

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DCB ANCONA

TUTTI A ROMA IL 24 APRILE GRANDE MANIFESTAZIONE UNITARIA

QUESTIONE D'ORGOGGIO

La vertenza per la salute si sta sviluppando con continuità, coerenza e con la doverosa prudenza resa necessaria dalla delicatezza della materia del nostro operare quotidiano che attiene alla salute e alla vita degli individui. Sentiamo crescere il consenso dei colleghi della dirigenza del Ssn e dei medici convenzionati e l'attenzione dei cittadini ai problemi da noi sollevati. Certo è che purtroppo nel nostro Paese, in questi tempi, il diritto alla salute ed il sistema della sua tutela, del suo funzionamento, della sua gestione e delle condizioni di chi vi lavora non sono i soli problemi.

Tutto il sistema economico industriale, il mondo del lavoro e dei modi in cui esso si realizza, il welfare e l'insieme dei diritti dei cittadini sono in grave difficoltà ed evidente declino. Gran parte della società vive una fase di minori certezze e di preoccupazione per il futuro. Gli stessi fondamenti del nostro vivere associato, delle sue regole di confronto e delle possibilità di espressione civile di opinioni e di convinzioni diverse, stanno subendo scossoni non salutari. Anche la Costituzione sta per essere modificata in modo giudicato sbagliato e pericoloso da una parte dei cittadini, che crediamo ampiamente maggioritaria.

Nonostante tutto questo, anzi proprio per questo, noi pensiamo di essere legittimati, non dalla parzialità di una visione da addetti, ma per la convinzione dell'assoluta priorità del tema posto in campo: il diritto alla salute, la sua tutela e le condizioni di chi vi opera, a portare avanti la nostra azione di protesta. Prima di tutto viene la vita. Condizione preliminare a tutti gli altri problemi della convivenza è il possesso della salute. Solo questo rende gli uomini veramente liberi. Noi di questo ci preoccupiamo, questo è il nostro dovere. E in questo ci sono anche i nostri legittimi interessi. Ma il Governo tace, le Regioni si agitano senza nulla concludere. Non si è neppure sentita la necessità di dare vita ad un confronto.

Il giorno 14 aprile daremo vita a 1000 assemblee contemporanee nei luoghi di lavoro, incontreremo i presidenti delle Giunte regionali, i parlamentari eletti in ogni città, i membri dei gruppi parlamentari. Terremo informati stampa e televisione. Il giorno 24 aprile saremo tutti a Roma, nel maggior numero possibile per rendere ancora più esplicita la nostra protesta. Colleghi e amici vi spettiamo tutti: è il momento delle decisioni e della partecipazione. Non possiamo sempre delegare ad altri la testimonianza.

Dobbiamo impegnarci in prima persona. Dobbiamo sfoderare tutto l'orgoglio della nostra passione civile e della nostra difficile professione e agire per difendere quei valori che ne sono il fondamento.

La tutela del Ssn, è questa la parola d'ordine della vertenza salute che impegna tutti i sindacati medici dipendenti, convenzionati e della dirigenza sanitaria e amministrativa.

Dopo lo sciopero nazionale del 9 febbraio, la due giorni di protesta dell'8 e 9 marzo, il fronte sindacale unitario scende di nuovo in sciopero il 16 aprile con la medicina convenzionata e il 24 aprile a Roma con lo stop della dirigenza medica, sanitaria e amministrativa

del Ssn. Sempre il 24 aprile a Roma una grande manifestazione pubblica per le vie della capitale con appuntamento alle ore 10,00 a piazza della Repubblica.

Gli scioperi saranno anticipati da una giornata di mobilitazione, il 14 aprile: 1000 assemblee contemporanee nei luoghi di lavoro, incontri con i presidenti delle Giunte regionali, i parlamentari eletti in ogni città e i membri dei gruppi parlamentari.

LA NOSTRA PROPOSTA PER IL NUOVO ACCORDO DI LAVORO

Contratto: prime ipotesi di piattaforma

Mentre cresce l'iniziativa sindacale per la difesa del Ssn, per scongiurare la devolution e per ottenere adeguati finanziamenti per il sistema, la Commissione contratto dell'Anaao Assomed prosegue in modo proficuo e fortemente partecipato il suo lavoro di approfondimento dei vari aspetti

del Ccnl che in occasione del rinnovo devono essere oggetto di conferma o miglioramento.

Ne scrive Amedeo Bianco, coordinatore della Commissione contratto e responsabile del Centro studi Anaao Assomed.

articolo a pag. 14

Intervista al segretario nazionale Serafino Zucchelli

Uniti si vince!

Il punto sulla vertenza salute e le prospettive di rilancio e riforma del Welfare italiano in una lunga conversazione con Serafino Zucchelli che ha anche ribadito la valenza politica della sua richiesta di dimissioni del ministro della Salute Sirchia. Non ho nulla contro questo ministro. Ritengo però che se volesse essere conseguente alle affermazioni fatte in questi ultimi tempi, in appoggio alla nostra vertenza, contro una devolution estremistica, per un sistema sanitario pubblico, per la fine dell'economicismo in sanità, per una limitazione della logica aziendalistica che pone i pareggi di bilancio al primo posto tra gli obiettivi del sistema, dovrebbe prendere atto che il suo Governo non lo segue e pertanto, con un gesto di altissimo valore politico, trarne le conseguenze e dimettersi con onore, in nome delle cose che lui stesso ha detto e rivendicato come giuste e sacrosante".

pagg. 2-3

LA DEVOLUZIONE PASSA AL SENATO

Con 156 voti a favore e 110 contrari, il Senato ha approvato la riforma costituzionale della Casa delle Libertà.

Il provvedimento dovrà ora affrontare altri tre passaggi parlamentari e probabilmente un referendum confermativo. Un commento di Amedeo Bianco e il parere del costituzionalista Renato Balduzzi

SERVIZIO ALLE PAGINE 4-5

SPECIALE REGIONI

Su questo numero focus su: Toscana e Campania. Intervista all'assessore toscano Rossi e al coordinatore generale campano Cau. Il punto di vista dei segretari regionali Anaao Palermo e Melchionna

SERVIZIO ALLE PAGINE 6-9

SPESA OSPEDALIERA

Il primo studio comparativo sui costi dei Drg nelle 96 aziende ospedaliere italiane. Si passa dai quasi 6.500 euro di un'azienda piemontese ai 2.000 di un'azienda siciliana

SERVIZIO ALLE PAGINE 10-11

INTERVISTA A TUTTO CAMPO CON SERAFINO ZUCHELLI

La nostra battaglia per un nuovo Welfare europeo

A colloquio con il segretario dell'Anaa Assomed. Molti i temi affrontati: dalle finalità della vertenza salute, al "miracolo" del cartello unitario. Ma si è parlato anche di riforma del welfare e di come sia impossibile intervenire sulla sanità o sulle pensioni senza un disegno e una strategia complessivi per il sistema di protezione sociale del Paese

di Cesare Fassari

Serafino Zucchelli mi accoglie con l'abitua cortesia negli uffici romani del sindacato. La Vertenza Salute è entrata nella sua fase più calda. L'appuntamento clou è fissato per il 24 aprile: un altro sciopero nazionale di 24 ore e la grande manifestazione unitaria per le vie di Roma, cui parteciperanno anche i medici convenzionati.

Segretario nazionale dell'Anaa Assomed dal 2000, dopo un decennio a fianco di Enrico Bolero come vice, Zucchelli ereditava un sindacato forte, ma apparentemente stanco. Quasi seduto sugli allori di un primato categoriale raggiunto da una generazione di ex quarantenni titolari di parole d'ordine come ruolo unico, dirigenza, area medica, che avevano costituito la spina dorsale di tutta l'iniziativa degli ospedalieri italiani nell'ultimo ventennio.

In questo contesto, prima con una coraggiosa campagna interna di tesseramento che ha invertito decisamente la china discendente degli ultimi tempi, poi con prese di posizione sempre più nette contro la politica sanitaria del Governo e contro i tentativi di tornare indietro sull'esclusività e, infine, con il capolavoro della costruzione di un fronte sindacale mai così vasto e compatto, che spazia dall'Ugl alla Cgil passando per tutte le sigle riottose e gelose della propria identità del sindacalismo autonomo, ecco che la "vecchia" Anaa risorge, in una sorta di seconda giovinezza, ponendosi alla testa di un cartello sindacale che da quattro mesi ha inchiodato Governo, Regioni e Amministrazioni sanitarie locali con una vertenza ambiziosa e di portata assolutamente extra contrattuale.

Nasce così la Vertenza Salute, dove le parole d'ordine non sono concentrate su richieste più o meno forti di rinnovo contrattuale o di valorizzazione professionale, ma spingono decisamente su slogan che vanno dalla "difesa del diritto alla salute" fino al "no, senza se e senza ma, alla devolution".

Allora dottor Zucchelli, è contento di questo capolavoro?

Certamente. Solo pochi mesi fa, in pochi avrebbero scommesso sulla tenuta del cartello e soprattutto sulla risposta incredibile che abbiamo avuto dalle diverse categorie interessate. Negli

scioperi fin qui effettuati l'adesione di medici, veterinari, biologi, amministrativi del Ssn è stata ovunque vicino al 90%. Se pensiamo che in testa alle nostre rivendicazioni non vi sono richieste economiche o di carriera ma la difesa del servizio sanitario pubblico, la necessità di finanziamenti adeguati per i servizi e lo stop al tentativo di una piccola parte politica di egemonizzare la Costituzione repubblicana con un'operazione delirante di frammentazione dei poteri su questioni fondanti come la salute, l'ordine pubblico e la scuola, si capisce che siamo dinanzi a una protesta di alto valore politico e sociale. Il fatto che tutto ciò nasca da categorie professionali del comparto sanità non è tuttavia casuale. La sanità è infatti il perno centrale dell'intero sistema di welfare del Paese. Se crolla, crollerà tutto il modello di protezione sociale costruito con fatica e passione civile nel Continente dopo la seconda guerra mondiale.

Eppure questo sistema non regge più. Ormai, tranne pochi conservatori estremi, è convinzione comune che il welfare degli anni Sessanta/Settanta non sia più in grado di sopportare i cambiamenti sociali, industriali e demografici che hanno investito tutti i Paesi sviluppati.

È vero. Ma il punto è che, anziché partire da una coraggiosa operazione riformatrice dell'intero impianto di sicurezza sociale abbracciando pensioni, assistenza, ammortizzatori sociali e sanità, si sta procedendo con colpi d'accetta a troncare singoli diritti e singole travi del welfare, senza frapporre alcun modello alternativo se non quello del "fai da te" individualista che non appartiene alla nostra storia.

Per questo pensiamo che si debba partire da obiettivi chiari e complessivi di protezione sociale avendo la capacità di una visione innovativa di ciò che riteniamo possibile e opportuno garantire per i prossimi decenni sul piano pensionistico, su quello assistenziale, sul terreno dei sostegni all'occupazione/disoccupazione e su quello della tutela della salute.

In questo quadro mi sembra evidente che occorra innanzitutto riequilibrare i "pesi" interni al sistema, valorizzando gli ammortizzatori sociali come partita specifica e con una propria di-

gnità, facendo finalmente partire un sistema di assistenza degno di questo nome e in grado di supportare le famiglie e gli individui nelle difficoltà oggettive della vecchiaia delle altre realtà di disagio sociale, collegando più direttamente il peso delle pensioni alle effettive necessità dell'anziano e in questo senso valutando quanto sia più importante una completa e certa tutela sanitaria, rispetto a qualche euro in più o in meno di pensione al mese.

Il problema, tuttavia, non è circoscrittibile a una partita interna al sistema. Le risorse sono comunque insufficienti, tant'è che le ricette dei Poli si dividono proprio su come tappare i buchi. L'Ulivo propone di dare più risorse al welfare anche con nuove tasse, la Casa delle Libertà sembra scegliere il modello americano di meno tasse e più responsabilità individuale per pensioni e sanità.

Andiamo con ordine. Complessivamente l'Italia spende per il welfare come gli altri grandi Paesi europei. La forbice sui conti si sta tuttavia aprendo soprattutto a seguito dell'inversione demografica degli ultimi anni. Per la sanità questo vuol dire più bisogni e differenti richieste. Per questo una prima soluzione potrebbe essere individuata in una tassa di scopo per la non autosufficienza. Nello stesso tempo, sempre in sanità, abbiamo l'anomalia di una spesa privata delle famiglie di oltre 50 mila miliardi delle vecchie lire l'anno. Se riuscissimo, e si può fare, a canalizzare anche parte di questa spesa verso fondi sanitari integrativi a carattere pubblico, potremmo sanare molte situazioni deficitarie e nello stesso tempo ampliare lo spettro di offerta del sistema sanitario pubblico. Per le pensioni penso che si debba arrivare presto ad un prolungamento dell'età lavorativa. Non vi trovo nulla di criminale, anzi, mi sembra una risposta ovvia e sensata a fronte della nuova realtà demografica italiana. Non v'è dubbio poi che occorra dotare il Paese di un sistema efficace di ammortizzatori sociali in grado di supportare realmente le aree di disoccupazione, ancora molto importanti soprattutto al sud.

Paradossalmente la sanità potrebbe anche cavarsela, con tassa di scopo e fondi integrativi, ma è indubbio che se vogliamo ragionare in

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@anaa.it - www.anaa.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, Amedeo Bianco,

**Paola Carnevale, Lucia Conti, Flavia Durbal,
Antonello Maruotti, Emanuela Pieroni,
Stefano Simoni, Federico Spandonaro**

Coordinamento editoriale:
Cesare Fassari

Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti (art director),
Daniele Lucia

Editore
Italprom 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 Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di marzo 2004

un'ottica di sistema, serviranno comunque più risorse a meno di non scegliere la via americana, che personalmente giudico assolutamente lontana da ciò che vogliono gli italiani.

Per questo penso sia serio e onesto, da parte di chi vuole un nuovo welfare, dire con chiarezza che per finanziarlo e sostenerlo bisognerà dare di più, ciascuno secondo le proprie possibilità ma nella convinzione che è questo il sistema che vogliamo.

Crede veramente che gli italiani sarebbero disposti a pagare di più per pensioni e sanità?

Lo credo e non per un atto di fede. Lo confermano ripetute indagini, che stanno evidenziando la consistenza di una domanda forte di coesione sociale e di sicurezza sui portanti di una società moderna. Per questi portanti - sanità, scuola, pensioni, tutele del lavoro - gli italiani vogliono che sia mantenuta una sostanziale "proprietà" pubblica sui finanziamenti, sull'organizzazione e sulle garanzie di sistema. Ed è anche a partire da questa volontà che si è avviata la nostra vertenza. Una vertenza che pone al primo posto la difesa di un diritto costituzionale e la difesa dell'unità nazionale quale massima garanzia che tale diritto, quello alla tutela della salute, sia salvaguardato in tutta la penisola allo stesso modo.

Per questo la nostra protesta, che ha provocato e provocherà inevitabili, anche se contenuti, disagi ai cittadini ha il grande appoggio degli italiani. Questi hanno capito che dietro gli scioperi dei "dottori" non vi sono questioni di soldi ma la stessa sopravvivenza di un servizio sanitario pubblico, equo, solidale e universale da Milano a Palermo.

Eppure diversi osservatori, non ultimo Giovanni Floris di "Ballarò", che l'ha ospitata in una recente puntata, si chiedono se, nel caso doveste ottenere ciò che chiedete per contratti e convenzioni, non fermereste la protesta.

La domanda è legittima. Altrettanto legittimo è però rispondere che è una domanda senza senso. Mi spiego. Se ottenessimo quanto chiediamo sui contratti e cioè il giusto adeguamento all'inflazione reale, vale a dire un 5,6% più un altro 1,8% di differenziale nel primo biennio, il tutto preceduto da una profonda modifica dell'atto d'indirizzo, ciò vorrebbe dire che Governo e Regioni avrebbero trovato in primo luogo un accordo sulla necessità di dare di più al sistema sanitario nel suo complesso - perché i nostri stipendi sono "parte" del sistema e non un accessorio esterno - con tutto quello che ne consegue.

Vi sono poi richieste specifiche nella nostra vertenza, dal no alla devolution, alla soluzione per gli specializzandi, fino ad un nuovo sistema di governo nelle asl e negli ospedali che limiti i poteri dei direttori generali, sulle quali un eventuale accordo sul contratto non potrà avere di per sé alcuna valenza risolutiva. Lo stesso dicasi per la stessa partita finanziaria. Quando chiediamo di più chiediamo anche un pieno riconoscimento del fabbisogno e conseguentemente un Fondo sanitario nazionale - che, tra parentesi, occorre ristabilire nella sua natura di capitolo di bilancio dello Stato in stretta relazione con i Lea - in grado di garantire realmente i livelli di assistenza che altrimenti rischiano di restare uno sterile riferimento teorico.

Quindi, come ho già detto ad altri suoi colleghi giornalisti, la nostra vertenza andrà avanti anche se le trattative per contratto e convenzioni dovessero, come del resto auspichiamo, prendere un indirizzo positivo.

Detto ciò non possiamo non registrare che alla vigilia della manifestazione del 24 aprile, qualcosa si sta muovendo nella Maggioranza. Le no-

stre tesi e soprattutto la forza e la coesione dimostrata in questi primi mesi di vertenza mi sembra stiano cominciando a dare dei frutti. Vedremo.

Bene. Passiamo ad altro. Ha appena ricordato le vostre richieste per una limitazione dei poteri del Dg. In proposito perché non avete appoggiato il ddl del ministro Sirchia sul Governo clinico?

Le nostre perplessità su quella proposta riguardano le soluzioni al problema, non gli obiettivi, che condividiamo.

Il ministro ha giustamente interpretato, ritengo anche grazie alla sua esperienza personale di medico del Ssn, il disagio dei medici e la loro mortificazione di fronte a scelte assolutistiche spesso non dettate da necessità oggettive ma da indirizzi politici unidirezionali.

Purtroppo l'ipotesi di Sirchia, non me ne voglia il ministro, è quella di un "super Pippo" clinico che dovrebbe, da solo, rappresentare il governo clinico dell'azienda.

Il governo clinico è ben altro che un coordinatore clinico. Il governo clinico è un metodo di gestione.

E cioè?

Bisogna partire dalla necessità di istituire un nuovo organo che affianchi il direttore generale. Non penso a un consiglio d'amministrazione ma ad un organo di controllo e di indirizzo che abbia un rapporto strutturale e costante con la direzione dell'azienda e che operi secondo parametri e indicatori di riferimento innovativi, da individuare e condividere con l'azienda nell'ambito della programmazione regionale e locale. In questo organismo dovranno essere debitamente rappresentati gli enti locali e gli stessi cittadini, nonché rappresentanti regionali quali "testimoni" in loco della politica regionale troppo spesso "lontana" dalle singole realtà locali periferiche.

E il governo clinico?

Ci arriviamo. Il governo clinico, come dicevo, non può ridursi a un nuovo organo monocratico, deve permeare, come metodo di condivisione delle scelte, tutti gli ambiti dell'azienda. A partire dalle nomine interne per apicali e capi dipartimento, fino al collegio di direzione e per le quali occorre effettuare selezioni dal basso coinvolgendo tutti gli operatori nell'indicazione dei colleghi da chiamare a incarichi di coordinamento e responsabilità superiori. In altri termini, il governo clinico non è un assioma ma una vera e propria metodologia democratica e partecipativa delle scelte e dato che le scelte sono compiute da uomini e donne, quegli uomini e quelle donne devono essere a loro volta scelti in base a un trasparente gradimento della struttura nel suo insieme. Da me, a Modena, funziona. Io stesso sono stato scelto a Capo del dipartimento attraverso una selezione dal basso, fatta dai miei colleghi e verso i quali oggi mi sento per questo doppiamente responsabile.

È sempre dell'idea che Sirchia debba dimettersi?

Sì e anche se forse è impossibile, vorrei che tale mia affermazione fosse colta nello spirito giusto.

E qual è?

Non ho nulla contro questo ministro. Ritengo però che se volesse essere conseguente alle affermazioni fatte in questi ultimi tempi, in appoggio alla nostra vertenza, contro una devoluzione estremistica, per un sistema sanitario pubblico, per la fine dell'economicismo in sanità, per una limitazione della logica aziendalistica che pone i pareggi di bilancio al primo posto tra gli obiettivi del sistema, dovrebbe prendere at-

to che il suo Governo non lo segue e pertanto, con un gesto di altissimo valore politico, trarne le conseguenze e dimettersi con onore, in nome delle cose che lui stesso ha detto e rivendicato come giuste e sacrosante.

Ancora tre questioni. Liste di attesa, medicina territoriale e futuro della Fnomceo. Iniziamo dalle liste d'attesa. Tempo fa mi disse che la colpa non andava cercata nella scarsità dell'offerta, quanto su una domanda impropria e mal gestita. Conferma?

Sì per la situazione nel centro nord, dove serve razionalizzare una domanda spesso indotta in modo sbagliato e dove è necessario far capire alla popolazione la differenza tra urgenza e necessità. Un esame urgente va fatto subito, uno screening periodico va incanalato nella giusta programmazione temporale.

Al sud dobbiamo invece riconoscere che c'è un'oggettiva carenza strutturale che richiede un vero e proprio piano straordinario di investimenti per quell'area del Paese. Da soli non ce la possono fare, questo dobbiamo capirlo tutti.

E l'intramoenia non ha colpe?

Ce le ha laddove qualcuno fa speculazioni illegali e come tali da perseguire senza incertezza da parte delle autorità competenti e dalla magistratura.

Laddove è ben regolata, svolta in spazi autonomi e separati con proprie risorse strutturali che non vanno mai a intaccare la capacità d'offerta in regime ordinario, l'intramoenia rappresenta al contrario una seria e valida opzione per l'assistito, svolta con quelle garanzie di qualità che solo il pubblico può dare in ogni situazione.

Passiamo alla medicina territoriale. Sono anni che si parla di chiudere ospedali piccoli e inutili e favorire la crescita di strutture e presidi territoriali. Siete d'accordo o in realtà la categoria degli ospedalieri rema contro?

Sono d'accordo. Il punto è che prima di chiudere occorre aprire. Dove si è provveduto a costruire i nuovi presidi territoriali prima di chiudere l'ospedale di "quartiere" o di "comunità", non v'è stata alcuna sollevazione né da parte dei medici né da parte dei cittadini. E' chiaro che se chiudiamo l'ospedale di un piccolo centro e al suo posto offriamo solo promesse sulla prossima istituzione di un servizio, le rivolte sono inevitabili.

Chiudiamo con la Fnomceo. È finita la guerra dopo la sconfitta della lista Bianco?

Bisogna meglio precisare. La lista Bianco ha vinto le elezioni tra i medici. È vero però che gli assetti della Fnomceo sono stati definiti in maniera diversa per la scelta degli odontoiatri di allearsi con la parte perdente dei medici. La Fnomceo di questa legislatura appare scialba, piatta, senza anima. Non serve ai medici né ai cittadini.

Purtroppo si è persa un'occasione importante. Non siamo stati capaci di tesaurizzare anni di impegno per quel salto di qualità nel ruolo della Federazione degli Ordini che invece la medicina di oggi richiede per stare al passo con le grandi evoluzioni scientifiche, sociali ed economiche del nostro Paese.

Fuori sacco. Ha mai pensato di entrare in politica?

La politica mi piace. Ho sempre pensato che valesse la pena fare politica, impegnarsi, partecipare... Ma poi la vita prende altre strade. In realtà già faccio politica, nel senso vasto del termine. Questa nostra vertenza salute è un atto politico, che vale forse molto di più di un seggio in Parlamento. E poi...vedremo, ci penserò da grande!

LA POSIZIONE DELL'ANAAO SUGLI ORIZZONTI DELLA DEVOLUZIONE SANITARIA

Una modernizzazione che guarda indietro

di Amedeo Bianco*

Con un voto a maggioranza (156 voti a favore e 110 contrari) il Senato ha approvato, in prima lettura, il ddl n. 2544 di modifica al Titolo V della parte seconda della Costituzione. Sono complessivamente 35 gli articoli costituzionali modificati in un progetto di revisione che accanto alla già nota devoluzione alle Regioni dei poteri esclusivi in materia di assistenza ed organizzazione sanitaria, organizzazione scolastica e polizia locale, prevede una radicale modifica della composizione e poteri della Camera dei Deputati (con compiti di legislazione nazionale) e del Senato (ad elezione regionale con compiti di vigilanza ed armonizzazione delle legislazioni Regionali); nuovi poteri del Primo Ministro che "determina" il governo nazionale e può promuovere lo scioglimento delle Camere; un diverso (ridotto) ruolo e potere della Presidenza della Repubblica quale arbitro e custode degli snodi costituzionali critici; una nuova composizione e un diminuito potere della Corte Costituzionale nei possibili conflitti tra Stato e Regioni, competenze di fatto trasferite al Senato federale.

Questo voto del Senato che la cronaca parlamentare ci dice consumato tra le perplessità del presidente Pera, l'abbandono dell'aula da parte dell'opposizione e l'esultanza della maggioranza con qualche autorevole distinguo (il senatore Fisichella, uno dei padri nobili di Alleanza Nazionale) segna in realtà solo la prima tappa di un cammino legislativo ancora lungo che prevede una doppia lettura delle Camere e, stante questa opposizione parlamentare, un referendum confermativo.

Siamo dunque dinanzi ad un progetto di revisione costituzionale, sostanzioso e sostanziale che, nell'intenzione dei promotori, intende modernizzare i luoghi, le regole e i poteri delle rappresentanze democratiche per conseguire una forma di Stato più vicina al cittadino (sussidiarietà verticale), più rispondente ai suoi bisogni reclutando risorse sociali locali (sussidiarietà orizzontale), più efficace nel tutelare i suoi diritti e le sue libertà, più efficiente nell'utilizzo delle risorse comuni derivanti da un sistema di prelievo fiscale per il quale è prevista una significativa riduzione delle aliquote.

Al momento, rispetto al fascino evocativo e alle suggestioni di questo disegno riformatore, la valutazione su alcune sue parti investe scelte di valori e visioni della democrazia rappresentativa che attengono a legittime opzioni politiche sulle quali è giusto sollecitare ulteriori riflessioni e pronunciamenti.

Su altre parti, meglio note come devolution, la valutazione può avvalersi di numerose e consolidate evidenze, determinate dall'applicazione della più timida riforma federalista dell'Ulivo e dalla sostanziale evanescenza del cosiddetto federalismo fiscale nel garantire congruità ed equità di finanziamento alle funzioni affidate alle Regioni.

Più volte ed in più occasioni abbiamo espresso il nostro motivato e responsabile dissenso verso questo progetto di devoluzione sanitaria che giudichiamo ideologico e confuso sul piano giuridico, proprio a partire dalla sua telegrafica e novellata normazione costituzionale (art. 117, comma 4: "Spetta alle Regioni la potestà legislativa nelle seguenti materie: a) assistenza ed organizzazione sanitaria (...)"). Sorgono spontanee alcune inquietanti domande ad esempio se, fermo restando l'obbligo di garantire i Lea, le Regioni possono non solo scegliere gli erogatori delle prestazioni come già avviene ricorrendo al privato, ma modificare in parte o in tutto la natura giuridica di quelli esistenti privatizzando il pubblico e cioè le aziende sanitarie, smantellando status giuridici e contrattuali del personale o prevedendo diverse (e non ulte-

riori!) forme di finanziamento dei servizi rispetto a quelle della fiscalità generale.

Segnali in questa direzione già arrivano inequivocabili da alcune Regioni che, per far fronte ai crescenti disavanzi finanziari, prefigurano la cartolarizzazione delle mura degli ospedali e degli ambulatori o avviano progetti di affidamento di interi processi di diagnosi e cura a privati esterni sperimentando forme estreme e discutibili di outsourcing.

Le ultime riflessioni ci conducono ad un successivo ordine di evidenze: questa devoluzione non è accompagnato da un progetto organico in grado di garantire congruità di risorse ed equità distributiva tra le Regioni in grado cioè di correggere le pesanti differenze di capacità impositiva e di spesa in ragione di diverse capacità produttive.

Il recente Rapporto Ceis "Sanità 2003" (Centro di Studi Internazionali sull'Economia e lo Sviluppo, Università degli Studi di Tor Vergata) indica una evoluzione della spesa sanitaria pubblica che "in assenza di correzioni (...) genera nella migliore delle ipotesi un disavanzo di circa 6 miliardi di Euro già nel 2004". Questo disavanzo corrente va ad aggiungersi a quello cumulativo degli anni passati che solo nel triennio 2001-2003 è stimato in 10,5 miliardi di Euro.

La citata differenza di ricchezza regionale è stata almeno fino ad oggi compensata da politiche distributive delle risorse derivanti dalla fiscalità generale spiccatamente perequative che il Rapporto Ceis così rappresenta. "a fronte di una quota di Pil assorbito dalla sanità (finanziamento pubblico n.d.r.) pari al 6,2% a livello nazionale, il Nord-Ovest ha servizi pari al 5,2% del proprio Pil, il Meridione è all'8,7%, mentre il Nord-Est (5,4%) ed il Centro (6%) sono in posizione intermedia".

Il Rapporto Oasi 2003 sull'Aziendalizzazione della Sanità in Italia (Osservatorio sulla Funzionalità delle Aziende Sanitarie, Università Commerciale Bocconi), rende ancora più evidente il fenomeno di indebitamento delle Regioni rapportandolo al singolo cittadino così che il debito cumulativo nel quadriennio 1998-2002 di quello piemontese ammonta a 361 Euro, del lombardo a 234 Euro, del veneto 364 Euro, del ligure a 248 Euro, dell'emiliano-romagnolo a 193 Euro, del laziale a 734 Euro, del campano a 545 Euro, del calabrese a 441 Euro, del sardo a 440 Euro, con una media nazionale pari a 341 Euro.

Particolarmente interessante al riguardo appare il Rapporto annuale sull'attuazione del Federalismo, pubblicato nel febbraio 2004 dall'Istituto di Studi e Analisi Economica (Isae), nei capitoli che affrontano lo stato dell'arte in materia di federalismo fiscale in ragione del finanziamento del federalismo sanitario. Il giudizio è severo per il presente e preoccupato per il futuro perché dopo aver denunciato la perversa via crucis della sottostima dei fabbisogni regionali in via preventiva e dei ripiani ex post che costringono le Regioni ad onerose esposizioni bancarie per reggere i ritmi di spesa corrente, critica già sollevata dalla Corte dei Conti, così conclude: "I fabbisogni da finanziare negli anni futuri - soprattutto in alcune Regioni - appaiono tali da far rinviare l'approdo ad un primo embrione di federalismo fiscale quale quello prefigurato dal Dlgs 56/2000 (...). Si tratta di indicazioni - è difficile negarlo - che inducono a una certa preoccupazione nel momento in cui ci si dovrebbe avviare ad attribuire funzioni pubbliche nell'insieme significativamente più ampie di quella sanitaria, con meccanismi di autofinanziamento forse ancora più severi di quelli del Dlgs 56/2000" (n.d.r.: Il decreto in questione prevede

l'abolizione dal 2001 dei trasferimenti erariali alle Regioni e la loro sostituzione con aumenti dell'addizionale regionale Irpef e dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina e al gettito Iva, nonché la costituzione di un fondo perequativo nazionale alimentato da parte del gettito della compartecipazione Iva).

Tali conclusioni furono anticipate da uno studio che nell'ottobre 2002 la Fondazione Censis pubblicò in merito a "Le responsabilità del federalismo fiscale: la possibilità di far fronte alle esigenze di finanziamento attraverso un ricorso massiccio all'entrate proprie degli Enti territoriali (Regioni, Province, Comuni) è fortemente limitata (...) dalla estrema variabilità delle basi imponibili. L'incremento della quota Irpef a favore delle regioni necessario per finanziare questi Enti attualmente a carico dei trasferimenti erariali sarebbe molto diversa tra il Nord ed il Sud del paese l'aumento dell'aliquota sarebbe inferiore all'1% in Lombardia, tra il 3% e il 5% in Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Lazio con una punta del 24% per la Calabria. Se anche parte di queste differenze venissero compensate da trasferimenti perequativi dallo stato centrale, il divario tra le aliquote rimarrebbe comunque tale da non garantire la sostenibilità sociale, prima che ancora finanziaria, del nuovo sistema decentrato".

Lo studio del Censis impietosamente concludeva che "Oltre alla quantità dei beni e servizi erogati dalle amministrazioni territoriali, la mancanza di risorse sufficienti a finanziare i programmi di spesa può avere effetti negativi sulla qualità dei servizi offerti, tipicamente per le Regioni le prestazioni sanitarie".

Su queste basi e su molteplici altre è fondato il nostro severo giudizio negativo sul progetto di devoluzione approvato dal Senato e in tali contesti appaiono come impudiche foglie di fico le sventolate garanzie dei Lea nella versione votata delle modifiche costituzionali, a formula "dell'interesse nazionale".

Questa presunta modernità, questo riformismo innovatore appare sempre più come un tentativo serio e coerente di lenta dissipazione di quel patrimonio di solidarietà, equità ed universalismo che caratterizza i grandi sistemi democratici di garanzia dei diritti di cittadinanza, dalla tutela della salute, all'istruzione, alla sicurezza individuale e collettiva, cioè di quelle aree di socialità che danno identità civile, etica e giuridica ad un paese geografico facendone una Nazione che su queste basi può scegliere la sua forma di Stato, niente affatto esclusa quella Federale.

Il Federalismo confuso ed affrettato dell'Ulivo viene così travolto dal progetto devolutivo della Casa delle Libertà, se il primo faticosamente cercava una difficile quadratura per conciliare solidarietà ed equità con le diversità socioeconomiche, il secondo ha baldanzosamente saltato il fosso avviandosi su una strada che, forse premiando qualche realtà già forte, obbliga a politiche sanitarie (e non solo) regressive e restrittive quelle realtà già deboli.

Si profila un orizzonte civile meno equo e meno solidale; una frammentazione della tutela determinato da molteplici e differenti sistemi sanitari Regionali che non fanno e non potranno fare un Servizio sanitario nazionale, dilatando e non restringendo le aree di disuguaglianza, di differente accesso ai diritti costituzionalmente sanciti già oggi presenti e di certo non risolti da queste soluzioni.

Anche questo dissenso i Dirigenti Medici del Ssn testimonieranno nella manifestazione nazionale del 24 aprile a Roma.

*Responsabile Nazionale Centro Studi Anaa Assomed

IL PARERE DEL COSTITUZIONALISTA RENATO BALDUZZI SULLA RIFORMA COSTITUZIONALE VOTATA DAL SENATO

Devoluzione: l'ultimo passo sarà il referendum

La riforma investe la sanità soprattutto per le modifiche all'articolo 117 della Costituzione, con le quali si assegna potestà legislativa esclusiva alle Regioni in materia di assistenza e organizzazione sanitaria. Creando così un inestricabile intreccio di competenze tra Stato e Regioni

di Eva Antoniotti

Se la Costituzione è la madre di tutte le leggi, modificarla significa rappresentare o imporre un cambiamento profondo degli assetti legislativi del Paese. È per questo che la stessa Costituzione prevede alcune norme di garanzia che rendono particolarmente complesso l'iter di approvazione delle modifiche: doppia deliberazione in ciascuno dei due rami del Parlamento, con testo assolutamente immutato. Se nella seconda votazione, sia alla Camera che al Senato, la legge ottiene due terzi dei voti a favore si considera approvata definitivamente, mentre se ottiene solo la maggioranza assoluta è approvata ma resta come "sospesa" per tre mesi, nel corso dei quali non viene promulgata. In questo periodo, infatti, può essere avanzata la richiesta di un referendum confermativo da parte di 500mila elettori, oppure di cinque consigli regionali oppure di un quinto dei membri di una delle due assemblee parlamentari.

Per capire meglio la portata di questa riforma e quali sono le prospettive del suo iter abbiamo rivolto qualche domanda a Renato Balduzzi, docente di diritto costituzionale all'Università di Genova.

Professor Balduzzi, la legge di riforma costituzionale che ha ricevuto il primo sì al Senato lo scorso 24 marzo sarà sottoposta al voto referendario?

Quasi sicuramente, a meno che non vi siano cambiamenti nelle posizioni di settori della maggioranza, ipotesi che però non mi pare molto realistica. L'opposizione ha già annunciato l'intenzione di chiedere il referendum, e ha i numeri per farlo, ma potrebbe chiedere il referendum anche la stessa maggioranza, come avvenne per la riforma del Titolo V nella scorsa legislatura, ovviamente con i ruoli rovesciati.

E cosa potrebbe succedere in ambito sanitario se venisse approvata la riforma costituzionale voluta dal Governo?

Per la sanità, la modifica più importante è quella che tocca l'articolo 117 della Costituzione, assegnando potestà legislativa esclusiva alle Regioni in alcune materie, tra cui appunto l'assistenza e l'organizzazione sanitaria. Quando si parla di "competenza esclusiva" ciò vuol dire che si esclude che su quella materia vi sia qualcun altro che possa disciplinare e, quindi, questa riforma creerebbe tre ordini di problemi in merito al significato del Servizio sanitario nazionale, all'interpretazione dei Livelli essenziali di assistenza e, nel complesso, a un quasi inestricabile intreccio di competenze tra Stato e Regioni.

Ci spieghi meglio i problemi che toccano proprio lo stesso Ssn.

In sintesi: potrà una Regione, facendo leva sulla sua competenza, fuoriuscire dai principi di

sistema del Ssn? La domanda, dal momento in cui una Regione si trovi ad avere competenza esclusiva in materia di assistenza sanitaria, è legittima e crea forti perplessità. Che ne facciamo a questo punto del Ssn, che non è solo la sommatoria dei diversi sistemi sanitari regionali ma è qualcosa che li lega assieme?

Passiamo alla seconda questione, quella legata ai Lea.

La lettera "m" del secondo comma dell'articolo 117 non viene toccata dalla riforma costituzionale e dunque si potrebbe dire che su questi rimane la competenza esclusiva statale. Questo però non elimina il problema: infatti, se le Regioni hanno competenza esclusiva in materia di assistenza sanitaria, in essa sono per forza compresi i Lea. Ciò significa che ogni Regione, forte della propria competenza esclusiva, si potrebbe sentire legittimata a interpretare i Lea, ad esempio intendendoli non come essenziali ma come minimi.

Infine c'è il problema dell'intreccio delle competenze tra i diversi livelli istituzionali.

Ove fosse approvata questa legge di riforma costituzionale, la lettera "m" sui Lea resterebbe

nella competenza esclusiva statale, mentre la tutela della salute ricadrebbe nella competenza concorrente, ovvero con i principi fondamentali allo Stato e la legislazione di dettaglio alle Regioni, e infine l'assistenza e l'organizzazione sanitaria sarebbero nella competenza esclusiva delle Regioni. Questo intreccio di competenze infittirà ancora di più il contenzioso, tra Stato e Regioni.

Questo contenzioso è già molto ampio oggi, con centinaia di ricorsi presso la Corte Costituzionale, e alcuni rappresentanti della maggioranza hanno difeso la proposta di riforma proprio sostenendo che contribuirà a chiarire le competenze.

È esattamente il contrario. Oggi il contenzioso tra Stato e Regioni è in qualche modo fisiologico, visto che si tratta di stabilire caso per caso ciò che è principio generale e ciò che non lo è. Domani il contenzioso potrebbe diventare patologico e più difficilmente risolvibile, perché sarà complesso per il giudice costituzionale stabilire sotto quale competenza ricade l'elemento in esame, proprio per quella sovrapposizione di competenze cui accennavo prima.

Il voto del Senato e i commenti delle Regioni

La devolution vince al Senato con 156 sì, 110 no e un astenuto. Queste le votazioni con cui l'Aula di Palazzo Madama ha dato il via libera, lo scorso 25 marzo, al disegno di legge di riforma della Costituzione, che ora passa al giudizio della Camera. Alle Regioni, quindi, potrebbero essere presto affidate tutte le competenze in materia di sanità, organizzazione scolastica e polizia locale.

Tra i primi commenti, quello di **Marida Bolognesi**, membro della commissione Affari Sociali della Camera, secondo la quale con la devolution "le persone potranno solo sperare di abitare in una Regione dall'assistenza medico-ospedaliera efficiente". Ma l'assessore alla Sanità del Veneto e coordinatore degli assessori alla Sanità delle Regioni **Fabio Gava** abbassa i toni, affermando che "si tratta di una specificazione rispetto a quanto già oggi è assegnato alle Regioni dalla riforma del Titolo V".

Ecco alcuni dei punti in cui, se la riforma verrà approvata, la Costituzione dovrebbe cambiare. Nascerà il Senato federale, diminuiranno i membri di questo ramo del Parlamento e della Camera, cambieranno le competenze di entrambe le assemblee. Il presidente della Repubblica perderà il potere di autorizzare la presentazione dei disegni di legge del Governo, quello di sciogliere il Parlamento e quello di scegliere il primo ministro. Il premier, invece, acquisterà il diritto di nomina e revoca dei ministri e quello di sciogliere la Camera. Per quanto riguarda la magistratura, è prevista l'incompatibilità tra incarico di giudici costituzionali e membro del Parlamento o di un consiglio regionale. E poi, ovviamente, la devolution, ovvero il passaggio di "competenze esclusive" alle Regioni. Dopo l'approvazione, la riforma entrerebbe in vigore dalla prossima legislatura, ma la riduzione del numero dei parlamentari

ri e i cambiamenti riguardanti l'elezione del Senato e delle amministrazioni regionali scatterebbero solo dal 2011.

Particolarmente variegati i commenti dei presidenti delle Regioni. Per il presidente del Piemonte e della Conferenza delle Regioni, **Enzo Ghigo**, è un avvenimento "da intendere con soddisfazione e positività" ma il vicepresidente della Conferenza delle Regioni e presidente dell'Emilia Romagna, **Vasco Errani**, parla di "norme confuse e contraddittorie, che rendono permanente il conflitto tra le istituzioni e producono un danno al Paese". Pieno d'entusiasmo il presidente della Lombardia **Roberto Formigoni**, secondo il quale la devolution "sarà un vantaggio per i cittadini: permetterà più flessibilità, modernità, libertà di scelta del cittadino e vicinanza ai problemi del territorio". Di diverso avviso il presidente della Toscana, **Claudio Martini**, secondo il quale è stata "una giornata nera per le Regioni e per il Paese", mentre per il presidente del Veneto **Giancarlo Galan** "molte sono le novità positive" e il presidente del Lazio, **Francesco Storace**, auspica che, "esaurite le polemiche, il centrosinistra locale sappia cogliere al volo le opportunità che vengono fornite".

Il presidente della Giunta regionale della Basilicata, **Filippo Bubbico**, esprime invece preoccupazione per quella che definisce "una logica di attribuzione delle risorse che penalizza gravemente le Regioni a più bassa capacità di produzione del reddito", ma secondo il presidente della Regione Calabria, **Giuseppe Chiaravallotti**, la devolution è "come un coltello affilatissimo": prezioso o nocivo a seconda dell'uso che se ne fa. "Penso - ha affermato Chiaravallotti - che abbiamo maturato una sufficiente coscienza di tipo solidaristico che ci consentirà di fare del federalismo uno strumento di sviluppo della nostra società". (L.C.)

Toscana

LA SANITÀ NELLA REGIONE TOSCANA

Un'oasi di efficienza con qualche nube all'orizzonte

SOTTO MOLTI PUNTI DI VISTA IL "MODELLO TOSCANO" DI ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DELLA SANITÀ PUÒ ESSERE PRESO AD ESEMPIO: BUONA QUALITÀ DEI SERVIZI OFFERTI CONIUGATA AL PAREGGIO DI BILANCIO. UN PERCORSO CHE PARTE DA LONTANO, DAI PRIMI ANNI NOVANTA, QUANDO SI DECISE DI RIMETTERE MANO ALLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA E, A CASCATA, È PARTITO UN PROCESSO DI RAZIONALIZZAZIONE CHE PROSEGUE ATTRAVERSO LA MESSA IN OPERA DEI PSR. QUALCOSA PERÒ STA CAMBIANDO: IL MANCATO TRASFERIMENTO DAL GOVERNO CENTRALE ALLE REGIONI POTREBBE DETERMINARE, PER LA TOSCANA, LA CHIUSURA DELL'ANNO IN CORSO CON UN BILANCIO IN ROSSO

di Stefano Simoni

Una riorganizzazione e una programmazione molto forti, un ruolo del privato con relativo volume di lavoro prestabilito in partenza, Area vasta con dipartimenti interaziendali, concentrazione di consorzi amministrativi, società della salute in grado di governare il territorio, un bilancio, tra i pochi del Bel Paese, che non presenta i conti in rosso. Questa la sintesi della sanità toscana, una Regione decisamente ben amministrata che a prima vista sembra offrire uno scenario decisamente invidiabile rispetto a quello delle altre Regioni.

La razionalizzazione fatta nei tempi giusti, vale a dire a metà degli anni '90 ha permesso di procedere verso una riorganizzazione della rete ospedaliera con politiche di chiusura dei vecchi e piccoli ospedali su base comunale prevedendo la costruzione di monoblocchi su base zonale.

Il riassetto del territorio di riferimento ha determinato sia un risparmio in termini di economia di scala per quanto riguarda le risorse e il personale, sia un salto di qualità in avanti delle prestazioni che venivano fornite rispetto ai piccoli ospedali.

Relativamente alla rete ospedaliera, l'elemento che ha fatto la differenza è stata la programmazione fatta negli anni '90 che ha portato ad un miglior utilizzo dei posti letto e delle risorse. L'iniziale reticenza da parte dei cittadini è stata superata da un coinvolgimento della popolazione. Il progetto ha raccolto il consenso che ha permesso di operare in questa direzione.

La Toscana, forte del fatto che il mercato, dove è stato lasciato libero, ha determinato forti sbilanciamenti in termini di consumo inappropriato di risorse ha sviluppato un sistema delle offerte sanitarie governato attraverso la programmazione, per cui gli elementi del sistema economico sono sempre stati tenuti sotto controllo, in questo modo si è riuscito a mantenere un equilibrio di bilancio.

"I segreti per il funzionamento del nostro sistema - spiega l'assessore alla Sanità della Regione Toscana, Enrico Rossi - sono fondamentalmente due: l'amore per la sanità pubblica, da una parte, e la consapevolezza che il mercato da solo non è in grado di regolare il sistema e dunque la sanità deve essere governata, a volte, anche faticosamente". Tutto bene dunque, sembrerebbe almeno da questi primi

dati, in realtà non è così e anche nel sistema toscano sembrano profilarsi le prime nubi all'orizzonte: il pericolo reale del mancato trasferimento dei fondi dal Governo centrale alle Regioni.

Causa dunque esogena al sistema toscano, si dirà, certamente, che però farà sentire i suoi effetti sulla buona gestione operata finora dal Governatore Claudio Martini e dalla sua giunta. Per la prima volta, infatti, la Toscana rischia di chiudere con un bilancio in rosso (la cifra si aggira intorno ai 300 milioni di euro) "ma è ancora presto per dirlo aspettiamo di vedere come vanno le cose" tende a precisare l'assessore Rossi.

Toscana

Popolazione: 3.595.750 abitanti

Aziende Asl: 12 (Carrara, Lucca, Pistoia, Prato, Pisa, Livorno, Siena, Arezzo, Grosseto, Firenze, Empoli, Viareggio)

Aziende Ospedaliere: 4 (Careggi-Firenze, Pisa, Siena, Meyer-Firenze)

Medici dipendenti del Ssn: 6.936

Medici in convenzione: 5.370 (3.092 medici di base, 394 pediatri, 820 guardie mediche, 500 emergenza sanitaria territoriale, 564 specialisti a tempo indeterminato)

PIANO SANITARIO REGIONALE

Attualmente è ancora in vigore il Psr 2002-2004, il prossimo piano (triennio 2004-2006), in fase elaborazione, sarà composto di pochi punti ma mirati, come ha spiegato l'assessore Rossi. Al centro ci sarà "l'emergenza-urgenza, una riorganizzazione di questo comparto al fine di migliorarlo è necessaria, anche se in Toscana abbiamo già un buon livello. Poi il dolore - spiega Enrico Rossi - e in particolar modo ci occuperemo del consumo di oppiacei ma anche di

cure palliative. Ultimo punto allo studio: il raggiungimento di livelli sempre più alti di popolazione per gli screening oncologici. Attualmente siamo a un target del 60%, il nostro obiettivo è raggiungere il 90% della popolazione".

Il nuovo piano regionale si muoverà sulla linea tracciata dal precedente, i cui obiettivi primari erano e, dunque, restano il miglioramento della salute e del benessere della popolazione; la soddisfazione e partecipazione del cittadino; l'efficienza e la sostenibilità del sistema. Oltre a questo, l'assessorato alla Sanità sta lavorando sulla relazione sanitaria dello stato di salute della popolazione toscana e sullo stato di erogazione dei servizi sanitari. Quest'ultimo sarà un utile strumento per l'elaborazione dei conti programmatici relativi al nuovo Psr.

RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

Il processo di riorganizzazione generale della rete ospedaliera della Toscana parte dal quadro normativo nazionale, (D.Lgs.502/92, L.382/96, L.662/96), regionale (Psr) oltre al Dpr 14.1.1997 in materia di requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture.

I principi fondamentali che hanno ispirato la riorganizzazione sono: l'applicazione del concetto di rete ospedaliera; l'articolazione in aree funzionali omogenee; il potenziamento delle attività di day hospital e day surgery; l'integrazione di unità operative affini o complementari tra loro al fine di favorire e implementare il processo di riorganizzazione funzionale per aree e dipartimenti; la concentrazione di Unità Operative con basso indice di utilizzazione e il potenziamento di altre con tasso di utilizzazione elevato.

A questi principi sono da aggiungere altri criteri informativi, tra i quali una risposta adeguata ai bisogni sociosanitari della popolazione, maggiore umanizzazione e spazi dedicati alla libera professione intramoenia.

Il programma di investimento rappresenta ovviamente un nodo sostanziale e cruciale del processo più generale, ma non esclusivo. A consistenti interventi finanziari si affiancano tutta una serie di altri interventi a corredo, ma necessari al processo più vasto di riorganizzazione che le Aziende hanno già messo in atto a prescindere dal programma di investimenti. Per quanto riguarda il programma di investimenti si delineano due categorie di intervento, in particolare si tratta di interventi di nuova edificazione di plessi ospedalieri correlati alla dismissione dei presidi ospedalieri esistenti nello stesso bacino d'utenza e di interventi di riorganizzazione funzionale rispetto a strutture esistenti.

AZIENDE ASL

Il territorio della Toscana è diviso in 16 aziende (12 sono le Asl e 4 le Aziende ospedaliere) che amministrano nel complesso 34 zone-distretti e 35 dei 39 ospedali toscani. Rispetto al quadro nazionale, dove la parte del leone per le risorse finanziarie la fa l'ospedale, in Toscana la maggioranza dei finanziamenti, il 52%, è destinato al territorio, il 42,9% è appannaggio dell'assistenza ospedaliera, mentre il restante è destinato alla prevenzione. Le Asl sono al contempo soggetti prescrittori e produttori di servizi sanitari e amministrano ciascuna un presidio ospedaliero e un presidio territoriale.

Siamo ad un punto di svolta, occorre operare delle scelte

**INTERVISTA A CARLO PALERMO
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED TOSCANA**

Dottor Palermo, il modello toscano riesce a contemperare una buona qualità con i bilanci in pareggio. Come si ottiene tutto ciò?

Direi che non ci sono formule magiche quanto piuttosto una buona capacità di programmazione, di governo e razionalizzazione del sistema. La rete ospedaliera è stata riorganizzata a partire da metà degli anni '90. Il riassetto della rete ospedaliera ha prodotto risparmi in scala e un salto in avanti nella qualità e quantità delle prestazioni sanitarie. La concentrazione ha permesso di allargare l'offerta dei servizi specialistici anche a livello zonale e di avere una strutturazione dell'emergenza-urgenza diffusa su tutto il territorio, tale da renderla molto più efficiente ed efficace. C'è stata anche la centralizzazione in ambito di Area Vasta di alcune funzioni tecnico-amministrative, come gestione dei magazzini farmaceutici, acquisti di beni e servizi, uffici paghe e contributi, informatizzazione. Si punta a risparmiare circa il 10% delle spese sostenute oggi in questi settori. Le risorse risparmiate dovrebbero essere reinvestite nella prevenzione, nella qualità del sistema e per aumentare i servizi ai cittadini. Un'attenta politica nel settore della farmaceutica ha permesso di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, ottenendo un cospicuo risparmio di risorse. Infine sono

stati istituiti i dipartimenti tecnico-professionali di Area Vasta, con il compito di programmare l'allocazione delle risorse per l'alta specialità e le alte tecnologie. Lo scopo del progetto è quello di costituire una rete ospedaliera integrata, dove i singoli attori piuttosto che entrare in concorrenza, adottano sistemi di collaborazione, evitando che vi siano sprechi di risorse con duplicazioni o sovrapposizioni d'offerte nello stesso territorio relativamente ad attività ad alto contenuto tecnologico e professionale e ad elevata complessità organizzativa, che richiedono investimenti rilevanti.

In che modo è organizzata la gestione del territorio?

Attraverso le Società della Salute, la cui fase di sperimentazione in 18 zone è prossima alla partenza. Le Società della Salute sono consorzi composti da Asl e Comuni che gestiranno le attività sanitarie e assistenziali territoriali. Con i consorzi, le risorse, sia dei Comuni sia delle Asl, verranno messe insieme puntando ad un governo integrato e ad una maggiore resa in termini di efficienza ed efficacia. Questa è in sintesi l'evoluzione del sistema toscano per i prossimi anni.

In questa fase si sta discutendo la modifica della legge 22/2000, legge di riorganizzazione delle Asl. Quali sono le vostre richieste?

Come risulta da una nostra indagine nazionale sull'applicazione di alcuni importanti strumenti del governo clinico, come il Collegio di Direzione e il Dipartimento, la nostra Regione è molto indietro come grado di concreto sviluppo. Le norme sul Collegio di direzione sono state recepite nella precedente legislazione, purtroppo è stata lasciata ampia facoltà di applicazione ai Direttori generali e di fatto la norma è stata disattesa. Ciò che emerge in Toscana, come del resto in tutta Italia, è una netta emarginazione e lontananza dei Dirigenti medici dai processi gestionali dell'Azienda sanitaria. Chiediamo che nei Collegi di direzione siano

previsti non solo membri di diritto ma anche elettivi, per evitare che questa struttura strategica sia espressione solo di una componente minoritaria della Dirigenza medica. Il modello a cui puntiamo è quello dei dipartimenti interaziendali di area vasta che hanno già queste caratteristiche di partecipazione. È una strada iniziata ma che necessita di essere consolidata.

Finora abbiamo parlato di un modello sanitario che per la sua efficienza non sembra destare grosse preoccupazioni. È proprio così?

Qualche problema comincia a farsi sentire e mi riferisco in particolare alle conseguenze del sottofinanziamento del Ssn, messo al centro della nostra "Vertenza per la salute". Siamo preoccupati per le conseguenze concrete delle restrizioni finanziarie a livello delle articolazioni sanitarie periferiche. Il sottofinanziamento, pur essendo evidente l'origine esogena alla Toscana, si riverbera sul sistema sanitario regionale e dunque a un certo punto bisognerà decidere come risolverlo, visto che oramai sono ridotti o non esistono ulteriori margini di razionalizzazione. La classe politica della nostra Regione dovrà operare delle scelte.

Lei chiede al Governatore Martini e alla sua Giunta una scelta politica?

Certamente, la Giunta dovrà scegliere tra un sistema che offre un buon servizio con buona soddisfazione degli utenti e forme alternative di erogazione dei servizi. Se il finanziamento del Governo centrale sarà sempre più basso, bisognerà prendere una decisione e questo è compito della politica. Se ogni anno ci viene ridotto il budget del 5%, significa che a un certo punto saremo nel pieno di un razionamento. Siamo preoccupati perché per la prima volta nella nostra regione, da sempre ben amministrata, si avvertono queste problematiche che incidono pesantemente sul diritto alla salute dei cittadini.

**Tabella 1 - Costi pro-capite per livelli di assistenza (lire)
Anno 2001**

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Toscana
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	125.531
B assistenza distrettuale	1.268.163	1.368.552
* assistenza di base	157.231	149.576
-guardia medica (compresa guardia turistica)	19.290	13.715
-medicina generale	116.150	115.054
-pediatria di libera scelta	21.791	20.807
* assistenza farmaceutica	401.256	398.010
* assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	374.761
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	161.641
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	101.771
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	142.115	135.347
* altro	69.673	47.447
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.194.229
Totale	2.664.024	2.688.312

**Tabella 2 - Ripartizione in % dei costi dei singoli livelli di assistenza sul totale
Anno 2001**

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Toscana
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	4,67%
B assistenza distrettuale	47,60%	50,91%
* assistenza di base	5,90%	5,56%
-guardia medica (compresa guardia turistica)	0,72%	0,51%
-medicina generale	4,36%	4,28%
-pediatria di libera scelta	0,82%	0,77%
* assistenza farmaceutica	15,06%	14,81%
* assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	13,94%
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	6,01%
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	3,79%
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	5,33%	5,03%
* altro	2,62%	1,76%
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	44,42%
Totale	100,0%	100,00%

Fonte: Assr

**INTERVISTA A ENRICO ROSSI
ASSESSORE SANITÀ DELLA REGIONE TOSCANA**

Avanti con le riforme

Assessore Rossi, la sanità toscana rappresenta una delle migliori realtà del Paese, come si fa a creare un modello come il vostro?

I segreti, se così si può dire, possono essere due: l'amore per la sanità pubblica da una parte e l'idea che il mercato da solo non è regolatore e dunque deve essere governato. Credo che queste siano le chiavi del successo. Poi, c'è dialogo con gli operatori, coloro che hanno in mano la capacità di rendere la partita risolutiva, ma insomma, l'insieme delle cose fa sì che siamo in grado di avere un risultato che, complessivamente, possiamo ritenere positivo.

Le Regioni sono in attesa che il Governo dia il via al trasferimento di fondi. Se non dovesse accadere, la sanità Toscana potrebbe chiudere con i conti in rosso...

Le Regioni italiane chiedono uno stanziamento di maggiori fondi da parte del Governo centrale, la cifra di cui si parla si aggira intorno ai 5 miliardi di euro. Se questi miliardi fossero erogati, noi, come Toscana, riusciremmo anche per il 2004 a governare la spesa sanitaria e quindi a confermare il pareggio degli anni passati. Se però così non dovesse essere ci stiamo cautelando. Abbiamo già messo in cantiere la creazione di un Fondo regionale in grado di garantire un flusso regolare di cassa alle aziende, in modo da consentire il pagamento regolare degli stipendi e dei fornitori. Il meccanismo è molto semplice: il fondo anticiperà i trasferimenti verso le aziende. Compreremo denaro dalle banche. Il calcolo che abbiamo fatto per la nostra esposizione relativa al 2004 è di circa 300 milioni di euro, quindi non una cifra tale da mettere in difficoltà la sanità toscana. Il nostro obiettivo è far sì che venga mantenuta la sanità pubblica evitando di cadere in una spirale fatta di pagamenti ritardati, interessi che crescono e via dicendo. Vorrei si capisse che questo è un bel messaggio per gli operatori in quanto manterremo un'e-

levata qualità di servizi senza vendere nulla.

Comunque è presto, aspettiamo prima che si concluda il 2004, poi vedremo come saranno andate le cose.

Lei dunque esclude l'ipotesi di far ricorso ai ticket?

Assolutamente. Il ticket di per sé non è sufficiente, darebbe un contributo veramente minimo. Noi con i cittadini e gli operatori abbiamo fatto il patto di non introdurre queste forme di partecipazione alla spesa se, attraverso l'appropriatezza e la distribuzione diretta, fossimo riusciti a stare dentro determinati parametri, ci siamo riusciti e dunque non possiamo far venir meno la parola data.

Attualmente è in vigore il Piano sanitario regionale 2002-2004, state già lavorando per il nuovo piano?

Sì. Il precedente è stato un piano di grandi riforme organizzative che stiamo realizzando. Il nuovo Psr sarà molto agile, individuerà punti specifici di organizzazione sanitaria, interventi sul pronto soccorso e alcuni obiettivi di salute particolarmente mirati: emergenza-urgenza; terapia del dolore e consumo oppiacei; screening oncologici. In più, naturalmente, saranno confermate le riforme organizzative che abbiamo messo in piedi con il piano precedente: area vasta; consorzi; società della salute e così via.

L'Anaa Assomed della Toscana chiede un maggiore impulso nella gestione reale partecipata al sistema da parte dei medici. Cosa si sente di rispondere?

Sotto quest'aspetto, attraverso la realizzazione dell'area vasta, stiamo già operando. Abbiamo raggiunto un accordo di rilievo con i sindacati ospedalieri, dunque anche con l'Anaa. Quest'accordo può produrre un cambiamento vero nella programmazione e nel governo della Sanità. Sono state individuate tre aree vaste nel piano vigente in modo da mettere insieme un'azienda ospedaliera universitaria e quattro-cinque aziende con ospedali provinciali di riferimento.

Campania

LA SANITÀ NELLA REGIONE CAMPANIA

Riorganizzare la rete ospedaliera per un'assistenza capillare e appropriata

UNA VORAGINE FINANZIARIA DI OLTRE 3 MILIONI DI EURO E UNA DIFFUSA CARENZA DI SERVIZI SANITARI SUL TERRITORIO. ORA SI PUNTA SUL NUOVO PIANO OSPEDALIERO PER RIORGANIZZARE LA RETE DI ASSISTENZA IN TUTTA LA REGIONE E RIDURRE GLI SPRECHI CON PRESTAZIONI PIÙ APPROPRIATE

di Lucia Conti

LA STRUTTURA

In Campania vi sono 13 Aziende sanitarie locali articolate in Distretti sanitari. La rete ospedaliera è composta da 9 Aziende di alta specializzazione; 2 Aup; 2 Ircss (uno pubblico e uno di diritto privato); 52 presidi ospedalieri di Asl; 8 Case di cura private temporaneamente accreditate. I medici dipendenti del Ssn sono circa 9.500, i medici di famiglia 4.600, i pediatri di libera scelta 750, gli specialisti convenzionati 1.200, i medici di guardia medica 1.800 e operano in 251 punti.

L'attività di assistenza ospedaliera ha registrato, nel 2001, 1.193.798 ricoveri, il 98% dei quali erano cittadini campani mentre sono stati 9.500 gli abitanti della Campania ricoverati in altre Regioni. Il trend dei ricoveri dal 1997-2001, inoltre, ha registrato una crescita del 6,5%, quasi esclusivamente ascrivibile a un incremento delle prestazioni di ricovero erogate da Case di cura temporaneamente accreditate, strutture per le quali la Campania risulta la prima Regione in Italia per numerosità. Il privato temporaneamente accreditato, oltre a erogare prestazioni specialistiche cliniche, di laboratorio e di diagnostica strumentale, prevale in maniera più che significativa anche per quanto riguarda i Centri e gli Istituti di riabilitazione in regime di assistenza residenziale e semiresidenziale.

GLI SPRECHI IN SANITÀ

La sanità campana ha una voragine finanziaria di oltre 6.000 miliardi di vecchie lire. Nella relazione del procuratore regionale della Corte dei Conti, Arturo Martucci di Scarfizzi, presentata lo scorso 31 gennaio, si rileva che in Campania persiste "l'inutilizzazione di interi centri o macchinari costosissimi" e sprechi nell'amministrazione del personale e la gestione dei servizi.

Secondo l'assessore alla Sanità, Rosalba Tufano, i fondi che il Governo deve autorizzare sono indispensabili per chiudere i debiti pregressi, ma è necessario intervenire sulla quotidianità per tentare di bloccare le sofferenze più acute. "Oggi utilizziamo le risorse mensili per pagare debiti antichi. È chiaro che andiamo in sofferenza, ha affermato Tufano nei mesi scorsi. Anzi, aggraviamo la situazione, autoalimentando la spirale di un sistema perverso".

SPINTA ALLA RAZIONALIZZAZIONE

Per tentare di arginare i buchi della sanità, la Giunta regionale ha approvato da circa un anno due delibere relative ai Livelli essenziali di assistenza. Con la prima delibera, "Individuazione di percorsi specifici e indicazioni cliniche per l'erogabilità in modo appropriato di alcune prestazioni ambulatoriali", si è cercato di dare una forte spinta alla razionalizzazione dell'assistenza. Per garantire al cittadino la congruità di alcune prestazioni di fisioterapia, ad esempio, sono state individuate le patologie per le quali la terapia può essere erogata a carico del

Servizio sanitario regionale e se ne sono identificati i cicli di applicazione. Con la seconda delibera "Determinazione dei valori di soglia e modalità erogative dei Diagnosis Related Group-Gruppi Uniti per diagnosi", sono stati identificati i percorsi diagnostici terapeutici più idonei per 40 prestazioni mediche e chirurgiche.

Secondo Tufano, infatti, per queste prestazioni "si è fatto ricorso troppo spesso a un ricovero che oggi non è sempre necessario e che può talora essere considerato addirittura improprio". Con la delibera, invece, 40 patologie di interesse medico o chirurgico saranno trattate in regime di day hospital o day surgery.

Secondo l'assessore è inoltre necessario riconvertire alcuni ospedali vetusti in strutture per la riabilitazione. In Campania, infatti, c'è una grossa carenza dei centri di riabilitazione che finisce col penalizzare anche i centri di rianimazione, nel senso che si registra la difficoltà a dimettere il paziente, superata la fase acuta, e quindi a poterlo trasferire in luogo idoneo dove continuare le cure.

IL PSR 2002-2004

Il Piano sanitario regionale campano punta su sei obiettivi in particolare: la prevenzione, per rimuovere i fattori di rischio che contribuiscono alla diffusione di alcune malattie e degli infortuni sul lavoro; lo sviluppo del sistema informativo, per migliorare lo scambio e l'analisi dei dati; la riqualificazione della rete territoriale e la valorizzazione dei distretti come unità di base delle politiche sanitarie; la revisione della rete ospedaliera, attraverso l'apposito Piano sanitario ospedaliero; il controllo della spesa e un

sistema di monitoraggio delle prestazioni erogate; infine, la valorizzazione della formazione, qualità e ricerca, e l'obbligo, per le Asl, di vincolare ogni anno l'1% del monte salari a sostegno delle iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori.

IL PIANO OSPEDALIERO 2004-2006

Un indice di 4 posti letto per 1.000 abitanti, una nuova classificazione degli ospedali, l'organizzazione della rete dell'emergenza, un'attenzione particolare alle attività di riabilitazione di lungodegenza. Sono alcuni dei punti principali del piano ospedaliero per il triennio 2004-2006 approvato dalla Giunta regionale della Campania su proposta dell'assessore alla Sanità, Rosalba Tufano.

Le discipline per le quali il Piano prevede un incremento dei posti letto sono: l'oncologia, l'ematologia, la neurologia, la rianimazione e la terapia intensiva, la cardiocirurgia, la neonatologia e terapia intensiva neonatale, l'emodialisi, la psichiatria e la chirurgia toracica. Il fabbisogno complessivo di posti letto è articolato su base provinciale in funzione del numero dei residenti.

È prevista una fase di programmazione concertata nella quale assumeranno un ruolo centrale i coordinamenti provinciali dei Direttori generali, che avranno il compito di attuare, nel rispetto delle indicazioni del Piano, la distribuzione dei posti letto per disciplina, le riconversioni da operare e la ridefinizione della missione delle strutture ospedaliere presenti nel territorio di propria competenza.

Altra caratteristica del Piano è l'innovazione nel sistema di classificazione degli ospedali in funzione della missione che essi sono chiamati a svolgere e l'introduzione di nuove tipologie di ospedali. Nasce, in questo contesto, la distinzione tra ospedale del Territorio e ospedale di Comunità: il primo per erogare funzioni di specialità mediche e chirurgiche non a vocazione emergenziale, il secondo per accogliere pazienti a degenza breve che vengono affidati ai medici di famiglia di riferimento. Questo tipo di ospedale trova la sua collocazione in ambiti territoriali con popolazione sparsa e viabilità disagiata. Nel Piano viene inoltre potenziata l'organizzazione della rete di emergenza, in particolare cardiologica e degli eventi acuti cerebrovascolari (Stroke unit), ma anche dell'emergenza subacquea e dell'assistenza traumatologica (Trauma center). Anche le patologie neoplastiche trovano una risposta nell'organizzazione della rete per l'assistenza oncologica, con indicazioni anche per la radioterapia oncologica e metabolica.

Una sezione del documento è quindi dedicata alle residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti e per disabili. Anche se tali strutture non rientrano tra le attività di assistenza ospedaliera, bensì territoriale, si è infatti ritenuto necessario definirle con chiarezza per evitare ricoveri ospedalieri impropri.

Campania

Popolazione: 5.773.169

Aziende sanitarie locali: 13

Aziende ospedaliere: 9

Presidi ospedalieri di Asl: 52

Medici dipendenti dal Ssn: circa 9.500

Medici di famiglia: circa 4.600

Pediatri di libera scelta: circa 750

Specialisti convenzionati: circa 1.200

Medici di guardia medica: circa 1.800

Tanti progetti, ma ancora nessun risultato soddisfacente

**INTERVISTA A CARLO MELCHIONNA
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED CAMPANIA**

Una voragine finanziaria di oltre 3 milioni di euro e una diffusa carenza di servizi sanitari sul territorio. Ora si punta sul nuovo Piano ospedaliero per riorganizzare la rete di assistenza in tutta la Regione e ridurre gli sprechi con prestazioni più appropriate

Dottor Melchionna, quale è lo stato attuale della sanità campana?

Rispetto allo scorso anno possiamo quasi dire di aver fatto qualche passo indietro anziché avanti. Non è cambiato niente, a parte la presentazione nel dicembre scorso di un Piano ospedaliero poco convincente, per il quale abbiamo presentato alcuni emendamenti. La classe politica è in fermento, anche perché l'assessore ha redatto questo Piano senza consultare la V Commissione e ora sono nati alcuni attriti di tipo politico che potrebbero portare al rallentamento e a una mancata approvazione in Consiglio del Piano ospedaliero.

Cosa non vi convince del Piano?

Innanzitutto la frammentazione delle Asl e l'incarico ai Direttori generali di decidere come riorganizzare la rete. È necessario un coordinamento dei Direttori generali e chiediamo che le linee di indirizzo vengano date dall'assessore, in modo che il Direttore generale non possa a suo piacimento decidere se aprire o chiudere una struttura, modificare un reparto o un contratto. Bisogna che ci siano norme ben precise e poi, a seconda delle necessità, si può decidere se aumentare o diminuire i posti letto, potenziare un'attività territoriale e ambulatoriale. Anche le attività delle aree specialistiche sono lasciate troppo all'iniziativa del Dg. Noi vorremmo che si creassero delle reti, come quella già esistente per la cardiologia, anche per le altre spe-

cialità come l'oncologica, la pediatria, l'ortopedica e così via. Specialità che poi vengono individuate e privilegiate a livello regionale con una certa libertà, a seconda della resa. Questo, però, senza correre il rischio di vedere annullate specialità necessarie sul territorio, anche se passive dal punto di vista economico.

Nel Piano ospedaliero si parla anche di ospedali di Comunità e ospedali di Territorio. Che cosa si intende?

È qualcosa di poco chiaro anche a noi. Per l'assessorato gli ospedali di Comunità sono quelli che prevedono l'assistenza del medico di famiglia per pazienti non acuti e che, in pratica, sembrerebbero una sorta di gerontocomio. Negli ospedali di Territorio lavorerebbe invece la guardia medica e, quindi, sarebbe una via di mezzo tra i vecchi Pronto soccorso e questi ospedali di Comunità. Ma è tutto molto nebuloso.

Noi siamo del parere che se vanno costruite nuove strutture, queste devono essere ben organizzate, con la guardia medica e i medici di famiglia ma anche un'area di chirurgia di base e radiologia, e laboratori di analisi che completino l'assistenza.

E la situazione attuale della rete ospedaliera?

Immutata. Si parla sempre dell'apertura dell'ospedale del Mare ma, anche se sono stati stanziati i fondi, non è stato ancora realizzato nulla. Ci sono problemi di finanziamento in generale, perché nella distribuzione dei fondi al settore sociosanitario la maggior parte è andata al sociale e poco al sanitario. C'è poi l'emergenza dell'Asl Napoli 1, che ha oltre un milione di utenti. L'ideale sarebbe una redistribuzione e divisione della Asl, ma la situazione è di stallo e con le elezioni provinciali ed europee alle porte è prevedibile che si rallenteranno ancora

di più. Probabilmente fino a giugno non si muoverà niente. Dobbiamo risolvere, inoltre, il problema dell'assistenza sanitaria in provincia, perché gli ospedali sono prevalentemente presenti nella città di Napoli. Si era pensato allora alle Università: anche i due policlinici, infatti, si trovano a Napoli. Sarebbe più corretto, invece, riorganizzare la rete universitaria in modo che uno dei due Policlinici venga spostato a Caserta così da garantire, oltre alla formazione degli studenti, una forma di assistenza alla provincia di Avellino e Benevento, attualmente troppo scoperte. Non vedo, comunque, la possibilità di una soluzione per questi problemi a breve termine.

Rispetto, invece, il rapporto tra ospedali e territorio?

Vogliamo un'integrazione maggiore, intendendo per integrazione la simbiosi tra l'attività territoriale e ospedaliera. Se fosse data ai medici dell'ospedale la possibilità di fare attività ambulatoriale territoriale in integrazione, si eviterebbero tanti episodi in cui visite ed esami fatti in ambulatorio vengono poi ripetuti in ospedale. Per evitare, insomma, la sovrapposizione della cura delle stesse patologie.

I rapporti con l'assessorato, invece, come sono?

Dopo aver avuto, nei mesi precedenti, un rapporto piuttosto conflittuale, ora si è sviluppata un po' più di collaborazione. La verità è che, con l'instabilità politica nella quale versa la Regione Campania oggi, l'assessore ha un ruolo secondario, mentre vi è l'egemonia del presidente. Forse, per realizzare tutti gli altri progetti di miglioramento, la Campania dovrebbe prima realizzare un obiettivo fondamentale: avere una chiarezza politica maggiore.

INTERVISTA A NORBERTO CAU, COORDINATORE AREA GENERALE GABINETTO E PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE CAMPANIA

Senza risorse è difficile realizzare progetti per migliorare

Presidente, può descriverci qual è lo stato attuale della sanità campana, soprattutto per quanto riguarda la rete ospedaliera?

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, la sanità campana è ancora in fase di riorganizzazione. La nostra Regione ha, infatti, il più basso rapporto d'Italia tra posti letto e abitanti (circa 3,7/1000) a fronte dello standard nazionale del 5/1000

complessivo. Si stanno completando alcuni degli interventi di costruzione di nuovi ospedali finanziati dallo Stato con il piano dell'edilizia ospedaliera, ma ci sono grossissime difficoltà economiche per coprire i costi futuri di gestione. Come sta andando la messa in pratica del Piano ospedaliero per il triennio 2004-2006?

La Giunta ha approvato recentemente un disegno di legge relativo al nuovo piano ospedaliero, ma l'iter di tale provvedimento è allo stato bloccato in Consiglio regionale per effetto della presentazione di circa 30.000 emendamenti...

La sanità italiana si sta spostando sempre più sul territorio. Quale percorso sta seguendo la vostra Regione?

In effetti lo spostamento, giusto, di molte funzioni oggi impropriamente gestite a livello ospedaliero, sul territorio, presuppone un processo di riconversione di uomini e strutture non facile. La strada a cui, a livello tecnico, si è lavorato è quello di individuare ospedali ad alta attività e complessità assistenziale dove gestire tutti i problemi acuti importanti. Riconvertire, quindi, le altre strutture in presidi territoriali, di comunità e riabilitazione, cui affidare, insieme ai medici di medicina generale, la gestione delle malattie croniche o acute di modesta entità.

Quali sono i progetti che la Regione sta studiando per conciliare un'assistenza efficiente con la necessità di far quadrare i conti?

Qualsiasi progetto di ristrutturazione e riconversione che vada verso una migliore e più appropriata assistenza presuppone che ci siano delle risorse almeno minime per gestire tale progetto. Oggi purtroppo la politica del Governo verso la sanità e le Regioni è di riduzione costante di risorse reali, soprattutto di cassa, che provocano come conseguenza ulteriori spese per interessi e quindi ulteriori disa-

vanti. In questa situazione ogni Regione ha fatto, e sta facendo, quello che può per non chiudere o ridurre i servizi. La Regione Campania, con la Legge Regionale n. 28 del 24 dicembre 2003, proprio per questi motivi ha dovuto ricorrere a un aumento del bollo auto e della benzina per colmare i deficit sanitari, oltre che stornare 450 milioni di euro da altri capitoli del bilancio alla sanità.

Tabella 2 - Ripartizione in % dei costi dei singoli livelli di assistenza sul totale Anno 2001

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Campania
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	3,72%
B assistenza distrettuale	47,60%	49,23%
* assistenza di base	5,90%	6,34%
-guardia medica (compresa guardia turistica)	0,72%	0,76%
-medicina generale	4,36%	4,84%
-pediatria di libera scelta	0,82%	0,74%
* assistenza farmaceutica	15,06%	16,59%
* assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	9,10%
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	4,91%
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	4,84%
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	5,33%	5,03%
* altro	2,62%	2,42%
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	47,05%
Totale	100,00%	100,00%

Fonte: Assr

Tabella 1 - Costi pro-capite per livelli di assistenza (lire) Anno 2001

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Campania
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	95.948
B assistenza distrettuale	1.268.163	1.268.131
* assistenza di base	157.231	163.295
-guardia medica (compresa guardia turistica)	19.290	19.472
-medicina generale	116.150	124.736
-pediatria di libera scelta	21.791	19.087
* assistenza farmaceutica	401.256	427.287
* assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	234.514
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	126.410
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	124.680
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	142.115	129.563
* altro	69.673	62.382
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.211.923
Totale	2.664.024	2.576.002

Fonte: Assr

SPESA OSPEDALIERA: LA CLASSIFICA NELLE AZIENDE OSPEDALIERE ITALIANE

Da nord a sud, quanto costa l'assistenza ospedaliera?

In uno studio economico-statistico, realizzato per "Il Bisturi" dal Ceis Sanità "Tor Vergata" e Ilesis, vengono messi a confronto i dati di attività e di costo di 96 Aziende Ospedaliere italiane.

Riconducendo le diverse variabili prese in esame ad un unico indicatore, il "costo per punto Drg", è possibile stilare una classifica tra le diverse strutture, dalla più costosa alla più economica

di Federico Spandonaro*, Antonello Maruotti* ed Emanuela Pieroni**

L'agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Assr), ha recentemente pubblicato sulla propria rivista (Monitor, n. 6, anno 2003) dati molto interessanti, riferiti all'anno 2001, utili per effettuare confronti tra le aziende ospedaliere. La pubblicazione di tali dati da parte dell'Agenzia è assolutamente meritoria: infatti, per la prima volta sono stati messi a disposizione della ricerca dati contemporaneamente di attività e costo per un campione significativo di ospedali.

Malgrado le inefficienze ospedaliere siano da tempo al centro delle attenzioni e delle preoccupazioni delle politiche sanitarie, come è dimostrato dal sintetico ma efficace aforisma giornalistico della "lotta agli sprechi", la loro individuazione non è facile malgrado la loro esistenza sia generalmente accettata: dimostrazioni oggettive se ne hanno poche e spesso i media hanno fornito un messaggio equivoco, portando alcuni esempi di "malasanità" certamente circoscritti come una dimostrazione dell'esistenza di una diffusa inefficienza tecnica e organizzativa.

Su di un piano scientifico, rimane al ricercatore la "frustrazione" di non poter quantificare oggettivamente, quand'anche in modo approssimato, i reali livelli di efficienza ospedaliera, e ciò fondamentalmente a causa della mancanza di dati integrati di costo e attività.

Questo fondamentale vuoto informativo è ora parzialmente colmato dai dati pubblicati dalla Assr.

I DATI

I dati forniti riguardano le 98 aziende ospedaliere (nelle elaborazioni si sono escluse due aziende i cui dati risultavano incompleti o non coerenti), per un totale di 77.785 posti letto ordinari, 1.015 letti solvendi, 8.719 posti letto diurni, 3.007.573 ricoveri ordinari, 1.123.761 ricoveri diurni, 21.844.122 giornate di degenza, 3.390.517 accessi diurni.

Per ogni ospedale sono stati elaborati indicatori di attività (ad es. tasso di occupazione, di rotazione, peso medio Drg, l'indice di attrazione, la quota posti letto di terapia intensiva), indicatori di costo (per giornata

di degenza, per ricovero, oltre al costo medio del personale), indicatori relativi ai fattori di produzione (ad es. dimessi per medico, infermieri per posto letto).

La ricchezza degli indicatori permette numerose analisi: ci concentreremo, però, solo sul costo e sulle attività, avendo come obiettivo quello di poter inferire qualche indicazione sulla efficienza dei singoli istituti.

L'Assr ha elaborato un costo medio per ricovero di euro 3.408, con un minimo di euro 1.602 e un massimo di euro 7.837, un costo medio per giornata di degenza di euro 565, con un minimo di euro 375 e un massimo di euro 1.018, un costo medio per posto letto di euro 162.727, con un minimo di euro 103.786 e un massimo di euro 318.023, un costo medio per unità di personale di euro 41.396, con un minimo di euro 31.755 e un massimo di euro 52.038. Le variazioni degli indicatori sono evidentemente ampie: fra l'ospedale con il livello di costo più alto e quello con il costo più basso il rapporto è di 4,9 volte in termini di costo per ricovero, di 2,7 rapportandolo alle giornate di degenza, di 3,1 volte sui posti letto, mentre è di 1,6 volte la differenza nel costo medio del personale.

Evidentemente la confrontabilità è in alcuni casi discutibile: ad esempio nel caso di ospedali specialistici (pediatrici, oncologici, etc.); inoltre, nel caso degli istituti siciliani, è diversa la fonte da cui sono tratti i dati di costo.

Il limite maggiore per un'analisi che possa permettere di apprezzare l'efficienza relativa degli istituti risiede però nel diverso case-mix trattato, in quanto si potrebbe immaginare che, le pur rilevanti differenze rilevate, possano essere in larga parte attribuite alla differente complessità della casistica trattata: per questo motivo si è ritenuto utile elaborare un nuovo indicatore di costo, che abbia caratteristiche di omogeneità rispetto alla casistica trattata.

IL COSTO PER PUNTO DRG

Per le ragioni esposte nel paragrafo precedente, si è eseguita una nuova

elaborazione, rapportando il costo (per ospedale) ai punti (pesi) Drg prodotti.

La ratio dell'elaborazione risiede nel fatto che il peso relativo per Drg dovrebbe correttamente rappresentare il rapporto fra i costi efficienti dei singoli ricoveri, e quindi il costo per punto (peso) Drg prodotto dovrebbe garantire l'omogeneità degli indicatori rispetto al case-mix.

Il costo medio per punto Drg delle 96 aziende ospedaliere considerate è risultato essere pari a euro 3.977 a livello dell'intero insieme di istituti considerati, con una punta massima di euro 7.831 e un minimo di euro 2.310. Il rapporto fra massimo e minimo valore è di 3,4 volte, quindi intermedio fra quello per ricovero e quello per giornata di degenza.

Un possibile limite dell'elaborazione è rappresentato dal non avere tenuto conto dell'attività di ricovero diurno, che in alcuni casi può essere una parte significativa dell'attività dell'ospedale. A tal fine si è elaborato un indicatore "corretto", che incrementa i punti Drg prodotti, proporzionalmente agli accessi diurni realizzati, pesati in proporzione al peso medio dell'ospedale in termini di ricoveri ordinari.

Il nuovo indicatore (costo medio per punto Drg corretto) delle 96 aziende ospedaliere è risultato in media essere pari a euro 3.408 (ovviamente minore dell'indicatore precedente), con una punta massima di euro 6.411 e un minimo di euro 2.058. Il rapporto fra massimo e minimo valore è di 3,1 volte: come era lecito aspettarsi la variabilità si è ridotta per effetto di una migliore valutazione dell'attività svolta.

Si consideri, infine, che l'elaborazione dell'indice poggia soltanto sul dato di costo per ospedale, così come risultante dai Conti Economici, e sulla casistica di ricovero (per Drg), entrambi come forniti all'Assr.

TRE DOMANDE IN CERCA DI RISPOSTA

L'impostazione metodologica adottata ipotizza che il sistema di finanziamento per Drg debba comportare una corretta remunerazione dell'ospedale (indipendentemente dal

suo case-mix), con al più l'eccezione – come già precedentemente anticipato – degli ospedali monospécialistici. Accettando questa impostazione, il costo per punto Drg deve rappresentare un dato sufficientemente omogeneo, permettendo così un benchmarking fra gli istituti in termini di efficienza degli stessi.

Per completezza dobbiamo osservare che un limite dell'analisi, è rappresentata dalla mancata valutazione di alcune funzioni assistenziali specifiche, come quella di pronto soccorso, che vengono per lo più finanziate a parte e i cui costi non sono stati scorpati.

Non di meno non crediamo che queste differenze possano "spiegare" le enormi differenze di costo evidenziate fra gli ospedali. La prima osservazione è quindi che la variabilità dell'indicatore, trattandosi tra l'altro di un insieme in qualche modo selezionato di istituti, è più ampia di quanto fosse lecito attendersi: se si trattasse di differenze di sola efficienza, si dovrebbe concludere che la "lotta agli sprechi" ha ancora molta strada da fare.

Riteniamo che sia quindi necessario analizzare più approfonditamente e separatamente le due componenti dell'indicatore (il peso per Drg e il costo di produzione), ovvero il loro rapporto (che chiameremo convenzionalmente fattore efficienza).

Una prima spiegazione dei risultati ottenuti potrebbe, in questa ottica, essere che il dato di costo utilizzato non sia confrontabile; si noti però che si tratta di un dato ufficiale proveniente dai Conti Economici riclassificati secondo il modello ministeriale: quindi, sebbene non sia possibile escludere tale evenienza, l'accettarla sarebbe quanto meno preoccupante, perché sarebbe così messa in discussione la principale base informativa sui costi del sistema, sulla base della quale si elaborano tanto le statistiche di spesa sanitaria pubblica regionale e nazionale, quanto i disavanzi etc.

Una seconda possibile spiegazione è che i punti Drg (del tariffario nazionale) non rappresentino adeguatamente il costo medio efficiente delle casistiche trattate; anche in questo

caso sarebbe preoccupante: tutte le tariffe regionali si basano, con modifiche significative ma non radicali, sul tariffario nazionale, e se fossero errate ne risulterebbe immediatamente che l'attuale sistema di valorizzazione dell'attività ospedaliera è distorsivo.

La terza possibile spiegazione è che si tratti di effettive differenze di efficienza. Si noti che si potrebbe ritenere che l'efficienza delle strutture sia a sua volta condizionata da elementi quali la dimensione dell'ospedale o i costi dei fattori produttivi (in particolare il personale). A tal fine si è condotta un'analisi statistica uni e multi-variata sulle variabili disponibili, regredendo i costi per punto Drg sui posti letto (dimensioni), sul costo medio del personale, sulla pianta organica (personale per posto letto), senza peraltro trovare alcuna correlazione statisticamente significativa. Se ne potrebbe quindi dedurre, per esclusione, che si tratta fondamentalmente di differenze di efficienza organizzativa; anche in questo caso è lecita qualche preoccupazione, in ordine alla reale capacità dell'attuale assetto istituzionale di combattere adeguatamente gli "sprechi".

Non è quindi possibile trarre conclusioni, ché probabilmente i tre fattori precedenti sono contemporaneamente tutti presenti, ma la dimensione delle differenze ci autorizza a ritenere che uno, o più di uno, dei fattori precedentemente analizzati sia di dimensioni rilevanti.

In definitiva è lecito (e aggiungiamo urgente) cercare risposta a tre domande che possono influire in modo rilevante sulle politiche sanitarie future:

L'attuale sistema informativo sui costi del sistema è attendibile? Quanto è, di conseguenza, grande il rischio di ragionare su evidenze non confrontabili, traendo conclusioni errate sui fabbisogni del sistema?

Il sistema tariffario adottato rappresenta correttamente il costo della casistica ospedaliera trattata? Quanto è forte il rischio che, basandosi sulle tariffe attuali, si sia innescato un meccanismo di finanziamento distorsivo, ingiustamente penalizzante per alcuni ospedali e premiante per altri?

Quanto del risultato è infine effettivamente spiegato da differenze di efficienza? Si può davvero ancora risparmiare in modo rilevante razionalizzando il sistema e liberando così risorse per una sua riqualificazione?

*Ceis Sanità
(Centro per l'Economia
e il Management della Facoltà
di Economia dell'Università
di Roma Tor Vergata)
**Ilesis Srl

Aziende ospedaliere: la classifica della spesa

Regione	Denominazione A.O.	Costo per punto DRG corretto (euro)	Rango	Costo per punto DRG (euro)	Rango
PIEMONTE	CTO CRF M. ADELAIDE	6.411	1	6.721	2
CAMPANIA	COTUGNO	5.608	2	7.831	1
PIEMONTE	S.GIOVANNI BATTISTA MOLINETTE	5.038	3	5.760	5
LOMBARDIA	S. CARLO MI	4.810	4	5.065	10
LAZIO	COMPL.OSP. S.CAMILLO FORLANINI	4.769	5	5.562	6
PIEMONTE	S. LUIGI GONZAGA	4.618	6	5.486	7
LAZIO	S. GIOVANNI E ADDOLORATA	4.579	7	5.302	8
LOMBARDIA	OSP. NIGUARDA CA GRANDA	4.362	8	5.253	9
PIEMONTE	O.I.R.M., S. ANNA	4.337	9	5.058	11
PUGLIA	OSP. DI SUMMA BRINDISI	4.325	10	4.753	15
LOMBARDIA	G. SALVINI GARBAGNATE	4.236	11	4.615	19
LOMBARDIA	L. SACCO MI	4.228	12	4.778	14
CAMPANIA	SANTOBONO-PAUSILLIPON	4.211	13	4.690	17
LOMBARDIA	S. ANNA COMO	4.099	14	4.636	18
TOSCANA	MEYER	4.013	15	5.778	4
LOMBARDIA	OFBF MI	4.011	16	4.487	22
CALABRIA	MATER DOMINI	3.968	17	5.822	3
VENETO	PADOVA	3.960	18	4.436	26
CALABRIA	AZ.OSP. PUGLIESE -CIACCIO CT	3.883	19	4.709	16
SICILIA	UMBERTO I	3.860	20	5.049	12
MARCHE	TORRETTE - UMBERTO I	3.835	21	4.307	29
LOMBARDIA	E MORELLI SONDALO	3.822	22	3.948	44
MARCHE	OSPEDALE S. SALVATORE	3.797	23	4.839	13
PIEMONTE	MAGGIORE DELLA CARITA'	3.786	24	4.383	27
LOMBARDIA	OICP MI	3.783	25	4.466	24
SICILIA	VILLA SOFIA E CTO	3.769	26	4.373	28
FR. VEN. GIULIA	OSPEDALI RIUNITI	3.758	27	4.037	39
SICILIA	PIEMONTE	3.744	28	4.497	21
LOMBARDIA	G. PINI MI	3.700	29	4.157	33
PIEMONTE	SS. ANTONIO E BIAGIO - C. ARRIGO	3.687	30	4.084	36
TOSCANA	CAREGGI	3.686	31	4.239	31
LOMBARDIA	OSP. DI CIRCOLO LECCO	3.677	32	4.011	40
PUGLIA	OSP. CONSORZIALE POLICLINICO	3.658	33	4.169	32
LOMBARDIA	MACCHI VA	3.597	34	3.954	43
LAZIO	S. FILIPPO NERI	3.589	35	4.446	25
SICILIA	A.R.N. CIV. DI CRISTINA E M. ASCOLI	3.575	36	4.527	20
LOMBARDIA	IST. OSPITALIERI C POMA MANTOVA	3.569	37	3.944	45
TOSCANA	AZ. OSP. PISANA	3.528	38	4.156	34
PIEMONTE	S. CROCE E CARLE	3.473	39	3.831	49
CAMPANIA	G. RUMMO	3.465	40	3.956	42
LOMBARDIA	IST. OSPITALIERI - CREMONA	3.397	41	3.619	58
FR. VEN. GIULIA	S. MARIA MISERICORDIA	3.363	42	3.969	41
TOSCANA	SPEDALI RIUNITI	3.347	43	3.769	53
CALABRIA	AZIENDA OSPEDALIERA DI COSENZA	3.327	44	3.793	51
LOMBARDIA	S. GERARDO DEI TINTORI	3.308	45	3.782	52
SICILIA	CERVELLO	3.299	46	4.047	38
SICILIA	PAPARDO	3.278	47	4.307	30
PUGLIA	AZ. OSP. DI BARI	3.277	48	3.503	61
CAMPANIA	S. GIOVANNI DI DIO E RUG. D'AR.	3.272	49	3.561	60
EMILIA ROMAGNA	AZ. OSP. ARCISPEDALE S. ANNA	3.260	50	4.474	23
EMILIA ROMAGNA	AZ. OSP. DI MODENA	3.246	51	4.108	35
LOMBARDIA	S. PAOLO MI	3.244	52	3.899	46
CAMPANIA	OSP. MULTIZONALE DI CASERTA	3.209	53	3.488	64
LOMBARDIA	OSP. RIUNITI BERGAMO	3.207	54	3.831	48
PUGLIA	OSP. SS. ANNUNZIATA	3.206	55	3.321	75
FR. VEN. GIULIA	S. MARIA DEGLI ANGELI	3.153	56	3.424	69
LOMBARDIA	MELLINI CHIARI	3.129	57	3.291	78
LOMBARDIA	OSP. DI CIRCOLO BUSTO A.	3.126	58	3.341	74
LIGURIA	S. MARTINO	3.123	59	3.697	54
EMILIA ROMAGNA	AZ. OSP. POL. S. ORSOLA-MALPIGHI	3.119	60	3.798	50
LOMBARDIA	OSP.CIVILE VIMERCATE	3.107	61	3.450	67
SARDEGNA	OSPEDALE BROTTU	3.097	62	3.293	77
CAMPANIA	MONALDI	3.081	63	3.397	70
VENETO	VERONA	3.074	64	3.665	55
LOMBARDIA	SPEDALI CIVILI BRESCIA	3.049	65	3.391	71
LOMBARDIA	OSP. DI CIRCOLO MELEGNANO	3.049	66	3.304	76
LOMBARDIA	OSP. MAGGIORE DI CREMA	3.031	67	3.445	68
BASILICATA	SAN CARLO	3.013	68	3.375	72
UMBRIA	OSP. CIVILE S. MARIA	3.007	69	3.664	56
PUGLIA	V. FAZZI	2.971	70	3.123	83
CAMPANIA	CARDARELLI	2.942	71	3.497	62
CAMPANIA	S. GIUSEPPE MOSCATI	2.925	72	3.871	47
SICILIA	AZIENDA OSPEDALIERA GARIBALDI	2.919	73	3.572	59
CALABRIA	A.O. BIANCHI MELACRINO MORELLI	2.918	74	3.644	57
SICILIA	CANNIZZARO	2.892	75	3.034	87
LIGURIA	S. CORONA	2.887	76	3.211	81
LOMBARDIA	OSP. TREVIGLIO E CARAVAGGIO	2.859	77	3.059	85
LOMBARDIA	OSP. CIVILE LEGNANO	2.837	78	3.094	84
MARCHE	OSPEDALE LANCISI	2.832	79	2.889	91
LOMBARDIA	S.ANTONIO ABATE	2.827	80	2.993	88
MARCHE	OSPEDALE PEDIATRICO SALESI	2.791	81	3.170	82
LOMBARDIA	BOLOGNINI SERIATE	2.749	82	2.962	89
UMBRIA	POLICLINICO MONTELUCE	2.743	83	3.480	65
SICILIA	SCIACCA	2.722	84	4.067	37
EMILIA ROMAGNA	AZ. OSP. DI PARMA	2.718	85	3.374	73
LOMBARDIA	DESENZANO DEL GARDA	2.658	86	2.872	92
SICILIA	A.O.V.EMANUELE FERRAROTTO S.B.	2.621	87	3.463	66
PUGLIA	OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA	2.574	88	2.752	94
SICILIA	UMBERTO I	2.574	89	3.039	86
EMILIA ROMAGNA	ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA	2.528	90	3.493	63
SICILIA	OSPEDALE CIVILE - M. P. AREZZO	2.511	91	3.218	80
LIGURIA	OSP. AZ. 'VILLA SCASSI'	2.378	92	2.926	90
SICILIA	S. ANTONIO ABATE	2.239	93	3.263	79
SICILIA	S.ELIA	2.203	94	2.798	93
SICILIA	AZ. OSP. VITTORIO EMANUELE	2.116	95	2.518	95
SICILIA	S. GIOVANNI DI DIO	2.058	96	2.310	96

Elaborazione per "Il Bisturi" a cura del Ceis e di Ilesis su dati Asr

GRAN BRETAGNA

I consultant lanciano una campagna per la riforma del Nhs

Una pagina intera di pubblicità sul Times, un libricino e un sondaggio. Così un gruppo di 500 consultant, i medici specialisti ospedalieri del Regno Unito, ha organizzato lo scorso febbraio una campagna per cambiare l'attuale sistema di finanziamento del Ssn basato sulla tassazione generale. Nel ribadire il proprio impegno per un'assistenza equa e universale, i "Doctors for Reform", come si sono definiti, hanno sostenuto che il National Health Service (Nhs), il Ssn inglese, ha bisogno di una riforma che dovrebbe attingersi sul modello di quei sistemi assistenziali europei finanziati attraverso la contribuzione obbligatoria dei lavoratori dipendenti.

Il 69 per cento degli inglesi, stando al sondaggio che hanno commissionato, sarebbe d'accordo sulla necessità di cambiare l'attuale sistema assistenziale, il cui impianto, che risale agli anni Quaranta, è ritenuto obsoleto per l'Inghilterra di oggi. E ben l'86 per cento degli intervistati non avrebbe da eccepire a una gestione privata di ospedali e divisioni chirurgiche.

Secondo il gruppo dei consultant, i "social insurance schemes", i piani assicurativi previdenziali di Francia, Germania e Svizzera, garantirebbero un sistema più equo di quello del Regno Unito, offrendo anche ai pazienti più svantaggiati una maggiore scelta e flessibilità. In particolare, il sistema svizzero, che prevede che siano i lavoratori dipendenti e non i datori di lavoro a pagare, è giudicato il migliore. Nel libretto che hanno realizzato, i 500 consultant dichiarano: "come professionisti commetteremmo un enorme errore se lasciassimo questo dibattito ai politici. (...) Noi tutti lavoriamo nel Nhs e siamo impegnati a difenderne i valori, ma crediamo che sia arrivato il momento di pensare a un nuovo modo di erogare assistenza in Gran Bretagna. (...) Oggi il Nhs non può rispondere alle aspettative pubbliche ed è improbabile che potrà farlo domani."

Un editoriale del Times osserva però come ci sia un ampio spazio per un "onesto disaccordo" con la loro proposta e quanto alla performance svizzera pone la domanda, pleonastica, se sia da attribuire alla validità del modello assistenziale in sé o piuttosto al fatto che si tratta di un paese ricco, compatto e con una piccola popolazione. E conclude con "ulteriori riflessioni dovranno portare coloro che istintivamente sostengono una radicale revisione del Nhs a cercare altrove una via di salvezza".

Il Lancet, che con la rivista online del Bmj ha commentato l'iniziativa dei consultant, ricorda come i medici specialisti ospedalieri rappresentino solo una parte del sistema sanitario inglese e che il 90 per cento di quel milione di cittadini che ogni 36 ore si rivolge al Nhs ha più bisogno della medicina generale che dell'assistenza ospedaliera, come del resto i circa 17 milioni di cronici (una delle più grosse sfide per il Nhs) hanno più necessità dei servizi della medicina territoriale che delle prestazioni ospedaliere dei consultant.

La Bma, l'Ordine dei medici britannico, ritiene che la voce dei 500 sia da ascoltare, anche se nel suo rapporto del 2001 – come ha ricordato Paul Miller presidente del Comitato dell'associazione dei consultant – aveva evidenziato come i meccanismi di finanziamento alternativi fossero più costosi e non garantissero un accesso più equo alle cure.

Del resto anche il primo rapporto del team del ministero del Tesoro capeggiato dall'ex banchiere Wanless (del secondo rapporto abbiamo parlato in Dirigenza Medica 2/2004, a pag. 12) era pervenuto nel 2002 alle medesime conclusioni. I sistemi, tra gli altri, di Germania, Francia e Olanda, hanno spese amministrative eccessive, insufficienti incentivi per il controllo dei costi e in alcuni paesi, come la Francia, la contribuzione è molto alta sia per i dipendenti sia per i datori di lavoro. Non vi è alcuna evidenza che metodi di finanziamento alternativi possano migliorare la qualità del Nhs inglese a costi inferiori, sottolineavano gli esperti del Tesoro; anzi, dalle analisi comparative gli altri sistemi sanitari non risultano affatto migliori né sotto il profilo economico né dell'equità.

Il vero merito del team di Wanless è di aver posto l'accento sul problema del grave sottofinanziamento della sanità britannica rispetto alla media europea (mancati investimenti che in un trentennio è stato calcolato ammontino a ben 267 miliardi di sterline) dando così dato l'imprimatur alla scelta labour di un megainvestimento nel Nhs. Un piano settennale, arrivato oggi a metà percorso, che vedrà la spesa sanitaria in rapporto al Pil passare dal 7,7 per cento del 2001 al 9,4% entro il 2008. Ma i primi segnali di miglioramento del sistema si stanno già intravedendo e questo, forse, è uno dei motivi che ha contribuito al cauto scetticismo con cui è stato accolto l'appello alla riforma.

Sul gruppo dei "Doctors for Reform", proclamatosi politicamente indipendente, aleggia l'accusa di essere "un fronte dei Tory per minare e smantellare il sistema sanitario pubblico", per dirla con le parole di un deputato labour, il febbraio scorso, alla Camera dei Comuni.

Il dibattito sul finanziamento del Nhs, come ricorda l'articolo del Lancet, risale a 56 anni fa, quando già un anno dopo la sua creazione, si discuteva dell'introduzione di "ticket" sulle prescrizioni. Le ricette più recenti, proposte nel 1999 da organismi indipendenti e dalla stessa Bma, l'Ordine dei medici britannico – grande fautore dei principi di universalità e gratuità delle cure – prevedono una riduzione delle prestazioni garantite e formule di compartecipazione alla spesa e/o assicurazioni private.

GERMANIA

Ridimensionato lo scandalo che aveva investito la ricerca scientifica

Dallo scandalo che aveva investito il mondo accademico scientifico tedesco, uno dei principali protagonisti, l'ex oncologo Friedhelm Herrmann della Ulm University, è uscito prosciolto dall'accusa di truffa e potrà mantenere il professorato. Alla fine di febbraio infatti il procuratore distrettuale di Berlino e l'avvocato di Herrmann hanno raggiunto un accordo e il caso non sarà portato dinanzi alle aule di giustizia. I fatti risalgono al 1997, quando l'oncologo e il suo ex collaboratore Marion Brach, entrambi all'epoca professori alla Lübeck University, furono accusati da un informatore che lavorava nel loro gruppo di ricerca, di aver contraffatto parecchi studi in materia di ematologia e terapia genica quando collaboravano con le Università di Mainz, Friburgo e Berlino. In seguito alle accuse, Herrmann e Brach lasciarono il mondo accademico e mentre il primo ha continuato a praticare a Monaco, il secondo, non è più tornato dagli Stati Uniti dove partì negando ogni addebito. Nel 2000 una task force di scienziati incaricati dalla Deutsche Forschungsgemeinschaft, la Fondazione di Ricerca tedesca, di far luce sulla faccenda concluse che 97 dei 347 research paper del professor Herrmann contenevano dati manipolati; solo 132 studi pubblicati risultavano "puliti". Ma la Fondazione, che è il principale finanziatore della ricerca tedesca, e gli altri sponsor dei lavori scientifici di Herrmann non sono riusciti a provare che egli avesse percepito sovvenzioni di parecchie centinaia di migliaia di euro per aver manipolato i risultati scientifici. Scandalo ridimensionato, quindi, l'imputazione di truffa è decaduta e per l'oncologo accusato di "negligenza" la difesa ha patteggiato con la Procura una pena pecuniaria di 8mila euro che metterà fine a ulteriori indagini sul caso.

USA

Il popolo dei "non assicurati": un problema da risolvere

L'assistenza sanitaria dovrebbe essere estesa a tutti i cittadini americani. Questo in sostanza il monito del sesto rapporto finale dell'Institute of Medicine (organismo indipendente non profit, istituito nel 1970, come parte del National Academy of Sciences, con il compito di fornire al governo federale pareri scientifici in materia di scienze biomediche, medicina e sanità) sull'impatto che la mancata copertura sanitaria ha sulla salute, che si conclude con un forte richiamo rivolto al Presidente e al Congresso a: "sviluppare una strategia finalizzata ad assicurare un'assistenza sanitaria universale e a stabilire delle scadenze fisse per raggiungere quest'obiettivo entro il 2010". Il tema del mancato accesso alle prestazioni sanitarie per tutti i cittadini era stato sviluppato dall'Institute in precedenti rapporti che, dal 2000, si sono susseguiti con l'obiettivo di innescare un dibattito sul sistema assistenziale nel suo insieme, in vista delle prossime presidenziali.

In quattro anni il popolo dei "non assicurati" è passato da 39,4 milioni a oltre 43 milioni, il che significa che il 17,2 per cento di americani sotto i 65 anni attualmente non gode di assistenza sanitaria, cifra che, secondo il rapporto, è destinata a salire.

I numerosi tentativi messi in atto nel secolo scorso per estendere l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione americana non sono riusciti a rendere universale l'accesso alle cure, quindi proprio "per valutare e confrontare meriti e limiti delle strategie in cantiere per i prossimi anni abbiamo fissato 5 criteri guida" spiega Mary Sue Coleman, rettore dell'Università del Michigan e coautrice dello studio. Questi principi prevedono che l'assistenza sia universale, continua, accessibile e sostenibile e che il fine ultimo del miglioramento della salute e del benessere venga perseguito attraverso la promozione di un accesso a cure di alta qualità, eque e centrate sul paziente. "Non è più possibile ignorare oltre il problema. Bisogna trovare una soluzione per garantire l'assistenza a chi oggi non ha nessuna copertura sanitaria" commenta un altro autore del rapporto, Arthur Kellerman del Dipartimento per la medicina d'urgenza della Facoltà di Medicina della Emory University di Atlanta. "La discussione è arenata perché manca un consenso politico. C'è bisogno di un sostegno politico trasversale e dell'opinione pubblica" aggiunge Kellerman. Il problema del reperimento di ulteriori risorse per finanziare la sanità non è certo di poco conto per gli Usa che già spendono quasi 3 miliardi di dollari, e recentemente poi non sono mancate le polemiche sugli sprechi e le inefficienze del sistema. Ma secondo l'Institute è possibile, riducendo i costi amministrativi, ottenere dei risparmi notevoli, tali da controbilanciare i costi aggiuntivi necessari per una copertura estesa a una popolazione più vasta. E questo senza calcolare i benefici di un miglioramento generale delle condizioni di salute e dell'aspettativa di vita.

EUROPA

La Corte europea si pronuncia sulla fissazione del prezzo dei farmaci. Il caso tedesco

La Corte di Giustizia europea ha stabilito che gli organismi pubblici di assicurazione sanitaria, parte del sistema sanitario tedesco, hanno diritto a stabilire il prezzo massimo da pagare per i medicinali. Questo diritto, secondo la Corte, non infrange la normativa europea sulla concorrenza perché essi non possono essere considerati imprese o associazioni di imprese operanti in un libero mercato, bensì agenzie statali che vigilano sulla salute pubblica. Il caso era giunto alla Corte per l'ostruzionismo delle aziende farmaceutiche che ritengono che il sistema mantenga i prezzi troppo bassi tagliando quei profitti che consentono loro di finanziare la ricerca e lo sviluppo. Problema tanto più sentito dalle aziende che puntano sui farmaci innovativi in quanto, sostengono le compagnie, non hanno ritorni a fronte degli investimenti fatti. La pronuncia ha suscitato il plauso delle associazioni assicurativo-sanitarie tedesche. Per il portavoce delle health insurance associations berlinesi la pratica di fissare dei tetti di costo per i farmaci è il mezzo migliore per controllare gli aumenti e potrebbe far risparmiare intorno ai 2,5 miliardi di euro nel solo 2004. Soddisfatta anche la ministra della Sanità, Ulla Schimdt, "al di là di ogni dubbio le normative europee antitrust non possono applicarsi alle 350 associazioni assicurative tedesche" e ancora "si tratta di una solida base per la prosecuzione del sistema tedesco". La legge che prevede l'obbligo per le health insurance associations di concordare i prezzi massimi da pagare per i medicinali è stata introdotta dal governo tedesco nel 1989 nell'intento di contenere i costi sanitari. E sono queste, che garantiscono la copertura assicurativa sanitaria a oltre il 90 per cento della popolazione, a rimborsare i pazienti per i costi sostenuti per l'acquisto dei farmaci.

CINQUE MESI DI TEMPO PER ALLESTIRE I NUOVI PRESIDI DI PRIMO INTERVENTO

Il pronto soccorso entra in Azienda

di Flavia Durval*

Dal pacchetto di medicazione alla cassetta di emergenza: nuovi obblighi a carico dell'imprenditore

L'organizzazione di un adeguato servizio di pronto soccorso nelle aziende o nei cantieri rappresenta un aspetto centrale per garantire interventi efficaci in caso di infortunio: le maggiori carenze in materia di sicurezza, infatti, sono spesso da addebitare alla disorganizzazione dell'azione di emergenza ed alla mancanza di appositi piani d'azione in caso di intervento.

Sulla base di queste considerazioni, sono state fissate specifiche regole per l'organizzazione del primo soccorso in azienda, contenute nel Decreto Ministeriale n. 388 del 15 luglio 2003, entrato in vigore solo di recente con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (GU 4 febbraio 2004, n. 28): da ben nove anni si attendeva questo Decreto, attuativo delle previsioni contenute nell'art. 15 del Dlgs n. 626/1994.

Riprendendo il generale obbligo a carico del datore di lavoro di predisporre e attuare un piano articolato per la gestione delle emergenze sanitarie, previsto dal Dlgs n. 626 del 1994, il Decreto disegna ora, in maniera dettagliata, gli adempimenti necessari per l'allestimento di una adeguata struttura di prevenzione degli infortuni e abroga l'anacronistico Dm. 2 luglio 1958, che manteneva in vigore prescrizioni semplicemente inottemperabili, quali il tenere nell'infermeria aziendale fiale di morfina, collirio alla cocaina, sulfamidici, bollitori per siringhe, etc. Le nuove norme sono applicabili sia nel settore pubblico sia in quello privato.

Le imprese tenute ad adeguare tempestivamente le proprie strutture sono divise in tre gruppi e sono destinate a un regime diversificato a seconda della natura dell'attività esercitata.

Nel primo gruppo rientrano le aziende che esercitano attività industriali soggette al controllo dei pericoli di incidenti rilevanti, le centrali termoelettriche, gli impianti e i laboratori nucleari, le aziende estrattive e minerarie, i lavori in sotterraneo, le fabbriche di esplosivi e munizioni, nonché le aziende con più di cinque lavoratori occupati nel comparto agricoltura o che appartengano ai gruppi tariffari Inail, con indice infortunistico di inabilità permanente superiore a quattro.

Il secondo e il terzo gruppo raccolgono, rispettivamente, le aziende con più o meno di tre lavoratori che non rientrano nel primo gruppo.

Il primo soccorso. Per ciò che concerne, in particolare, l'oggetto delle nuove previsioni, il termine "primo soccorso" sembra più appropriato di quello di "pronto soccorso" utilizzato dal Decreto. Le aziende del primo gruppo, con attività d'impresa ad alto rischio infortunistico, sono tenute, infatti, ad una comunicazione alla Asl competente al fine di predisporre una procedura di emergenza in caso di necessità. Le stesse aziende, unitamente a quelle del secondo gruppo, sono tenute a predisporre una cassetta di pronto soccorso in ogni unità operativa, mentre quelle del terzo gruppo devono essere dotate di un pacchetto di medicazione.

Il contenuto dei presidi deve quantomeno corrispondere alla dotazione minima prevista specificamente dalla normativa - tra cui, imprescindibilmente, guanti sterili, visiera paraschizzi, cotone idrofilo, lacci emostatici, termometri, garze sterili, forbici, etc. - ma, sulla base dei rischi presenti nei processi lavorativi, il medico interno è tenuto a integrarla con tutto quanto si renda necessario nel caso concreto. I presidi, inoltre, devono

essere correttamente custoditi e facilmente accessibili e individuabili mediante apposita segnaletica di sicurezza. Le aziende del primo gruppo, peraltro, sono tenute a garantire il raccordo tra il sistema di pronto soccorso interno e quello di emergenza sanitaria pubblica, mentre le altre devono dotarsi di un mezzo di comunicazione idoneo ad attivare rapidamente il Servizio sanitario nazionale. In generale, quindi, il ruolo e le finalità del servizio di primo soccorso aziendale non possono che essere interpretati come esclusivamente sussidiari a quelli dei servizi di emergenza pubblici: è, infatti, impensabile che gli addetti al soccorso aziendale possano sostituirsi ai servizi di emergenza pubblici, considerato che risorse, attrezzature, professionalità ed esperienza sarebbero in ogni caso incomparabili. L'intervento legislativo, al contrario, deve esser valutato come una pragmatica presa di coscienza delle concrete realtà di emergenza nelle quali i servizi pubblici, statisticamente, impiegano non meno di 8-10 minuti a giungere sul luogo dell'incidente: in caso di incidenti di grave emergenza (arresto cardio-respiratorio, emorragie rilevanti, ostruzione delle vie aeree) tali tempi di attesa, per così dire "fisiologici", non sono in grado di garantire un soccorso tempestivo ed efficace, ed è quindi necessario, nell'ottica del legislatore, che in azienda vi siano figure in grado di mantenere in atto le funzioni vitali in questi primi minuti dell'emergenza. Compito del primo soccorso aziendale, dunque, è quello di fronteggiare le prime battute dell'incidente e "resistere" fino all'arrivo di soccorsi più qualificati.

La squadra. Gli strumenti di primo soccorso, però, non sono la sola novità: è necessario, infatti, predisporre anche una squadra di primo intervento che sia adeguatamente preparata a fronteggiare le eventuali emergenze sanitarie. Il datore di lavoro, una volta organizzati i rapporti con i servizi di soccorso pubblici, deve individuare i lavoratori che costituiranno la squadra di primo soccorso, i quali, in assenza di un giustificato motivo, non possono rifiutare.

Tali lavoratori devono essere in numero sufficiente, a seconda delle dimensioni aziendali e dei rischi specifici derivanti dai processi lavorativi, e devono essere adeguatamente formati e attrezzati. In particolare, la loro formazione, aggiornata ogni tre anni, deve essere svolta in collaborazione con i servizi pubblici, con tempi minimi che vanno dalle 12 ore, per le imprese soggette a un minor rischio, alle 16 ore, per quelle maggiormente pericolose.

I moduli di formazione previsti devono metter in condizione i lavoratori della squadra, alla fine del percorso formativo, di saper riconoscere un'emergenza sanitaria, attuare gli interventi di primo soccorso, conoscere i rischi propri dell'attività svolta e acquisire conoscenze generali sui traumi e sulle patologie specifiche del luogo di lavoro. Peraltro, accanto alla formazione teorica, devono necessariamente prevedersi dalle 4 alle 6 ore di addestramento pratico.

I rifiuti sanitari. Sia nella cassetta di pronto soccorso che nel pacchetto di medicazione devono essere presenti "sacchetti monouso per la raccolta dei rifiuti sanitari". Sorge, a questo punto, l'interrogativo se tutte le aziende rientreranno d'obbligo nell'ambito di applicazione delle norme contenute nel D.lgs n. 22/1997 e del Dm n. 219/2000, che regolano lo smaltimento dei rifiuti da parte delle strutture che esercitano l'attività di assistenza sanitaria. La risposta, a una prima analisi, appare essere negativa: le citate fonti legislative, infatti, si rivolgono solo ed esclusivamente alle "strutture sanitarie" e la dotazione di una cassetta di pronto soccorso e di un pacchetto di medicazione non sembrano sufficienti a includere, automaticamente, i servizi di primo soccorso aziendale tra le "strutture sanitarie private". Tuttavia, non va trascurato il problema dei rifiuti sanitari in azienda raccolti nello speciale sacchetto previsto dal Decreto, dal momento che un'infermeria di una grande unità produttiva industriale, per struttura e quantità di rifiuti prodotti, potrebbe anche essere equiparata ad una piccola struttura sanitaria.

Le sanzioni. In caso di inadempimento dell'imprenditore alle nuove prescrizioni, le sanzioni variano a seconda che la violazione riguardi la predisposizione dei presidi di primo soccorso, l'individuazione della squadra o la formazione: le pene previste per le infrazioni più gravi sono l'ammenda fino a 4.131 euro e l'arresto fino a sei mesi.

Peraltro, va ricordato che l'articolo 451 del Codice Penale disciplina, in via generale, l'omissione colposa di cautele e difese contro disastri o infortuni sul lavoro: è punito con la reclusione fino a un anno chiunque, per colpa, omette di collocare o rimuove e rende inservibili gli apparecchi o gli altri mezzi destinati all'estinzione degli incendi o al salvataggio e al soccorso contro disastri o infortuni sul lavoro. Pertanto, il datore è tenuto a prestare, in via generale, tutta la diligenza necessaria nella predisposizione e nel mantenimento delle attrezzature antinfortunistiche, salvo poi adeguare, in particolare, le proprie strutture alle specifiche prescrizioni legislative che, in misura sempre maggiore, tendono a ridurre il triste primato che vede il nostro Paese ancora in prima fila, in Europa, per quantità e gravità degli infortuni sul lavoro.

*Anaao-Cref
Servizio Tutela legale

Gli 11 comandamenti del nuovo primo soccorso aziendale

1. Effettuare una valutazione del rischio che definisca le caratteristiche del primo soccorso in azienda
2. Definire il gruppo di appartenenza dell'azienda
3. Designare il coordinatore e gli addetti alla squadra di primo soccorso
4. Definire i compiti di ogni lavoratore e le procedure che li coinvolgono
5. Definire le procedure di attivazione del soccorso esterno
6. Predisporre i presidi minimi per il pronto soccorso e la loro ubicazione
7. Definire percorsi e aree di sosta per le ambulanze
8. Predisporre la documentazione da allegare al Piano di primo soccorso
9. Predisporre adeguata cartellonistica di sicurezza ed organizzarne l'affissione
10. Informare tutti i dipendenti
11. Formare e addestrare gli addetti al primo soccorso e curarne l'aggiornamento triennale

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO, GOVERNO CLINICO E QUESTIONI ECONOMICHE

Non abbiamo dimenticato il contratto!

di Amedeo Bianco*

La Commissione Contratto della nostra Associazione prosegue in modo proficuo e fortemente partecipato il suo lavoro di approfondimento dei vari aspetti del Ccnl che in occasione del rinnovo devono essere oggetto di conferma o miglioramento.

L'esperienza maturata in questi anni ci ha consegnato punti di forza e altri di debolezza dell'attuale normativa contrattuale che in non poche Aziende vede eluse le norme più qualificanti.

Ne proponiamo un elenco sommario ma chiaramente indicativo della determinata volontà della nostra Associazione di interpretare sempre il proprio ruolo di sindacato che ha il dovere di tutelare gli interessi degli associati.

Attiene a questo dovere il nostro impegno in una vertenza di ampio respiro che ha, come posta in gioco, il futuro di un Ssn pubblico, equo e solidale in grado di garantire qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni rese ai cittadini e certezze professionali, normative ed economiche ai professionisti, agli stessi cioè che oggi contrastano con il loro impegno il declino di questa grande conquista civile e sociale.

Ci conforta in questa valutazione la storia passata, dimostrandoci che l'impegno sindacale contemporaneo su due fronti non separabili, lungi dal distrarci dagli obiettivi categoriali, ci ha invece permesso di raggiungere di più avanzati e vantaggiosi.

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

Nel nostro sommario elenco il primo capitolo è occupato dalle problematiche inerenti le condizioni e l'organizzazione del lavoro medico, in una realtà "produttiva" che ha pochi riscontri nel settore dei servizi.

L'operatività clinico assistenziale medica è per definizione sulle 24 ore di tutti i giorni dell'anno, richiedendo competenze e funzioni ai professionisti-dirigenti medici non delegabili ad altre figure. Quindi:

l'orario di lavoro deve rimanere definito e invariato nella sua quantità settimanale (34 h+4 h) e al suo interno devono essere comprese tutte le attività istituzionali, incluse le guardie, così come vanno garantiti riposi pre e post guardia a tutela della salute degli operatori e della sicurezza dei pazienti.

Sul piano della remunerazione siamo impegnati per una forte rivalutazione economica del lavoro notturno e disagiato, da chiunque prestatore (DEA, Sale Operatorie, Unità di Terapia Intensiva, UOA e Servizi ospedalieri e territoriali con specifiche missioni preventive e clinico assistenziali etc), delle reperibilità e infine a regolamentare l'eventuale attività volontaria eccedente l'orario contrattuale dovuto, individuando i criteri per definire i tetti orari massimi accettabili e le retribuzioni minime da attribuire a costi extra contrattuali a carico dell'Azienda.

Inseriamo in questo capitolo, ma chiaramente va al di là di questo, il grande tema delle relazioni sindacali con l'obiettivo di sancire un ruolo più incisivo del sindacato nelle materie dell'organizzazione del lavoro; dell'individuazione delle posizioni dirigenziali e dell'affidamento degli incarichi e relativa retribuzione.

GOVERNO CLINICO

Nel secondo sommario capitolo inseriamo tutti gli aspetti contrattuali genericamente attinenti il cosiddetto "governo clinico" creando tutte le condizioni possibili, in tutti i modi e ai vari livelli, per una partecipazione di professionisti alle scelte aziendali.

Siamo quindi impegnati a valorizzare e/o modificare tutti quegli istituti contrattuali che possono promuovere e tutelare l'autonomia e la responsabilità della dirigenza medica rispetto al monocratismo decisionale del Direttore Generale sulle carriere e sulle strette attività professionali e cioè:

- semplificare il sistema delle verifiche professionali e tecniche, troppo frequenti e burocratiche, mantenendole saldamente nelle mani della categoria, all'interno del dipartimento;

- definire una progressione economica per tutti coloro che superano positivamente la verifica, una sorta di progressione orizzontale della carriera professionale cui corrisponde un incremento economico (parte fissa della posizione). Su questo percorso, senza riassorbire le precedenti, si devono inserire le dinamiche di progressione verticale di carriera attraverso le attribuzioni degli incarichi dirigenziali cui corrispondere uno specifico trattamento economico (parte variabile della posizione). La capienza del fondo di posizione va rivalutata e anche a tali fini utilizzata in ragione del fatto che l'ex RIA (Retribuzione Individuale di Anzianità congelata nel 1996) di coloro che vanno in quiescenza, impegnata per l'equiparazione degli ex assistenti, già dal 2002 produce un "avanzo", come da stima riportata nella relazione tecnico finanziaria di accompagnamento al II Ccnl;

- riaffrontare e congruamente risolvere il problema della copertura assicurativa quale parte di una più complessa risposta professionale al fenomeno della cosiddetta malpratica sempre più minaccioso per i medici, le aziende e gli stessi cittadini, tutti stretti tra una pressoché inesistente cultura positiva dell'errore e l'inefficiente e pericolosa pratica della medicina difensiva;

- governare gli obiettivi, le procedure e gli strumenti dell'aggiornamento e formazione permanente, sancendo innanzitutto che gli obblighi Ecm devono essere soddisfatti con le risorse rese disponibili dalle Aziende e che solo allora, eventualmente e con modalità da contrattare, sarà possibile individuare e praticare forme di penalizzazione per gli inadempienti;

- ribadire il valore aggiunto, professionale ed economico, della libera professione nelle attuali molteplici espressioni organizzative e gestionali, creando le condizioni normative e materiali (economiche!) affinché le Aziende cerchino e trovino in quest'istituto contrattuale quegli ulteriori elementi di flessibilità quantitativa e qualitativa delle attività mediche, non comprimibili nell'orario di lavoro contrattualmente dovuto;

- regolamentare il numero, la tipologia e i contenuti economici e normativi dei cosiddetti contratti atipici, in funzione di tutela sia di coloro che lo sottoscrivono sia della funzionalità delle equipe interessate per l'evidente natura anonima di questi professionisti, pagati solo per produrre prestazioni.

LE QUESTIONI ECONOMICHE

Nel terzo capitolo riassumiamo invece i nostri orientamenti su questioni più spiccatamente economiche e cioè:

- l'indennità di rapporto esclusivo, nella sua entità economica e nelle sue attuali modalità di erogazione, è un punto irrinunciabile della nostra piattaforma contrattuale, non c'è nessuna disponibilità nostra a ricontrattarla a qualsiasi titolo. Questa rigidità non è debolezza, ma forza, la stessa che ha respinto tutti i tentativi di rimetterla in discussione nei mesi passati e ancor oggi minacciata, in coincidenza con varie proposte di modifica legislativa del vincolo dell'irreversibilità del rapporto esclusivo.

Su questa delicata materia noi riteniamo che, in coerenza a interventi legislativi che non contrastino il principio generale di irreversibilità sul quale si fonda la relativa indennità di esclusività, lo strumento contrattuale può definire applicazioni regolamentari dell'irreversibilità del rapporto esclusivo meno rigide, a somiglianza di quello che già oggi il dlsg 517/99 prevede per gli universitari, e cioè condizioni permissive la reversibilità, peraltro ulteriormente adattabili alle caratteristiche di carriera e professionali specifiche della Dirigenza medica e sanitaria;

- rivendicare un tabellare annuo unico della dirigenza medica pari a quello ad oggi riconosciuto agli altri dirigenti dello Stato e degli Enti Locali, prossimo ai 74.000.000 di vecchie lire. Pur accorpando l'attuale tabellare, l'Is, una quota delle posizioni e parte sostanziosa degli incrementi contrattuali del biennio 2002-2003, resta un differenziale che noi consideriamo un costo aggiuntivo del contratto, così come avvenuto per gli altri dirigenti degli altri comparti;

- esplorare la possibilità e l'utilità di istituire un fondo previdenziale integrativo contrattuale, per tutelare quella fascia di dirigenti per i quali sono previste forti riduzioni dei trattamenti pensionistici.

Tutti questi contenuti sono la trama di un ordito da porre sul tavolo contrattuale che non potrà aprirsi fino a quando l'atto di indirizzo del Comitato di Settore all'Aran, modificato nelle sue parti inaccettabili, non sarà approvato da Consiglio dei Ministri.

Stiamo invece assistendo all'ennesimo, penoso braccio di ferro tra Governo e Regioni, che ci sembra nascere più dallo spagnolesco desiderio di affermare il proprio ruolo che da una reale preoccupazione sui contenuti dei problemi sollevati.

In ragione dello spirito unitario che ci ha animato in questi mesi, e che ci ha consentito di immaginare e realizzare prima "l'impossibile" unità di 42 sigle della Dirigenza del Ssn, poi lo straordinario successo dell'ultima giornata di sciopero, guardiamo con grande preoccupazione all'atteggiamento dei nostri colleghi dell'Intesa Medica (Cimo, Cisl, Anpo) che soffiano sul fuoco di questa rissa Stato-Regioni. Ci sembra che tutto ciò rifletta la preoccupazione politica di sottrarre il Governo alla protesta dei dirigenti, che culminerà nella manifestazione nazionale a Roma del prossimo 24 aprile, per indirizzarla esclusivamente contro le Regioni. Riterremo più saggio e più aderente ai nostri doveri evitare queste parti residuali di spettatoritofosi tra Stato e Regioni e scegliere quella dei co-protagonisti che danno a Cesare quel che è di Cesare, così come vuole "la nostra gente". In questa delicata vertenza nei cui esiti vediamo il nostro prossimo futuro professionale e sociale, entrambi, lo Stato e le Regioni portano la propria parte di responsabilità e hanno gli strumenti per una soluzione condivisa e sostenibile. Anche noi siamo consapevoli delle nostre responsabilità e per questo abbiamo lavorato e lavoreremo per l'unità e nell'unità, per un rinnovo contrattuale che corrisponda alle legittime esigenze economiche e professionali della nostra categoria in un Sistema Sanitario che garantisce ai cittadini e ai professionisti il diritto dovere alla tutela della salute.

È importante, è proprio importante, essere a Roma il prossimo 24 aprile.

**Coordinatore Commissione Contratto
Responsabile del Centro Studi Anaa Assomed*

CALENDARIO MAGGIO 2004

I corsi di formazione della Fondazione Pietro Paci

Per informazioni:
tel. 064820154
email:
fondazionepietropaci@libero.it

TECNICHE DI CONDUZIONE DEI GRUPPI DI LAVORO O DI STUDIO

21/22 maggio 2004 - Lauro (AV)

Laboratorio di formazione di base condotto da Giorgio Modesti e Sergio Tonelli

Presentazione

Chi è impegnato a qualunque titolo nelle organizzazioni sanitarie spende una parte considerevole del proprio tempo in situazioni nelle quali sperimenta di continuo le tensioni, le difficoltà del confronto interpersonale. L'efficacia e l'efficienza del lavoro, notoriamente condizionate da fattori organizzativi, risentono anche fortemente della qualità delle dinamiche relazionali che solo in rari casi riescono ad assumere connotati veramente positivi.

Le ragioni di questo stato di cose assai diffuso dipendono, in parte, dagli inevitabili conflitti di valori e interessi tra soggetti diversi ma anche, in larga misura, da insufficienze formative.

I tradizionali curricula delle professioni tecniche nel nostro paese dedicano poco spazio all'apprendimento di competenze organizzative e relazionali il cui possesso è determinante per migliorare la qualità delle prestazioni professionali e i climi lavorativi, contribuendo e rendere piacevole e gratificante il "lavorare assieme".

Questo laboratorio intende offrire, a chi abbia già avuto esperienze di apprendimento in piccoli gruppi, strumenti teorici e pratici utilizzabili in qualsiasi contesto (riunioni, incontri, lezioni, conferenze, gruppi di lavoro o di studio...) nel quale il confronto con altri soggetti, sia alla pari che in posizione sovra o sottoordinata, assume un ruolo centrale.

Gli strumenti che verranno presentati e sperimentati

(modelli, griglie, tecniche) hanno un duplice obiettivo: consentire migliori interpretazioni degli eventi (senza lasciarsi fuorviare da analisi inconsistenti o, come spesso accade, colpevolizzanti) e suggerire al tempo stesso modalità comportamentali appropriate alle diverse situazioni.

Obiettivi di apprendimento (intesi come conoscenze e capacità da acquisire):

- Identificare i principali fattori di rischio nella conduzione dei gruppi
- Definire modalità valide per presidiare efficacia ed efficienza nelle riunioni e nei gruppi di lavoro
- Costruire e utilizzare griglie di analisi dei comportamenti
- Costruire una griglia di valutazione della conduzione
- Ridurre le distanze tra punti di vista differenti utilizzando tecniche di consenso.

Contenuti

- Le trappole della comunicazione
- Il gruppo e le sue dinamiche
- Le regole di gestione del gruppo
- Strumenti di analisi e valutazione
- Le tecniche di consenso.

Metodo

Il metodo, che rispetta le indicazioni dell'Oms, si caratterizza:

- per il riferimento costante agli obiettivi di apprendimento formulati in rapporto ai bisogni formativi; dei partecipanti ed espressi in forma di conoscenze e capacità da acquisire
- per la forte valorizzazione dell'impegno attivo dei discenti che lavorano in piccoli gruppi
- per la messa a punto di strumenti immediatamente utilizzabili nella pratica quotidiana.

Ai lavori di gruppo seguono riunioni plenarie di confronto dei prodotti e di commento, integrazione e sintesi di tali prodotti da parte dei docenti.

Programma

Venerdì 21 maggio 2004

- 10.00 Registrazione dei partecipanti, consegna materiale didattico, firma d'ingresso e compilazione questionario iniziale di valutazione
- 10.30 Introduzione: Metodo e linguaggio
- 10.45 Lezione magistrale: Il ciclo relazionale e le sue trappole
- 11.30 Lavori di gruppo: costruire Modelli di analisi del lavoro di gruppo e della conduzione
- 14.00 Plenaria di confronto e integrazione dei prodotti di gruppo
- 16.00 Introduzione alla simulazione: Gestire una riunione
- 16.15 Simulazione
- 17.30 Plenaria di analisi e commento della simulazione. Valutazione della prima giornata

Sabato 22 maggio 2004

- 09.00 Ricapitolazione della prima giornata
- 09.15 Lavori di gruppo: definire Regole di presidio del lavoro di gruppo
- 09.45 Plenaria di confronto e integrazione dei prodotti di gruppo
- 10.00 Lavori di gruppo: progettare strumenti di analisi e di valutazione
- 10.45 Break
- 11.00 Plenaria di confronto e integrazione dei prodotti di gruppo
- 12.00 Lezione conclusiva: le tecniche di consenso. Valutazione del Laboratorio
- 13.00 Compilazione questionario di valutazione
- 13.30 Conclusione dei lavori

DIRIGENZA MEDICA E MANAGEMENT NELLE AZIENDE SANITARIE: CRITICITÀ GESTIONALI ORGANIZZATIVE E CONTRATTUALI*

28/29 maggio 2004

Villa degli Angeli Castelgandolfo (RM)

Presentazione

Il Corso è articolato in tre sessioni. Le prime due intendono fornire conoscenze di tipo legislativo, giuridico e normativo sulla organizzazione e gestione delle aziende sanitarie, valorizzando quegli elementi delle dinamiche contrattuali relative alla dirigenza medica, idonei a migliorare l'efficacia e l'efficienza delle aziende stesse. La terza sessione verte su materie contrattuali.

Il metodo di lavoro è basato sulla partecipazione attiva. I relatori introducono temi di vario argomento; segue la discussione che vede l'esperienza dei partecipanti messa a confronto con le nozioni via via acquisite. Al termine di ciascuna sessione, inoltre, è previsto un confronto con i relatori sulle materie trattate. Sono previste esercitazioni tra i discenti suddivisi a piccoli gruppi. Inoltre, la verifica dell'apprendimento prevede la distribuzione, ad inizio e termine del progetto formativo, di un questionario nel quale sono riportate domande inerenti i punti salienti oggetto della trattazione dei docenti presenti in aula. Il questionario per la valutazione del gradimento, predisposto dal ministero della Salute, compilato al termine del corso servirà a meglio orientare la metodologia da seguire nei corsi successivi.

Programma

Venerdì 28 maggio 2004

- 10.30 Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico e compilazione questionario iniziale di valutazione
- 11.00 Presentazione del corso, **Serafino Zucchelli**

I Sessione - La Dirigenza Medica

- 11.15 La dirigenza medica: stato giuridico e specificità di ruolo, **Maria Novella Bettini**
- 12.05 La valorizzazione professionale della dirigenza medica nell'organizzazione delle aziende sanitarie, **Tiziano Carradori**
- 12.15 Il Governo clinico: strumenti e finalità, **Amedeo Bianco**
- 13.30 Dibattito
- 14.00 Pausa pranzo

II Sessione - Le Aziende Sanitarie

- 15.00 Federalismo fiscale e finanziamento del servizio sanitario nazionale, **Elena Granaglia**
- 15.45 Criteri e modalità di finanziamento delle aziende sanitarie - Il management aziendale, **Eugenio Porfido**
- 16.30 Aspetti ordinamentali in sanità tra legislazione riservata e concorrente, **Domenico Iscaro**
- 17.15 Le Aziende Sanitarie Miste: criticità e prospettive, **Costantino Troise**
- 18.15 Un esempio di gestione sanitaria regionale: il punto sul Lazio, **Donato Antonellis**
- 19.00 Dibattito

- 20.00 Conclusione lavori Iª giornata e firma d'uscita

Sabato 29 maggio 2004

- 8.00 Firma d'ingresso

III Sessione - Il contratto

- 08.30 Il sistema degli incarichi dirigenziali e delle verifiche professionali, **Mario Lavecchia**
- 09.10 Il sistema delle relazioni sindacali e i livelli di contrattazione, **Silvana Dragonetti**
- 10.10 Le modalità di esercizio della libera professione, **Piero Ciccarelli**
- 11.00 Il Contratto collettivo di lavoro integrativo dell'8 giugno 2001, **Gianluigi Scaffidi**
- 11.40 La retribuzione di risultato: operatività e verifiche, **Giuseppe Rosato**
- 12.20 Dibattito
- 13.00 Presentazione indagine ANAAO Assomed su Dipartimenti e Collegio di direzione
- 13.30 Colazione di lavoro
- 14.30 Esercitazione a piccoli gruppi su problemi inerenti gli argomenti trattati con produzione di rapporto finale da discutere con esperto, **Giuseppe Montante**
- 16.30 Compilazione questionario finale di valutazione
- 17.30 Chiusura lavori, firma d'uscita.

*L'ISCRIZIONE AL CORSO È RISERVATA AGLI ISCRITTI ANAAO ASSOMED DELLE REGIONI LAZIO, TOSCANA, ABRUZZO, MOLISE, UMBRIA E MARCHE

DIFENDIAMO IL DIRITTO ALLA SALUTE



16 APRILE

SCIOPERO

DEI MEDICI DI FAMIGLIA, PEDIATRI DI FAMIGLIA,
GUARDIE MEDICHE, EMERGENZA SANITARIA
E MEDICINA DEI SERVIZI

24 APRILE

SCIOPERO

DEI MEDICI DIPENDENTI, VETERINARI,
DIRIGENTI DEL SSN, SPECIALISTI AMBULATORIALI
INTERNI E SPECIALIZZANDI

TUTTI INSIEME A ROMA SABATO 24 APRILE

MANIFESTAZIONE

**PER IL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO E NAZIONALE
PER IL CONTRATTO, PER LE CONVENZIONI**

DALLE ORE 10.00 DA PIAZZA DELLA REPUBBLICA A PIAZZA MADONNA DI LORETO