlamento – eravamo riusciti a far togliere dall'articolo l'indicazione dell'esclusione dei dipendenti pubblici dalla revisione, ivi prevista, di progressiva eliminazione del divieto di cumulo. Proprio in quella sede – Ministero del Lavoro – anche con l'appoggio della nostra consociata Cida, siamo riusciti a porre il problema dell'esclusione dagli eventuali benefici di coloro che, essendo già andati in pensione, non avrebbero mai potuto raggiungere i requisiti contributivi previsti per l'eliminazione del divieto e quindi sarebbero rimasti soggetti a non poter cumulare i redditi alla loro pensione. La dizione che allora usammo di "riserva indiana" per far rilevare anche fisicamente il problema, ci ha permesso di avere udienza, dapprima con il presidente della Commissione Lavoro della Camera, Benedetto Valentini, che,

sensibile all'argomento, ha presentato emendamenti – in corso di discussione della legge Finanziaria – per escludere il divieto per tutti, in seguito con lo stesso Ministro Maroni e con il suo sottosegretario Alberto Brambilla, a cui dobbiamo riconoscenza per essere stato il primo a comprendere l'incoerenza della norma e a porvi poi i mezzi per la sua eliminazione. È quindi una vittoria dell'Anaao Assomed e del suo costante impegno sulle tematiche previdenziali se oggi possiamo considerare chiusa una vicenda che tanto disappunto ha creato nella categoria. Ma se si è vinta una battaglia il nostro impegno continua. L'Anaao ci dà forza, ma sarebbe utile che tutti i medici pensionati o che si pensioneranno in futuro attivino l'iscrizione alla nostra Associazione per meglio conoscerne i problemi e poter avere sempre maggior voce in capitolo. Infatti ci aspettano ulteriori prove. Nell'immediato si apre di nuovo la discussione sulla riforma previdenziale e noi ci batteremo perché la categoria possa ottenere le migliori condizioni anche per il futuro.

Ma altri aspetti sono nel nostro programma: la perequazione completa dei trattamenti e la loro correlazione agli incrementi contrattuali; l'eliminazione della restrizione dei trattamenti di reversibilità, la definizione concreta delle attività usuranti, una serie di interventi sui criteri delle cause di servizio, l'equo indennizzo e le pensioni privilegiate; e poi tutto il versante previdenziale professionale, l'Enpam, i fondi complementari, la previdenza integrativa. Un lungo elenco che potrà non solo accrescersi con le vostre segnalazioni, ma che potrà trovare le sue favorevoli soluzioni se saremo in tanti e numerosi a rappresentare in tutte le sedi l'Anaao Assomed.

Claudio Testuzza

EGITTO INSOLITO

19-25 OTTOBRE 2003

Egitto insolito: Un'esperienza veramente unica: poter essere testimoni di quella eccezionale opera di salvataggio lanciata dall'Unesco nel 1955, che ha permesso il "trasloco" della maggior parte dei monumenti fuori dalle acque del Nilo. Destinati alla scomparsa con la costruzione della nuova diga, i **TEMPLI NUBIANI** si sono così collocati ancora integri non solo in un altro spazio, ma in un altro tempo, sottratto alla storia ed ai suoi mutamenti, fuori dal corso degli eventi. Per questo, nel silenzioso isolamento dei templi della **BASSA NUBIA**, si avverte una religiosità senza uguali, come se assieme alle pietre si fosse recuperato il senso del mistero che duemila anni fa hanno dato loro vita.

1° giorno: ITALIA/CAIRO

Partenza per il Cairo con voli di linea Alitalia o Egypt Air. All'arrivo trasferimento in hotel cat 5*. Sistemazione nelle camere riservate. Pernottamento.

2° giorno: CAIRO/ASWAN

Trattamento di pensione completa. In mattinata volo per ASWAN. All'arrivo trasferimento e imbarco a bordo della M/N PRINCE ABBAS (5*) o similare. Pomeriggio a disposizione per relax o visite facoltative. Pernottamento a bordo

3° giorno: ASWAN/WADI EL SEBOUA

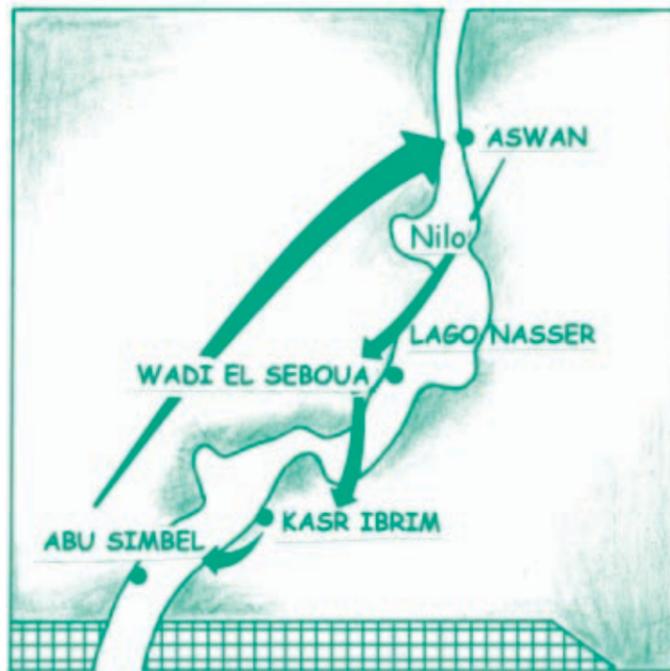
Trattamento di pensione completa. In mattinata visita al Tempio di Kalabsha, al Tempio di Beit El Wali ed al Chiosco di Kertassi, dedicato a I-side. Nel pomeriggio inizio di una distensiva navigazione sul LAGO NASSER verso Wadi El Seboua. Pernottamento a bordo.

4° giorno: WADI EL SEBOUA/KASR IBRIM

Trattamento di pensione completa. In mattinata visita alla zona archeologica di Wadi El Seboua con il Tempio di Amon Ra, il Tempio di Dakka ed il complesso Greco-romano di Meharakka. Proseguimento della navigazione per Amada. Visita di Ed Deir e della Tomba di Penut. Navigazione per Kasr Ibrim. Pernottamento a bordo.

5° giorno: KASR IBRIM/ABU SIMBEL

Trattamento di pensione completa a bordo. In mattinata visita (senza sbarco) alla Cittadella Fortificata medioevale. Navigazione per Abu Simbel e all'arrivo visita al maestoso comples-



so costruito da Ramses II. Tramonto davanti ai Templi. In serata suggestivo spettacolo di "Suoni e Luci" davanti al complesso. Pernottamento a bordo.

6° giorno: ABU SIMBEL/ASWAN

Prima colazione a bordo. In mattinata sbarco e trasferimento ad Aswan. Sistemazione in hotel 5*. Nel pomeriggio visita al nuovo Museo Nubiano di Aswan. Pernottamento in hotel.

7° giorno: ASWAN/CAIRO/ITALIA

Prima colazione in hotel. In mattinata trasferimento in aeroporto e partenza per il Cairo con proseguimento con volo in coincidenza per l'Italia.

QUOTA INDIVIDUALE DI PARTECIPAZIONE DA ROMA
(minimo 30 partecipanti)

• ISCRITTI ANAAO	€ 1.350,00
• ACCOMPAGNATORI	€ 1.450,00
• SUPPL. DA ALTRI AEROPORTI	€ 32,00
• SUPPLEMENTO SINGOLA	€ 390,00
• SUPPLEMENTO JUNIOR SUITE	€ 245,00
• VISTO D'INGRESSO	€ 22,00**
• TASSE AEROPORTUALI (circa)	€ 60,00

** Il passaporto deve avere validità non inferiore ai tre mesi dalla data di partenza, o carta di identità valida per l'espatrio + 2 foto tessera.

La quota base comprende:

- Passaggio aereo con voli di linea da Roma e voli interni Egypt Air in classe economica
- Tutti i trasferimenti con mezzi riservati
- Sistemazione in camere doppie standard in hotel cat. 5 stelle al CAIRO ed ASWAN
- Sistemazione in cabina doppia standard a bordo della motonave PRINCE ABBAS (5 stelle) o similare
- Trattamento di pensione completa a partire dalla prima colazione del 2° giorno alla prima colazione dell'ultimo.
- Visite ed escursioni come da programma, con guida locale parlante italiano
- Ingressi ai siti archeologici e ai musei come da programma
- Facchinaggi negli aeroporti e negli hotel in Egitto
- Assicurazione medico-bagaglio
- 1 accompagnatore dall'Italia (su base minima 30 partecipanti)

La quota base non comprende:

- Tutte le bevande
- Mance ed extra di carattere personale negli hotel, a bordo della nave e nei ristoranti
- Tutto quanto non menzionato alla voce "la quota comprende"
- Assicurazione contro penali annullamento su quota base € 30,00

N.B. Le quote sono calcolate sulla base delle tariffe aeree, dei servizi alberghieri e dei cambi attualmente in vigore; qualora dovessero verificarsi oscillazioni valutarie o modifiche tariffarie le quote saranno adeguate di conseguenza fino a 21 GG ante partenza.

Per maggiori informazioni rivolgersi a Anaa Assomed
telefono 026694767 - fax 0266982507
e-mail: segr.naz.milano@anaao.it

In collaborazione con:
Ermes Viaggi S.A.S. di Stramezzi Carlo
e **Papini Luigi & Co.**

Crociera Nubiana 19-25 ottobre 2003-03-07
Scheda di pre-adesione

Da rendere compilata entro il 30 maggio 2003 a:
ERMES VIAGGI - Co.so Europa 22 - 20122 MILANO
telefono 02782200 - fax 02795433
e-mail: ermes.viaggi@tiscalinet.it

In collaborazione con:
Ermes Viaggi S.A.S. di Stramezzi Carlo
e **Papini Luigi & Co.**

Cognome.....Nome.....

Via.....Cap.....Città.....PR.....

Telefono.....Cellulare.....

Tessera ANAAO CARD n.....

Partenza da Roma Fiumicino

Partenza da altro aeroporto

Indicare il nome della persona con cui dividere la camera.....

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it - www.anaao.it

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Giancarlo Berni,
Alfonso Brescia, Fabio Florianello, Maria Gullo,

Carlo Palermo, Enrico Reginato,
Gianluigi Scaffidi, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti, Giorgio Rufini

Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore
Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299821/2

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Breccie 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di marzo 2003