

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

AVANTI CON LA VERTENZA SALUTE

di **Serafino Zucchelli**

È con profondo orgoglio che registriamo il grande successo di partecipazione e di rilievo mediatico dello sciopero del 9 febbraio 2004. I medici, i dirigenti tutti, e in particolare i nostri associati, hanno dimostrato di aver capito e condiviso i motivi della protesta e i giornali, le radio e le televisioni ne hanno dato una rappresentazione positiva mettendo in rilievo, tra gli obiettivi, la priorità della difesa della medicina pubblica entro la quale trovano legittima collocazione gli interessi della categoria.

Questo è servito, almeno lo speriamo, a cominciare a svelare ai cittadini la minaccia che oggi corre la tutela del diritto alla salute, tanto da indurli a sopportare con pazienza gli inevitabili disagi provocati dalle nostre azioni di protesta.

Risposta del Governo: nessuna. Non si può, infatti, considerare tale lo sblocco della stipula delle code contrattuali, atto dovuto da anni. Il Ministro Sirchia ha dichiarato di condividere le ragioni dello sciopero, ma ha aggiunto che i problemi del finanziamento del servizio e della devoluzione non gli competono. Se così insignificante è il ruolo politico che gli è stato assegnato in questo Governo, pensiamo sarebbe utile per il Ssn e per la sua dignità dimettersi in segno di protesta.

Risultati al di sotto delle aspettative ha dato l'incontro con le Regioni del 3 marzo. Unico elemento di moderata soddisfazione è stata la dichiarazione di disponibilità al rinnovo contrattuale con l'assunzione dell'onere economico del 5,66% per il primo biennio economico, anche in carenza di finanziamenti centrali, e alla riscrittura di quelle parti dell'atto di indirizzo per noi inaccettabili.

Peggiorano, intanto, le condizioni generali del Paese come tutti gli indicatori economici, anche di origine governativa, stanno a dimostrare. Recenti pubblicazioni di centri studi e di ricerca (Eurispes, Ceis etc.) dimostrano il concentrarsi della ricchezza in una cerchia sempre più ristretta di cittadini, con rapido e progressivo impoverimento del ceto medio e delle classi più disagiate che sprofondano spesso al di sotto della soglia di povertà. Questo esigerebbe una più attenta tutela delle posizioni dei più deboli (e la integrale copertura sanitaria ne dovrebbe far parte). È stata imboccata, invece, la strada opposta dell'indebolimento del welfare. Neppure la nostra categoria sfugge a queste dinamiche complessive. Appartendiamo ad un ceto medio

segue a pag. 16

VERTENZA PER LA SALUTE

Tutti i professionisti della sanità uniti nella protesta

Le Organizzazioni sindacali dei dirigenti medici, veterinari, sanitari, tecnico-amministrativi, professionali del Ssn, della dirigenza medica e veterinaria del ministero della salute, dei medici convenzionati e le associazioni degli specializzandi hanno programmato azioni di protesta comuni volte a riaffermare la validità del servizio sanitario pubblico e nazionale, baluardo insostituibile per la tutela della salute dei cittadini.

In particolare il mondo dei professionisti della sanità chiede a Regioni e Governo:

- di finanziare il Ssn in modo adeguato a garantire uniformità di accesso ed equità delle prestazioni per tutti i cittadini
- di fermare l'ulteriore frammentazione della sanità in 21 servizi sanitari diversi
- di rinnovare i contratti e le convenzioni scadute da alcuni anni e per i medici e veterinari del ministero addirittura da sette anni
- di riorganizzare il territorio per garantire ai cittadini l'assistenza 24 ore su 24
- di riqualificare il sistema formativo, prevedendo un contratto di lavoro subordinato per gli specializzandi come previsto dal dlgs 368/99
- di consentire ai medici di poter fare i medici e non i burocrati.

Le organizzazioni sindacali hanno, pertanto, stabilito un calendario di manifestazioni che prevede:

MANIFESTAZIONE UNITARIA CON CORTEO SABATO 24 APRILE A ROMA.

"UN'ORA PER LA SALUTE" 8 E 9 MARZO che ha coinvolto sia la dirigenza del servizio sanitario che i medici convenzionati articolandosi, per i primi in 1 ora di astensione dal lavoro dalle 8.00 alle 9.00 (8 marzo) e un'ora di lavoro devoluta alla Caritas (9 Marzo) e per i secondi in un'ora di stato di agitazione volta a sensibilizzare i pazienti.

UNA GIORNATA DI SCIOPERO NAZIONALE LUNEDÌ 22 MARZO 2004 (indetto dalle organizzazioni sindacali della dipendenza e dagli specializzandi).

UNA GIORNATA DI SCIOPERO NAZIONALE IL 16 APRILE (indetto dalle organizzazioni sindacali dei convenzionati).

La decisione di effettuare gli scioperi in giornate diverse è stata presa per non arrecare ulteriori disagi ai cittadini.

L'organizzazione di queste e di ulteriori azioni di protesta è affidata ad una **UNITÀ DI CRISI** composta da rappresentanti di varie sigle sindacali.

ANAAO ASSOMED - AMSCE - ADONP - ANPO - AUPI - CIDA-SIDIRSS - CIMO-ASMD (CISAL Medici - SNAMI Ospedalieri - UGL Medici - UNIONE MEDICA) - CIPE - CISL FPS - CIVEMP (SIVEMP-SIMET) - CONFEDIR SANITA' [SICUS- SIDAS] - FEDERAZIONE CISL Medici-COSIME (DIRSAN MEDICI-CISAS MEDICI-SAPMI-USPI) - FEDERAZIONE Medici aderente UIL FPL (AMCO - COAS - CUMIAISS - FAPAS - FIALS - FNAM - Nuova ASCOTI - SAPMI - UIL-FPL MEDICI - UMI-UMUS) - FEDERSPECIALIZZANDI (AMSUR-AMSPES-MEDSPI-SPECMI-SPEM) - FESMED (ACOI-ANMCO-ANMDO-AOGOI-FEMEDA-SEDI-SUMI) - FIMMG - FIMP - FP CGIL - FP CGIL Medici - SINAFO - SNABI SDS - SNAMI - SUMAI - UIL FPL DIRIGENZA STAP - UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)

MANDA LA TUA E-MAIL

Al fine di migliorare i servizi agli associati e rendere tempestiva la diffusione delle comunicazioni Anaa Assomed, invitiamo tutti gli iscritti ad inviare il loro indirizzo di posta elettronica - **indicando dati anagrafici e numero di iscrizione** - al seguente indirizzo: posta@anaao.it

SCIOPERO 9 FEBBRAIO

Rappresentanti di Parlamento, Regioni, altre associazioni e un teologo commentano la giornata di protesta a sostegno del Ssn. Da nord a sud lo sciopero raccontato dai responsabili aziendali Anaa Assomed.

Il punto di vista degli assessori Palese e Rossi sulla vertenza salute

SERVIZIO ALLE PAGINE 2-5

CODE CONTRATTUALI

Si è concluso dopo quasi un biennio il capitolo delle "code". L'Aran ha ottenuto il via libera di Palazzo Chigi. All'interno le principali novità normative

SERVIZIO ALLE PAGINE 4-5

SPECIALE REGIONI

Su questo numero focus su: Valle d'Aosta. Intervista all'assessore regionale alla Sanità e al segretario regionale Anaa Assomed

SERVIZIO ALLE PAGINE 6-7

INTERVISTA

Presentato il quarto Rapporto sulle politiche della cronicità. Intervista a Stefano Inglese, segretario del Tribunale dei diritti del malato

SERVIZIO A PAGINA 8

SCIOPERO NAZIONALE DEL 9 FEBBRAIO

Un successo che deve ripetersi

La Vertenza per la salute, partita il 3 dicembre dello scorso anno con la Manifestazione al Teatro Capranica di Roma, e sviluppatasi con le assemblee sui luoghi di lavoro il 20 gennaio, ha raggiunto una grande evidenza con lo sciopero del 9 febbraio. Proponiamo in questo articolo i commenti di alcuni rappresentanti del Parlamento, delle Regioni, di altre associazioni e di un teologo

Grandissimo successo e grandissima soddisfazione per essere riusciti a far comprendere, anche ai cittadini, le vere ragioni dello sciopero: non solo rivendicazioni categoriali, bensì, al primo posto, la battaglia per la difesa del Servizio sanitario nazionale per il quale vanno previste maggiori risorse economiche. Lo sciopero del 9 febbraio scorso si ricorderà come un evento, di quelli che lasciano il segno, e non solo perché ne hanno parlato la televisione e i giornali, ma perché allo sciopero hanno partecipato davvero tutte le organizzazioni sindacali della dirigenza e anche moltissimi professionisti non iscritti ad alcun sindacato. E, caso quanto mai raro, non abbiamo assistito al consueto balletto di cifre sulle percentuali di adesione. Al contrario, nessuno ha smentito quella fornita dai sindacati: 90%.

Nonostante il clamore suscitato dallo sciopero, analizzato come fenomeno sociale da insigni penne del giornalismo italiano, a distanza di un mese, il Governo non ha ritenuto opportuno dare alcuna risposta. L'unico timido segnale è giunto dalle Regioni che, alla richiesta di incontro da parte dei sindacati, hanno accordato un incontro (vedi articolo nel box). All'indomani del 9 febbraio, sul fronte sindacale, si è registrata una importante novità: la partecipazione a pieno titolo delle sigle rappresentative della medicina convenzionata che, condividendo tutti gli obiettivi posti in capo alla "Vertenza per la salute", parteciperanno alle azioni di protesta.

I COMMENTI

I motivi che hanno portato all'apertura della "Vertenza per la salute" e quindi allo sciopero sono noti a tutti, in maniera particolare ai lettori di questo giornale. Così come a nessuno sarà sfuggita la *boutade* del Mi-

nistro Sirchia, che si è dichiarato, inaspettatamente, alleato dei medici. Il "Corriere della Sera" infatti, alla vigilia dello sciopero, ha pubblicato una accorata lettera di Sirchia nella quale assicurava tutto il suo appoggio alle motivazioni che avrebbero indotto da lì a poco la categoria a incrociare le braccia. Inevitabili le reazioni e le polemiche.

Si rischia il "punto di non ritorno. Se il ministro Sirchia dice di stare con i medici, dica allora che non può più stare con questo governo". È la sollecitazione di **Maura Cossutta** (Pdc) rivolta al ministro della Salute. "I medici e gli operatori del Servizio sanitario nazionale in sciopero - afferma - difendono i malati e la sanità pubblica. Chiedono più risorse, più qualità, più formazione, diritti per il personale e diritti per i cittadini".

Critiche all'atteggiamento del ministro sono state rivolte anche dalla diessina **Livia Turco** e dalla responsabile sanità della Margherita **Rosy Bindi**. Quest'ultima ha definito Sirchia "come dottor Jekyll e mister Hyde: dichiara solidarietà alla protesta, ma finora non ha fatto altro che esasperare i professionisti e mortificare la sanità pubblica". Livia Turco ha dichiarato che "dalla lettera del ministro deduciamo che la verifica del governo si è conclusa e che Sirchia non è più ministro della Salute. Non si comprenderebbe altrimenti la ragione per cui di fronte a uno sciopero così inedito se la prenda con i direttori generali".

Secondo l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna, **Giovanni Bissoni**, "per sbloccare uno dei nodi della protesta, il mancato rinnovo contrattuale, basterebbe che il governo ci mettesse nelle condizioni di aprire il tavolo delle trattative per chiarire molte preoccupazioni e dare ai medici il contratto dovuto".

Anche un teologo, monsignor **Mauro Cozzoli**, docen-

te di teologia morale alla Pontificia Università Lateranense, ha voluto commentare l'iniziativa: "Uno sciopero dei medici non è certo un fattore di chiarimento. Può darsi che porterà qualche aumento in busta paga, ma non gioverà a dissipare la nebulosa della sanità, dove è in gioco il bene primario e fondamentale: la vita e la sua salute, che più d'ogni altro dovrebbe esigere politiche e professionalità competenti e sollecite. Una riforma efficace e credibile non può venire solo da un nuovo progetto organizzativo della sanità. Occorre una coscienza etica decisamente polarizzata sul bene comune, del quale la vita e la salute sono espressione primaria e la loro cura e tutela esigenze irrinunciabili".

Alfiero Grandi, deputato, Ds ha commentato affermando che "la giornata di protesta del personale sanitario è un'azione clamorosa. Cinquantadue sigle partecipano alla protesta, dai primari al personale non medico, mettendo in campo un fronte compatto contro la politica del Governo. È un grido di allarme che deve essere ascoltato perché, come affermano giustamente, è in causa la sopravvivenza del Sistema sanitario nazionale". "Il governo ha tagliato le risorse - ha detto Grandi - e ora la mancanza di finanziamenti adeguati mette a rischio la qualità delle prestazioni che debbono essere garantite ai cittadini".

Roberto Formigoni, presidente della Lombardia, ha ricordato che anche le Regioni hanno "una trattativa aperta col governo sulla rivalutazione del fondo sanitario nazionale perché la spesa sanitaria è cresciuta in modo significativo e quindi l'adeguamento sanitario si impone di per sé". "I medici hanno diversi interlocutori" ha proseguito. "Lasciamo che si svolga l'interlocuzione che mi sembra riguardi soprattutto il Governo nazionale, anche se solleva temi che interessano tutto il sistema sanitario".

Solidarietà è giunta dagli infermieri. Per **Annalisa Silvestro**, presidente dell'Ipasvi "non è pensabile che dei professionisti non evidenzino disagi che derivano dal mancato rinnovo del contratto". Ma c'è pieno sostegno degli infermieri anche per l'altra rivendicazione dei medici e cioè il mantenimento pieno del servizio sanitario nazionale: "in merito all'ipotesi di ridimensionamento del sistema sanitario a governo pubblico - ha sottolineato Silvestro - non è pensabile che si smantelli un bene prezioso che abbiamo e che ci viene invidiato da tutto il mondo occidentale".

Di fronte a tanto clamore e alla sorprendente eco mediatica dell'evento, il silenzio del Governo è stato ancor più evidente e preoccupante. L'unica voce della maggioranza che si è fatta sentire, oltre a quella del ministro, è stata quella di un suo predecessore, **Raffaele Costa**. "L'alta adesione allo sciopero dei medici è sintomo di un malessere diffuso nei confronti del quale occorre che il mondo politico, a livello di Stato e Regioni, dimostri forte sensibilità". "Gli appelli ad intervenire - ha detto Costa - sono stati numerosi ed hanno ottenuto il consenso del ministro competente. Si tratta ora di passare dalle intenzioni ai fatti: fatti di natura politica attraverso una legge che riveda il rapporto con la categoria, fatti di natura amministrativa che consentano di controllare meglio, soprattutto a livello regionale, la gestione della spesa. Essere indifferenti di fronte ad una situazione di disagio potrebbe costare caro".

Un buon consiglio da dare ai suoi colleghi di partito e di maggioranza.

Incontro sindacati-Regioni Previsioni catastrofiche per la sanità

L'incontro accordato dalle Regioni a seguito della richiesta dei sindacati, si è svolto, dopo una serie di rinvii, il 3 marzo, alla vigilia delle manifestazioni dell'8 e 9. Ma i sindacati, per prima l'Anao Assomed, si sono recati in via Parigi senza nutrire particolari speranze di poter ottenere una qualche risposta ai problemi posti dalla Vertenza per la salute e tantomeno, quindi, la possibilità di poter sospendere, come qualcuno aveva ipotizzato, le agitazioni. Anzi, le dichiarazioni a dir poco allarmanti degli assessori presenti - Gava, Coordinatore degli Assessori, Bissoni dell'Emilia Romagna, Colozzi della Lombardia e Palese della Puglia - hanno rappresentato un incentivo in più ad andare avanti, compatti e senza esitazioni.

Gli argomenti trattati sono stati:

- 1) la spesa sanitaria e l'inadeguatezza del finanziamento pubblico che uniti al disegno di legge di modifica costituzionale in votazione al Senato, mettono in gravi difficoltà il Ssn;
- 2) le modifiche da apportare alla organizzazione aziendale per favorire il coinvolgimento dei medici nella "clinical governance" e la possibilità di un orientamento comune delle Regioni su tale argomento;
- 3) i contenuti dell'atto di indirizzo e sue modifiche;
- 4) le assicurazioni;
- 5) l'applicazione del dlgs 517/99 e la possibilità di un suo superamento attraverso provvedimenti di legge regionali possibili dopo la modifica del titolo V.

Rispetto al primo punto le Regioni hanno raffreddato le timide speranze nate all'indomani dell'ultimo incontro dei governatori con il

ministro dell'economia, Giuliano Tremonti, dal quale sembravano essere scaturite possibilità di più consistenti finanziamenti per le Regioni stesse. Al contrario, il problema della sostenibilità del servizio sanitario nazionale è talmente preoccupante da spingere le Regioni a previsioni quasi catastrofiche: il 2004 sarà l'anno del disavanzo record per la sanità e il 2005 sarà l'anno del non ritorno poiché sulla sanità si accumuleranno tali debiti che sarebbe necessaria una finanziaria solo per questo settore. Con queste premesse, il cammino sarà difficilissimo.

Rispetto alla possibilità di azioni comuni per far fronte a queste emergenze, le Regioni, riconosciuta piena condivisione della loro analisi con quella delle associazioni sindacali, ritengono opportuno promuovere azioni separate, seppur convergenti, per mantenere la corretta distinzione tra ruolo delle istituzioni e sindacati.

Si è discusso anche del contratto di lavoro ed è stato ribadito il giudizio unanime e negativo sui contenuti dell'atto di indirizzo. Le Regioni hanno espresso la volontà di garantire il rinnovo del primo biennio con un incremento pari al 5,66%, nonostante il mancato finanziamento statale, e la disponibilità ad apportare modifiche all'atto di indirizzo che, a loro parere, non sarebbe stato compreso nel suo vero significato. Poca attenzione è stata riservata ai problemi dell'organizzazione aziendale, delle assicurazioni e nessuna al tema del rapporto tra Regioni e università. Preso atto della chiusura del Governo nei confronti delle richieste delle Regioni e dei Sindacati e della modestia degli impegni assunti dalle regioni, non rimane altro che proseguire con il calendario delle manifestazioni concordate.

LA PROTESTA "IN DIRETTA": COS'È SUCCESSO NEGLI OSPEDALI ITALIANI IL 9 FEBBRAIO

"Il nostro sciopero è un investimento"

di Lucia Conti e Stefano Simoni

Le ragioni della "vertenza salute" nelle realtà locali, dove si sono raccolte adesioni massicce anche tra i colleghi non sindacalizzati. Da Brescia a Palermo, da Lecce a Torino: le voci dei responsabili aziendali Anaa Assomed raccontano una grande giornata di sciopero

Ospedali deserti o quasi, partecipazione elevata con picchi anche del 100% in alcune realtà, adesione numerosa anche da parte dei colleghi non sindacalizzati, sintomo che la misura è ormai colma da parte di tutti. Le assemblee sindacali di preparazione alla giornata di astensione dal lavoro sono state spesso infuocate e ovunque si è lavorato per dare un'informazione a tappeto sulle cronache locali dei giornali, in modo da ridurre al minimo gli eventuali disagi alla popolazione e spiegare i motivi di protesta dei medici. Una protesta fortissima, articolata anche con fantasia, come raccontano alcuni dei responsabili aziendali Anaa Assomed distribuiti su tutto il territorio nazionale, da Nord a Sud, compreso il Centro e le Isole.

Lombardia

CLAUDIO MACCA, A. Ospedali Civili Brescia

"Da noi la maggior parte dei medici ha lavorato senza timbrare il cartellino e l'opinione pubblica ci è sembrata più vicina alle nostre ragioni di quanto non lo fosse qualche anno fa. Il fatto è che ormai molti hanno capito che affidare al privato la salute dei cittadini è irresponsabile e rischioso, perché non ci sarebbe alcun sistema di verifica, controllo e reale accreditamento. Il ministro della Salute Girolamo Sirchia, invece, non sta dando ai medici il ruolo e l'attenzione che spetta loro, che sono la pietra angolare della sanità, dalla clinica alla gestione. In futuro è necessario che sindacati e politica si parlino con più attenzione, per capire e risolvere i problemi del Ssn che è conquista irrinunciabile".

Liguria

DOMENICO DATO, Usl 3 Genovese

"Prima dello sciopero abbiamo organizzato un'assemblea intersindacale e delle mini-assemblee nella maggior parte dei sette presidi che costituiscono la nostra Asl: il risultato è stata un'adesione allo sciopero dell'80%, ma senza particolari disagi per i cittadini che anzi lo hanno condiviso, anche per le modalità con cui è stato preannunciato e per come sono stati riprogrammati tempestivamente esami e visite. Il tema portante dello sciopero è stato senz'altro quello della tutela del servizio sanitario, cui si sono intrecciati argomenti più prettamente sindacali come l'indennità e l'esclusività di rapporto".

Piemonte

GIANLUCA RUIU, Ospedale Molinette Torino

"Per la prima volta ci siamo trovati l'ospedale deserto, visto che hanno aderito allo sciopero anche tutti gli amministrativi. I cittadini erano tutti assolutamente d'accordo con le nostre rivendicazioni: abbiamo distribuito 2.000 volantini e a contestare la nostra iniziativa di protesta sono state non più di dieci persone. D'altra parte i motivi della protesta vanno ben al di là di una semplice rivendicazione sindacale: la difesa del Ssn unisce medici e cittadini, che in molti sono tornati casa dicendo 'avete ragione'".

Emilia-Romagna

GIANCARLO PIZZA, Ospedale S. Orsola Bologna

"Il rischio della sanità italiana, oggi, è ritrovarsi con 21 piccoli servizi sanitari, perdere la possibilità di fare un contratto collettivo nazionale e restare alla mercé delle situazioni più disparate e disagiate. Anche il controllo delle pre-

scrizioni da parte del ministero dell'Economia è una follia: non è che non vogliamo essere controllati, ma non è questo il metodo. Sono stati questi motivi che hanno prodotto un'adesione allo sciopero del 90%. È la prima volta che vedo un'adesione così forte e spontanea: hanno partecipato anche molti colleghi universitari e non sindacalizzati, hanno scioperato reparti e unità operative dove c'era magari un solo iscritto al sindacato. Nessun disagio, grande partecipazione e risalto sulla stampa, tanto che gli stessi cittadini ci hanno chiesto cosa possono fare per sostenerci. Ora stiamo lavorando per far sentire la nostra voce anche a livello locale, per esempio convocando la V Commissione Sicurezza sociale del Comune affinché possa ascoltare le ragioni dei medici e estendendo l'invito anche ai parlamentari eletti nella circoscrizione. Credo che possa servire, visto che il capo del Governo, Silvio Berlusconi, ha spesso preso posizione contro lo sciopero dei giudici ma non ha speso una parola per quello dei medici: eppure 150 mila operatori che lavorano in un settore essenziale del Paese dovrebbe pur significare qualcosa. Forse spera di farci sbollire, ma si sbaglia".

Toscana

ALFONSO BRESCIA, Asl 9 Grosseto

"C'è stata una partecipazione elevata, anche da parte dei medici non sindacalizzati e con i cittadini tutto è filato liscio, perché la notizia dello sciopero era stata ben pubblicizzata anche dai giornali. Credo che sia diffusa la sensazione che chi ci governa sia disattento ai problemi sanitari e per questo ora bisogna battere il ferro finché è caldo. Faremo altre manifestazioni, quindi, sempre continuando a garantire i servizi necessari. Probabilmente il ministro Sirchia è davvero solidale con noi, ma poi è impotente nell'azione politica, contrariamente all'ex ministro della Sanità Rosy Bindi, che spesso abbiamo criticato ma che si faceva molto sentire all'interno del suo Governo".

Marche

LEO MENCARELLI, Coordinatore provinciale Pesaro

"L'adesione alla 'vertenza salute' è stata numericamente consistente, più di quanto non sia successo in altri momenti di agitazione sindacale. I cittadini, per quello che ho potuto rilevare, hanno vissuto lo sciopero senza grandi problemi organizzativi: non c'è stato caos, ma una gestione ben fatta. Non c'è stata infatti nessuna ribellione contro il personale scioperante, com'è avvenuto altre volte, a dimostrazione che la nostra rivendicazione è stata compresa".

Lazio

MARCO BENEDETTI, Asl Roma F

"Lo sciopero puntava soprattutto alla salvaguardia del Servizio sanitario nazionale e al rinnovo dei contratti, ma nella nostra Azienda si sono aggiunte anche ragioni specifiche: finanziamenti promessi e mai arrivati, problemi di mancanza di personale. Ma l'adesione così massiccia è dovuta soprattutto alla preoccupazione per la situazione attuale della sanità italiana, minacciata nella sua stessa sopravvivenza dalla mancanza di finanziamenti. Mi sembra che il Governo sia molto confuso sul da farsi, a cominciare dallo strano sostegno che ha dato allo sciopero il ministro della Salute Girolamo Sirchia. Certo, visto che co-

munque continua a non dare risposte, ritengo che in futuro sarà necessario insistere nella protesta".

Campania

VINCENZO BENCIVENGA, Asl 3 Napoli

"La ragione dello sciopero non è stata puramente economica: il timore più grande è lo smembramento del Ssn, dei principi di universalità ed equità nella tutela della salute. I cittadini hanno compreso che lo sciopero non era contro di loro, ma anzi a loro tutela. Oggi sembra che la sanità sia un semplice conteggio economico, ma la sanità non è un costo, è un investimento. Neanche la spesa farmaceutica sarebbe un problema se si studiasse il modo migliore per investire le risorse. La verità è che il Governo non sa che cosa vuole fare della sanità. Se non avremo risposta, ci saranno altre manifestazioni più agguerrite e capillari".

Puglia

ALDO PAOLILLO, Asl Lecce 2

"Qui a Lecce ci siamo attestati sul 90% delle adesioni, con una forte partecipazione anche dei non sindacalizzati. Per preparare questa giornata abbiamo svolto assemblee molto infuocate, nelle quali si è cercato di spiegare la gravità della situazione del Ssn. Abbiamo parlato anche della scarsa attenzione rivolta dall'amministrazione regionale alla sanità pubblica, opposta alla grande attenzione per la sanità privata: il piano di riordino regionale da noi ha tagliato di più non posso, mentre il privato è rimasto quello che era. La cittadinanza è stata messa in guardia sul possibile futuro della sanità in queste condizioni, perché è sempre il servizio pubblico che si fa carico dell'universalità delle prestazioni. Ora dobbiamo alzare il livello della protesta e penso che la gente ci seguirà".

Sicilia

AURELIO AJOVALASIT, Ospedale Civico di Palermo

"A livello locale la partecipazione è stata inferiore a quella nazionale: in alcuni reparti c'è stata una buona adesione, ma altri hanno ignorato completamente la manifestazione. Anche le iniziative locali - assemblee e quant'altro - che hanno preceduto lo sciopero, sono state in larga misura disertate. Temo che i colleghi non abbiano ben compreso quali possano essere le conseguenze di un federalismo "spinto", oppure che ritengano sufficiente che soltanto qualcuno scioperi, confidando sul fatto che alla fine i benefici ci saranno per tutti. Forse hanno capito meglio le ragioni della nostra protesta i pensionati e gli infermieri".

Sardegna

SANDRO LOCHE, Usl 8 Cagliari

"Nella nostra azienda l'adesione è stata intorno all'80%, coinvolgendo anche i non sindacalizzati, molto sensibili alle difficili condizioni di lavoro e al carico di responsabilità che il paziente lascia sulle spalle del medico, il quale spesso non ha gli strumenti per far fronte ai disagi per problemi che provengono da carenze economiche, organizzative, legislative. I cittadini non hanno reagito male, anche se uno sciopero dei medici non fa mai piacere. Con questo sciopero abbiamo fatto un investimento, ma a parte le affermazioni demagogiche del ministro della Salute Girolamo Sirchia, le reazioni del mondo politico non sono certo state confortanti".

VISTO DALLE REGIONI

Sciopero: perché sì, perché no

Due regioni, una del sud e una del centro-nord, due modi diversi di leggere il problema e di dare, dunque, soluzioni. Toscana e Puglia, attraverso i propri assessori analizzano l'andamento della protesta

Un giro d'orizzonte a 360 gradi sulla giornata di sciopero del 9 febbraio scorso, non poteva non includere l'opinione delle Regioni.

Due assessori, Rocco Palese, responsabile del Bilancio della Puglia ed Enrico Rossi, assessore alla Sanità della Toscana, sono stati interpellati da "Dirigenza Medica" per ragionare sul ruolo che "gli enti locali" potranno svolgere all'interno del confronto serrato che è nato tra Governo, da un lato, e Organizzazioni sindacali dall'altro. Due realtà, quella della Puglia e della Toscana assolutamente diverse da un punto di vista geografico (e l'importanza di questo fattore è nota), politico, di organizzazione sociale e dunque di risposte da dare alla domanda di salute della popolazione.

ROCCO PALESE

Assessore al Bilancio della Regione Puglia

"La crisi del sistema è riconducibile agli accordi di Maastricht"

"Le Regioni stanno svolgendo da tempo un ruolo importante nel confronto tra Governo e Regioni. Alcuni esempi in questa direzione possono essere: le linee di indirizzo da noi scritte e presentate all'Aran per la chiusura del Contratto; ma anche quello che abbiamo fatto, sollecitando l'Esecutivo ad aggiungere quelle risorse necessarie per il nuovo accordo in finanziaria monitorando sempre la situazione. Questo atteggiamento, vale a dire la pressione sul Governo affinché venissero superati i rilievi posti dalla Corte dei Conti in merito all'ultimo contratto,

hanno prodotto risultati positivi che sono sotto gli occhi di tutti. I motivi che hanno portato allo sciopero sono diversi e hanno radici antiche, non nascono certo oggi e di conseguenza non derivano da decisioni assunte dell'attuale Governo nazionale. La situazione economica attuale del nostro Paese è una conseguenza derivante dagli impegni assunti a Maastricht e bisognerebbe tornare lì, in quella sede e ripensare il concetto di assistenza. Personalmente nelle misure portate avanti dal Governo, al contrario di quanto si dice da più parti, vedo una salvaguardia del Servizio sanitario nazionale per un motivo molto semplice: se così non fosse, non ci sarebbe tutta quest'attenzione a rispettare i vincoli economici del trattato di Maastricht che purtroppo costringono il nostro Paese, come tutti gli altri, e impediscono una libertà di manovra

CCNL 1998-2001

Le novità normative delle code contrattuali

Dopo circa due anni si è chiuso l'annoso capitolo delle code contrattuali, la Corte dei Conti non ha però dato la sua certificazione. Nonostante ciò, l'Aran ha ottenuto il via libera da parte di Palazzo Chigi che continua ad assumere comportamenti incoerenti

Il 10 febbraio scorso si è, finalmente, conclusa la vicenda delle code contrattuali iniziata circa due anni fa. Infatti, nonostante la mancata certificazione da parte della Corte dei Conti, sulla quale non vogliamo entrare nel merito, l'Aran ha chiesto ed ottenuto l'approvazione del Consiglio dei Ministri alla sottoscrizione.

Vogliamo a tal proposito sottolineare l'incoerenza del Governo che, a fronte della delegificazione del Ccnl della dirigenza medica (avendo questa molto responsabilmente accettato la trasformazione del rapporto di lavoro da pubblico a privato) continua a mantenere una procedura di approvazione dei contratti tipica del pubblico impiego e cioè lunga, farraginosa ed inutile. Bisognerà che la nostra controparte governativa si decida ad essere coerente e consequenziale con la scelta politica, già operata da tempo dalla dirigenza medica e della trasformazione del suo rapporto di lavoro. In caso contrario si può pensare che questa dicotomia serva da alibi alle inadempienze contrattuali nei nostri confronti o se, ancora peggio, non nasconda la voglia di un ritorno al passato da parte di questo Governo. I contenuti normativi ed economici sono immediatamente effettivi e applicabili dallo stesso 10 febbraio, giorno in cui l'accordo è stato sottoscritto e pubblicato sul sito dell'Aran.

LE PRINCIPALI NOVITÀ E MODIFICHE

Rinviamo al sito www.anaao.it la lettura del testo completo, evidenziamo, di seguito, le parti più importanti dell'accordo, sintetizzando, secondo l'ordine del

l'articolo, le principali novità e modifiche che dette code apportano al Ccnl.

Articolo 3. Contributi sindacali - Il comma 4 prevede l'individuazione locale di un sistema di monitoraggio degli iscritti, cancellati e trasferiti.

Articolo 5. Determinazione dei compensi per ferie non godute - Si stabilisce che in caso di mobilità volontaria il dirigente medico e veterinario ha il diritto a portarsi nella nuova Azienda anche i giorni di ferie non goduti, salvo raggiungere un accordo con l'Azienda di provenienza per la loro monetizzazione. Ci risulta che parecchie Aziende, invece, hanno creato ostacoli in quanto le aziende di arrivo pretendono il dirigente trasferito a zero giorni di ferie arretrate e le aziende di partenza non intendono concedere le ferie maturate, pur se richieste, adducendo motivi di servizio.

Attenzione: la validità di questo articolo decorre dall'entrata in vigore delle code.

Articolo 7 - Il recepimento di una specifica direttiva europea sull'orario di lavoro, attraverso il D.Lgs. 66/2003, introduce una diversa organizzazione del lavoro per i dipendenti ma consente deroghe per i dirigenti; ecco perché il suddetto D.Lgs. non ha riflessi vincolanti sull'organizzazione del lavoro (orario, turni, etc.) dei dirigenti medici e veterinari normata dal Ccnl.

Articolo 9. Assenze per malattia - Questo articolo integra l'art. 24 del Ccnl 5/12/96.

In caso di patologie gravi che richiedano terapie salvavita ed altre ad esse assimilabili, secondo le indicazioni dell'ufficio medico-legale dell'Azienda, vengono esclusi dal computo dei giorni di assenza per malattia i relativi giorni di ricovero o day-hospital e i giorni di

assenza dovuti alle citate terapie; inoltre, in tali giorni il dirigente ha diritto all'intera retribuzione.

Articolo 10. Aspettativa - Questo articolo sostituisce, dalla data di entrata in vigore delle code, il corrispondente art. 19 del vigente Ccnl.

Il comma 5 è innovativo e prevede che qualora l'aspettativa per motivi di famiglia venga richiesta per l'educazione e l'assistenza dei figli fino al sesto anno di età, tali periodi - pur non computabili ai fini della retribuzione e dell'anzianità - sono utili ai fini degli accrediti figurativi per il trattamento pensionistico.

Il comma 8 lett. c) prevede anche l'aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza di anzianità per la durata di due anni e per una volta sola nell'arco della vita lavorativa per i gravi e documentati motivi di famiglia individuati dal regolamento interministeriale del 21 luglio 2000 n. 278 pubblicato su G.U. 11 ottobre 2000 serie generale n. 238.

Articolo 11. Altre aspettative previste da disposizioni di legge - Prevede la concessione dell'aspettativa per motivi di studio per i dirigenti medici con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ammessi ai corsi di dottorato di ricerca oppure che usufruiscono di una borsa di studio di cui alla L. 398/1989; è prevista, altresì, l'aspettativa per i dirigenti il cui coniuge presta servizio all'estero e per tutto il tempo di permanenza all'estero del coniuge stesso salvo revoca, con preavviso di almeno 15 giorni, per imprevedibili ed eccezionali ragioni di servizio.

Articoli 12 e 13 - Si riconoscono alcuni benefici (diritto alla conservazione del posto e, in parte, alla retribuzione, riduzione dell'orario di lavoro, concessio-

in termini finanziari. Francia e Germania ad esempio stanno vivendo una forte crisi al punto da non essere in grado di rispettare il 'Patto di stabilità'. Questo per dire che se il sistema scoppia, scoppia per tutti. Il problema adesso è capire come reperire nuove risorse. Ma, ripeto, io non vedo una linea del Governo tesa a smontare la sanità pubblica. Le criticità rilevate nella spesa sanitaria dei Paesi europei sono riconducibili a due elementi: l'invecchiamento della popolazione e l'innovazione tecnologica. In altri termini aumentano i vantaggi ma anche i costi.

Per azzerare gli effetti negativi di ciò si può, per esempio, pensare di intervenire sui costi della previdenza recuperando quelle risorse utili che possono essere trasportate sull'assistenza sanitaria. Una soluzione, forse, anche semplicistica ma che potrebbe dare sospiro e sollievo a un settore che è in sofferenza".

ENRICO ROSSI

Assessore alla Sanità Regione Toscana

"Il Governo pensi alle funzioni di coordinamento e non intervenga sulle questioni di dettaglio"

Assessore Rossi, in che modo le Regioni possono intervenire nella vertenza nata tra Governo e sindacati?

Mi verrebbe da rispondere che se il ministro della Salute, Girolamo Sirchia, è d'accordo con i medici che hanno scioperato allora è tutto risolto.

Scherzi a parte, è stupefacente che il ministro Sirchia ab-

bia dichiarato di essere d'accordo. Magari se ci fosse stato un corteo sarebbe stato anche in testa. Il punto mi sembra questo: io sono per una sanità ovviamente governata dove anche il sistema aziendale, inteso come strumento, viene attuato fino in fondo. Tuttavia, ci sono dei limiti legati ad esempio al fatto che quest'anno con il rinnovo dei contratti se non verranno fatte valutazioni adeguate del Fondo sanitario nazionale nessuna Regione potrà farcela e questo può arrivare a creare una situazione di grande sofferenza. Lo dico, peraltro, da assessore di una Regione, come la Toscana, che sui conti si colloca nella fascia cosiddetta medio-alta. Però, tutto ha un limite e senza risorse si crea certo una situazione di insopportabile tensione. Stiamo vivendo un clima di incertezza per una sanità sostanzialmente abbandonata senza un adeguato finanziamento e dove addirittura si prospetta una "devolution" che scardinerebbe il Servizio sanitario nazionale. Questo sistema crea difficoltà a tutti, a cominciare dagli operatori che prima degli altri sono sensibili alle direzioni che prende la politica nazionale.

Lo sciopero, è stato costruito su "parole d'ordine" molto forti e di sicuro impatto su tutta la categoria, qual è la sua valutazione in merito?

Condivido buona parte delle motivazioni dello sciopero. Lo sciopero è stato molto politico e nazionale. L'affermazione è condivisibile nel complesso, a volte, però, mi pare che scatti un elemento corporativo della categoria dei medici che mi piace meno. In altri termini è come se tutte le

colpe fossero della politica. Se a volte questo è vero, ci sono delle occasioni in cui le responsabilità della politica sono equamente divisibili con quelle di altri settori. Io penso che i medici da soli non vincono la partita e nemmeno la buona politica vince da sola. Non è, questo comunque, l'aspetto prevalente e spero che ci sia modo di dialogare. La parte migliore del mondo medico non rifiuta una politica che presidia le funzioni di indirizzo e di programmazione, è la parte del mondo medico che non rifiuta l'idea di un'azienda usata come strumento per dare le risorse al fine della salute.

Io credo che una buona dose di federalismo corporativo sia un modo per salvare il Servizio sanitario nazionale dopo che il Governo centrale ha compiuto lo sforzo maggiore in termini, per esempio, di finanziamento. Adesso con il governo delle Regioni si può dare impulso alla creazione di servizi e al governo dei servizi stessi. Anche su questo punto, credo che il problema non sia tanto quello di rinunciare al federalismo, quanto piuttosto di trovare il giusto bilanciamento per mantenere un quadro nazionale e successivamente un'articolazione regionale. Io sono contro un federalismo che da un punto di vista finanziario sia di abbandono, ma al tempo stesso sono anche contrario ad un alto ruolo di indirizzo. È singolare che questo Governo intervenga molto sulle questioni di dettaglio, organizzative, che sarebbero più compito delle Regioni e poi invece non voglia assumersi una funzione di coordinamento e di indirizzo.

Stefano Simoni

ne di permessi giornalieri, assegnazione a compiti diversi da quelli abituali) ai dirigenti che, portatori di tossicodipendenza o alcoolismo o handicap, si impegnano a sottoporsi ad un progetto terapeutico di recupero. Questi articoli disapplicano gli artt. 89 e 90 del Dpr 384/90.

Articolo 15. Congedi dei genitori - Si riportano i diritti già sanciti dal D.Lgs. 151/2001 da cui i dirigenti medici, fino ad oggi, erano esclusi essendo il citato D.Lgs. intervenuto successivamente alla entrata in vigore del Ccnl; inoltre, si normano ulteriori regole di natura economica specie per le lavoratrici madri. Questo articolo sostituisce l'art. 26 del Ccnl 5/12/96.

Articolo 17. Passaggio diretto ad altre amministrazioni dei dirigenti in eccedenza - Esperite le procedure di cui all'art. 33 del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda stila un elenco dei dirigenti in esubero e che non possono essere collocati in ambito locale e lo comunica alle altre Aziende del comparto ed anche ad altri enti ed amministrazioni di diverso comparto, ove presenti in ambito provinciale e regionale; tali aziende, enti ed amministrazioni comunicano entro 30 giorni dalla ricezione del citato elenco, il numero dei posti vacanti per i quali sussiste l'assenso al passaggio diretto dei dirigenti in esubero, che potranno, successivamente, scegliere la nuova sede.

Articolo 18. Formazione - Si è collocata in ambito contrattuale l'Ecm, a tutt'oggi non finanziata, ritenendo che al tavolo negoziale, vista l'assoluta insensibilità del ministro della Salute sull'argomento, sarà meno difficile normare una materia obbligatoria, comportante, da una parte penalizzazioni e, dall'altra, una totale mancanza di finanziamenti specifici.

Articolo 21. Ricostituzione del rapporto di lavoro - Disapplicando l'art. 59 del Dpr 761/79 introduce la regola per cui il dirigente che abbia interrotto il proprio rapporto di lavoro può chiederne, entro due anni dalla cessazione dal servizio, la ricostituzione; l'Azienda deve pronunciarsi entro 60 giorni dalla richiesta subordinando l'accoglimento della stessa richiesta alla disponibilità del corrispondente posto e all'accertamento dell'idoneità fisica nel caso la cessazione dal servizio sia avvenuta per motivi di salute. In ossequio ad una recente pronuncia della Corte Costituzionale il dirigente riammesso è, però, collocato nella posizione economica iniziale ma con possibilità al conferimento di un incarico ove prima della cessazione dal servizio avesse superato un quinquennio di servizio.

Articolo 23. Diritti derivanti da invenzioni industriali - Richiamandosi all'art. 2590 del codice civile norma i diritti derivanti al dirigente da invenzione industriale

nell'ambito dell'impresa.

Articoli 26 e 27 - Specificano e definiscono le voci che concorrono alla retribuzione e alla struttura dello stipendio.

Articolo 28. Lavoro straordinario - Chiarisce che le prestazioni di lavoro straordinario sono consentite ai dirigenti ex I livello per i servizi di guardia, pronta disponibilità nonché per altre attività non programmabili; tali ore lavorative possono essere compensate, a domanda del dirigente, con riposi sostitutivi da fruire, compatibilmente con le esigenze di servizio, entro il mese successivo.

Articolo 29. Rischio radiologico - Allarga in modo chiaro il diritto a tale indennità ai medici non radiologi ma che siano esposti in modo permanente al rischio radiologico, delegando l'accertamento delle "zone controllate" ai soggetti a ciò preposti in base alle vigenti disposizioni.

Articolo 32. Trattamento di trasferta - Norma, anche sotto il profilo economico, i diritti dei dirigenti in caso di trasferta.

Articolo 33. Trattamento di trasferimento - Al dirigente trasferito dall'Azienda in altra sede per motivi organizzativi legati a ristrutturazione aziendale e ove tale trasferimento comporti la necessità dello spostamento dell'abitazione in altro comune spettano: indennità di trasferta per sé ed i familiari, rimborso spese viaggio per tutta la famiglia, rimborso spese per trasporto mobili, rimborso spese di imballaggio, resa e presa a domicilio, indennità chilometrica nel caso di spostamento con autovettura propria, indennità di prima sistemazione.

Articolo 37 - Prevede un incremento (derivante sempre dal finanziamento complessivo dello 0,92%) pari allo 0,32% del monte salari annuo calcolato al 31 dicembre 1999 del fondo di cui all'art. 9 del vigente Ccnl II biennio economico 2000-2001 (finanziamento dell'indennità di specificità medica, della retribuzione di posizione, dell'equiparazione, dello specifico trattamento economico nei casi previsti, dell'indennità di incarico di direzione di struttura complessa); tale incremento non assorbe quello già previsto dal 1° Luglio 2001 ma è aggiuntivo.

Articolo 38. Clausole integrative ed interpretative - I commi 1 e 2 chiariscono alcune norme di carattere economico del Ccnl; il comma 3 consente esclusivamente ai dirigenti medici di ex II livello che abbiano optato entro il 14 Marzo 2000 per il rapporto esclusivo e che, a tale data, si trovavano in aspettativa per mandato elettorale o sindacale ovvero per il conferimento dell'incarico di direttore generale o sanitario, qualora non abbiano inoltrato la domanda per essere sottoposti al-

la verifica nei termini previsti dall'art. 30 del vigente Ccnl di potere, in via eccezionale, chiedere detta verifica entro trenta giorni dall'entrata in vigore delle code. La verifica avverrà entro due mesi dal rientro in servizio ed, ove ciò sia già avvenuto, entro i due mesi successivi alla domanda.

Articolo 39. Modalità di applicazione di benefici economici previsti da discipline speciali - L'articolo si riferisce a benefici derivanti da causa di servizio e congedo per cure agli invalidi; il comma 6 assegna un periodo di ferie aggiuntive pari a 8 giorni da usufruire in un'unica soluzione nell'arco dell'anno solare al personale medico anestesista esposto ai gas anestetici.

Articolo 40. Tentativo obbligatorio di conciliazione - Prevede l'obbligo del tentativo di conciliazione per tutte le controversie individuali; i dirigenti potranno avvalersi delle procedure di cui all'art. 66 della 165; in caso di mancata conciliazione il dirigente può adire l'Autorità giudiziaria ordinaria o, in alternativa, procedere ad un arbitrato.

Articolo 41. Procedure di conciliazione in caso di recesso - È un articolo importante in quanto il comma 1 non solo ribadisce ma, attraverso il richiamo al Ccnl, stipulato il 24 Ottobre 2001, di interpretazione autentica dell'art. 23 del vigente Ccnl rafforza il ruolo del Comitato dei Garanti evidenziando la natura vincolante del parere di questo nei confronti delle Aziende. Non sembri strano il contenuto del comma 6 che prevede che in caso di licenziamento ritenuto ingiustificato in sede di conciliazione o di arbitrato l'Azienda può non procedere alla riassunzione del dirigente (fatto salvo il diritto di questi ad adire l'Autorità giudiziaria); tale aspetto scaturisce dalla contrattualizzazione del rapporto di impiego del dirigente medico e veterinario non più "pubblico impiegato".

Articolo 42. Inquadramento dei dirigenti medici e veterinari del Ssn nelle Arpa - Detta norme di inquadramento relativamente al personale interessato.

Articolo 43. Codice di comportamento relativo alle molestie sessuali nei luoghi di lavoro - Prevede l'adozione, da parte delle aziende, di uno specifico codice di condotta relativo ai provvedimenti da assumere nella lotta contro le molestie sessuali nei luoghi di lavoro come previsto da specifica raccomandazione della Commissione Europea del 27 novembre 1991 n. 92/131/Cee; a tale scopo viene allegato, a titolo esemplificativo, il codice tipo valido per tutte le aree negoziali del comparto sanità.

Gianluigi Scaffidi
Vice Segretario Nazionale
Anaa Assomed

Val d'Aosta

LA SANITÀ NELLA REGIONE VAL D'AOSTA

Territorio e integrazione tra sociale e sanitario sono le armi per un'assistenza efficiente e capillare

LA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA DISPONE DI UN'UNICA UNITÀ SANITARIA LOCALE. IL BACINO DI UTENZA DELL'AZIENDA USL COMPRENDE PERTANTO TUTTO IL TERRITORIO REGIONALE, OSSIA 74 COMUNI E UNA POPOLAZIONE COMPLESSIVA DI CIRCA 120.500 RESIDENTI

di Lucia Conti

PIANO SOCIO-SANITARIO 2002-2004

Il Piano socio-sanitario regionale 2001-2004 si presenta con alcuni punti di contatto con il precedente Piano che sono: il decongestionamento dell'ospedale da tutte le prestazioni improprie e a basso contenuto clinico e la conferma del modello satellitare; la valorizzazione e il potenziamento dei servizi territoriali; l'integrazione socio-sanitaria. Ci sono poi con alcuni aspetti innovativi che riguardano il ruolo di committenza assegnato al distretto come interprete principale dei bisogni socio-sanitari; lo sviluppo della riabilitazione; la valorizzazione delle strategie di prevenzione e di tutela ambientale; l'impulso dato ai sistemi per la conoscenza e la comunicazione, quali l'osservatorio epidemiologico e per le politiche sociali e il sistema informativo socio-sanitario regionale; la regolamentazione di una politica basata sulla razionalizzazione e sulla responsabilizzazione della spesa a fronte di precisi livelli quali-quantitativi di prestazioni da erogare. L'attuazione del Piano lascia dunque prevedere l'ulteriore sviluppo dei processi di regionalizzazione dell'organizzazione dei servizi sanitari; aziendalizzazione dell'Unità sanitaria locale; responsabilizzazione economica delle strutture; integrazione fra prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale; coordinamento fra servizi sanitari e servizi di protezione dell'ambiente.

DISTRETTO E OSPEDALE

Tutto il canovaccio programmatico è stato sviluppato in una ipotesi di macro contesto caratterizzato dalla ricerca continua dell'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria.

A questi fattori di ordine demografico e sociale si sono poi sovrapposte le nuove strategie organizzative della struttura ospedaliera, sempre più orientata alla gestione delle fasi acute di malattia o di interventi diagnostico-terapeutici di elevata complessità ed impegno che si contrappongono alle forme di assistenza fino ad ora prestate, parzialmente impegnate a soddisfare bisogni assi-

stenziali non sufficientemente coperti dalla rete di servizi distrettuali territoriali.

Si pone così con urgenza assoluta il problema dello sviluppo dell'assistenza sociosanitaria a lungo termine (domiciliare, intermedia e residenziale) di più ampie fasce e tipologie di pazienti.

Cambieranno il ruolo e le funzioni del distretto e dell'ospedale.

Lo strumento organizzativo più idoneo al perseguimento degli obiettivi di salute risiede nella rete integrata dei servizi, che ipotizza l'instaurarsi di relazioni funzionali fra équipe multiprofessionali orientate ai processi di cura degli utenti. È quindi automaticamente favorito uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali che sviluppano programmi ed obiettivi orientati al cittadino e all'applicazione di percorsi assistenziali standardizzati all'interno di dipartimenti misti ospedale-territorio.

In questa luce si evidenzia la necessità di spostare i centri decisionali per la determinazione dell'offerta dai luoghi di cura (ospedale) ai luoghi dove nasce e si rileva il bisogno (distretto).

RELAZIONE SANITARIA-SOCIALE

Secondo la Relazione sanitaria sociale 1999-2000, il confronto tra la Valle d'Aosta e il resto del Paese riserva immagini di salute complessivamente rassicuranti, anche se non mancano alcune particolarità di esposizione a rischio dovute a stili di vita e abitudini consolidate che saranno oggetto di future azioni di sorveglianza epidemiologica.

Nella Regione, comunque, lo stato di salute riferito da un campione di popolazione è incoraggiante: il 66,2% degli uomini e il 58% delle donne ha dichiarato di essere in buona salute, il 29,5% e il 34,5% rispettivamente hanno dichiarato una salute discreta, e solo il 4,3% e il 6,6% hanno riferito una cattiva salute. Gli unici eccessi di rilievo sono rappresentati dalle malattie allergiche, per le quali gli uomini dichiarano una frequenza superiore alla media nazionale del 40% e le donne del 20%, e dell'asma bronchiale che registra un eccesso rispetto alla media nazionale del 25% tra gli uomini e del 40% tra le donne.

LA SPESA SANITARIA IN AVANZO

Su una previsione di spesa di 200 milioni di euro, l'Usl Valle d'Aosta ha realizzato, nel 2002, un avanzo di amministrazione di oltre 4,5 milioni di euro, dopo avere accantonato quasi 4,2 milioni per rinnovi contrattuali e 1 milione per l'adeguamento dell'indennità di bilinguismo. Il risultato pare essere l'unico in un'Italia dove il servizio sanitario pubblico non riesce a trovare le risorse

sufficienti.

L'avanzo di amministrazione è una diretta conseguenza del "patto di gestione" tra Ausl e Regione, che finanzia per il 97% i servizi erogati dal Servizio sanitario regionale. L'Azienda, operando azioni continue di contenimento dei costi e razionalizzazione degli stessi, è stata in grado di garantire (senza chiedere alla Regione ulteriori finanziamenti, nemmeno per la copertura di costi impreveduti) il mantenimento dei livelli di attività e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. L'avanzo di amministrazione sarà impiegato per l'acquisto di attrezzature sanitarie; investimenti in lavori; informatizzazione e corsi di formazione; incentivi personale.

Nel corso del 2004 la Regione autonoma Valle d'Aosta trasferirà all'Azienda unità sanitaria locale più di 200 milioni di euro per garantire l'erogazione dei servizi previsti dal Piano socio-sanitario regionale. In particolare, poco meno di 192,5 milioni di euro sono destinati all'erogazione dei livelli minimi di assistenza; oltre 6 milioni di euro costituiscono l'investimento per spese vincolate relative a: prestazioni sanitarie aggiuntive; attività di formazione professionale; assistenza sanitaria e ricerca; accordi integrativi di lavoro per il personale dipendente e convenzionato.

Inoltre, la Giunta ha deliberato un finanziamento in conto capitale di quasi 3,5 milioni di euro destinato alla manutenzione straordinaria e all'adeguamento tecnologico delle strutture sanitarie, alla messa a norma degli impianti tecnologici e tecnici.

OSPEDALI A CINQUE STELLE

Gli ospedali di Aosta forniscono servizi e prestazioni di qualità, tanto che, nel giugno del 2003, il 97% dei ricoverati ha detto che in caso di bisogno tornerebbero nella medesima struttura. Tutto questo emerge da un'indagine regionale compiuta tra il 15 ottobre ed il 31 dicembre del 2002, svolta dal servizio relazioni con il pubblico per accertare il livello di gradimento dei servizi erogati dall'Ausl, escluse le cure mediche. Dal monitoraggio è emerso che, rispetto al 2001, il livello di gradimento dei servizi erogati è aumentato di alcuni punti.

Nel giugno del 2003, inoltre, per facilitare la comunicazione e gli scambi tra gli stranieri e gli operatori delle strutture sanitarie, ha preso servizio negli ospedali di Aosta un mediatore interculturale. Oltre a facilitare la comunicazione tra operatori e utenti stranieri, questo servizio è teso a dare una corretta interpretazione a comportamenti dovuti alle differenze culturali, a rendere possibile la comprensione delle logiche e del funzionamento dell'istituzione, a stimolare nelle persone straniere l'approccio alle strutture sanitarie.

Val d'Aosta

Personale dipendente UsL: 1.870

Personale convenzionato: 103 medici di medicina generale; 15 pediatri di libera scelta; 21 medici specialisti ambulatoriali; 2 biologi; 4 psicologi; 3 medici fiscali; 2 medici prelevatori; 10 medici di emergenza territoriale e 32 medici di continuità assistenziale.

I medici ospedalieri hanno molto da offrire al territorio

**INTERVISTA A ORIO ZOPPI
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO
ASSOMED VAL D'AOSTA**

Dottor Zoppi, qual è l'attuale situazione ospedaliera della Val d'Aosta?

Nella nostra Regione abbiamo un solo ospedale, nel capoluogo, diviso in tre fabbricati. La gestione è quindi abbastanza semplice, anche se attualmente gli edifici sono in ristrutturazione ed è stato necessario dislocare momentaneamente qualche reparto in altri spazi. Questa ristrutturazione deriva da una scelta fatta negli anni '90, a suo tempo molto discussa, e che venne preferita alla possibilità di costruire un ospedale nuovo.

C'è qualche lavoro di ristrutturazione anche nella sanità valdostana in generale?

Con l'attuale assessore Fosson si sta mettendo in pratica la bozza teorizzata circa un anno fa, in cui si ipotizzava una diminuzione dei posti letto, quindi della degenza ospedaliera, favorendo l'assistenza sul territorio e quella nei day hospital. Stiamo lavorando per portare la sanità fuori degli ospedali, partendo da una diversa gestione dei fondi, che prima erano devoluti principalmente all'ospedale. Ora il territorio sta acquisendo una disponibilità economica sempre maggiore.

Il passo successivo è stato la divisione dei territori in Distretti e la nomina dei direttori di Distretti: a loro sarà ora chie-

sto di creare una sorta di gioco di équipe, di integrazione tra ospedale e territorio. L'obiettivo è evitare che all'ospedale arrivino delle persone che non hanno bisogno dell'ospedale. Sembra una sciocchezza ma è una grossa sfida, perché per far sì che una persona non vada in ospedale è necessario che questa persona sappia di poter essere assistita, in modo ottimale, sul territorio. Un chirurgo molto capace che lavora sul territorio, ad esempio, è in grado di risolvere dei problemi di piccola chirurgia senza bisogno di ricorrere al pronto soccorso. L'ospedale deve servire soprattutto per l'acuto.

Quindi creare un sistema sanitario che porti l'assistenza dal cittadino. Ma non deve essere il cittadino a dover cercare i servizi, siamo noi che dobbiamo portare le soluzioni ai problemi direttamente al paziente. Magari anche con attrezzature portatili così da poter intervenire a domicilio anche per visite specialistiche.

Si parlava anche di un progetto Country hospital?

Di cosa si tratta?

Il Country hospital era una delle soluzioni prese in considerazione lo scorso anno, ma ora superata da altri progetti.

Il Country hospital doveva essere una sorta di zona ricovero per alcuni malati, dove l'assistenza era devoluta sia dai medici di

medicina generale sia dai medici ospedalieri. Le cose, però, sono cambiate e ora la soluzione ottimale è quella di evitare il più possibile l'ospedalizzazione, quindi di far sì che l'assistenza sia il più possibile effettuata a domicilio, anche con l'ausilio dei servizi sociali. Una persona anziana, ad esempio, ha bisogno per un 40% dell'assistenza medica e per un 60% di assistenza infermieristica, psicologica e pratica. Una volta questi casi venivano inviati in ospedale, ma ora è necessario capire meglio quali sono i bisogni dei pazienti con una sorta di ricerca epidemiologica sulla persona e non sulla patologia. E quindi mettere in atto un'assistenza sanitaria integrata a quella sociale attraverso la collaborazione tra gli operatori dei vari settori.

Ritiene che questo sia realizzabile nel breve termine?

Credo che si possa attivare già entro quest'anno, diciamo nel biennio 2004-2005. Siamo soddisfatti del presente e ottimisti sul futuro. Peraltro siamo stati tra i primi, in Italia, a realizzare tutte le norme contrattuali possibili e abbiamo portato gli stipendi dei medici valdostani a livelli tra i più alti. La realtà della Valle d'Aosta è già migliore rispetto ad altre Regioni, perché già lavoriamo a livello europeo, e siamo in grado di migliorare ancora.

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

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Valle d'Aosta
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	187.633
B assistenza distrettuale	1.268.163	1.249.903
* assistenza di base	157.231	159.175
-guardia medica (compresa guardia turistica)	19.290	18.600
-medicina generale	116.150	117.566
-pediatria di libera scelta	21.791	23.008
* assistenza farmaceutica	401.256	343.353
* assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	341.966
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	140.299
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, diasabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	20.732
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	142.115	75.234
* altro	69.673	169.145
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.674.449
Totale	2.664.024	3.111.985

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

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Valle d'Aosta
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	6,03%
B assistenza distrettuale	47,60%	40,16%
* assistenza di base	5,90%	5,11%
-guardia medica (compresa guardia turistica)	0,72%	0,60%
-medicina generale	4,36%	3,78%
-pediatria di libera scelta	0,82%	0,74%
* assistenza farmaceutica	15,06%	11,03%
* assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	10,99%
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	4,51%
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, diasabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	0,67%
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	5,33%	2,42%
* altro	2,62%	5,44%
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	53,81%
Totale	100,0%	100,0%

Fonte: Assr

**INTERVISTA AD ANTONIO FOSSON
ASSESSORE SANITÀ DELLA REGIONE VAL D'AOSTA**

Dare vita a un circolo virtuoso tra ospedale e territorio

Assessore Fosson, qual è l'attuale realtà ospedaliera in Valle d'Aosta?

L'ospedale sta diventando sempre più il luogo del trattamento di patologie acute. Negli ultimi anni è stato ridotto il numero dei posti letto e i ricoveri sono sempre più brevi. In Valle sono carenti alcune figure professionali importanti (come infermieri, anestesisti, medici d'emergenza territoriale). A questa deficienza stiamo ovviando attraverso convenzioni con le Università per riservare posti in alcune specialità, contestualmente al potenziamento del nostro (ottimo) corso di laurea in Scienze infermieristiche.

Il fatto che ci siano dei pazienti che vanno a farsi curare fuori Valle è dovuto essenzialmente alla fruizione di trattamenti super specialistici e di eccellenza, che per il piccolo bacino d'utenza non possono essere realizzati a casa nostra. Abbiamo comunque risposto in modo adeguato al tentativo di "concorrenza" del nascente polo privato sanitario di Ivrea-Vercelli.

C'è stata, inoltre, la copertura dei posti da direttore di struttura complessa avvenuta nel 2° semestre 2003 e a breve saranno previste altre coperture, analisi cliniche, otorinolaringoiatria, oculistica ecc. Queste nomine, che si aggiungono alle altre degli ultimi mesi, porteranno maggiori certezze organizzative e dunque migliore qualità nelle corsie dell'ospedale regionale.

Stiamo anche lavorando ai progetti di edilizia ospedaliera, rivedendo alcune scelte del passato per conciliare l'esigenza dell'ampliamento delle strutture con il diritto alla tranquillità dei pazienti.

Oltre al nuovo servizio di radioterapia, pensiamo di organizzare un servizio di neurochirurgia e di rilanciare la chirurgia vascolare verso livelli di eccellenza elevati.

A che punto è la medicina territoriale?

Abbiamo spostato quote finanziarie per riqualificare le strutture sul territorio, partendo dalla revisione organizzativa dei 4 distretti. Con la nomina dei nuovi direttori di distretto è cominciata la scommessa dell'assessorato sul versante della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari nella nostra Regione.

Stiamo potenziando i poliambulatori decentrati di Don-

nas, Chatillon e Morgex, introducendo in essi alcune nuove specialità ambulatoriali e ampliando la fascia di fruibilità dei servizi anche nell'ottica di ridurre le liste d'attesa per le visite specialistiche e per gli accertamenti diagnostici (eco color doppler, radiografie, ecc.).

Il dottor Zoppi, responsabile regionale Anaa, parla dell'ipotesi di servizi specialistici a domicilio attraverso l'uso di strumentazione portatile. È un progetto realizzabile?

È realizzabile a patto di risolvere a monte altri problemi. Prima di utilizzare strumenti portatili dobbiamo ottimizzare l'utilizzo di quelli che abbiamo già sul territorio, ad esempio radiologia, ecografia ecc. Sul territorio deve innescarsi un "circolo virtuoso" a partire dal ruolo fondamentale dei medici di medicina generale, che bisogna coinvolgere affinché si integrino sempre di più con il sistema sanitario ospedaliero e territoriale, anche grazie alle tecnologie informatiche che stiamo già sperimentando. All'interno di questo "circolo virtuoso", dovranno funzionare le Rsa e dovrà essere sviluppata con più efficacia l'assistenza domiciliare integrata. Solo allora potremo pensare a un utilizzo domiciliare della strumentazione portatile.

Quali sono le strategie della Valle d'Aosta per far convivere una sanità efficiente con la necessità di far quadrare i conti?

È veramente difficile parlare di risparmi in un settore in cui è in gioco un aspetto fondamentale della vita: la salute. I costi maggiori sono dovuti all'impiego sempre più diffuso di nuove tecnologie e alle crescenti esigenze sanitarie degli utenti, sia nel campo della prevenzione che diagnostico e terapeutico.

Anche il decentramento delle strutture sanitarie sul territorio ha dei costi particolarmente elevati, soprattutto in una Regione dove la popolazione è numericamente piccola ma estremamente "sparpagliata". Le strategie messe in atto per far quadrare i conti sono diverse. Si sta cercando di realizzare economie di scala, si stanno conducendo politiche rigorose nei confronti dei fornitori e si stanno monitorando i costi da parte dei settori amministrativi e a livello di singole Unità di Base.

PUBBLICATO IL QUARTO RAPPORTO SULLE POLITICHE DELLA CRONICITÀ

Un terzo degli italiani è un malato cronico

Abbiamo incontrato Stefano Inglese, segretario del Tribunale dei Diritti del Malato, in occasione della presentazione del rapporto prodotto dal Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici e da Cittadinanza attiva. Con lui abbiamo parlato di salute nel "sistema Italia", di fondo per la non autosufficienza, di federalismo e dello sciopero dei medici

di Eva Antoniotti

Circa un italiano su tre soffre di una patologia cronica e almeno un quinto ha addirittura una pluricronicità. Dati preoccupanti certo, anche se non del tutto inaspettati e, in parte addolciti dal fatto che circa la metà dei malati cronici dichiara di avere, nonostante tutto, condizioni di vita buone.

Il dato più preoccupante, però, risiede nella mancanza di risposte adeguate in termini di assistenza sanitaria. "Le cronicità – sottolinea Stefano Inglese, segretario nazionale del Tdm, commentando le evidenze contenute nel Quarto Rapporto sulle politiche della cronicità – mettono a nudo la parte che strutturalmente il sistema ancora non è stato in grado di adeguare: in particolare il sistema è ancora troppo sbilanciato sulla fase acuta rispetto a quello che dovrebbe essere la cura e la tutela delle cronicità".

Dottor Inglese, questa sua osservazione è allarmante specie pensando che l'invecchiamento della popolazione e il progredire della scienza concorrono a far crescere il numero dei malati cronici...

Indubbiamente. Per questo, oggi, conta non morire di malattie croniche, ma soprattutto conta mantenere una buona qualità della vita pur avendo una malattia cronica.

Dal suo punto di vista la sanità italiana riesce a garantire un'assistenza adeguata per questo obiettivo?

Il nostro sistema sanitario ha delle difficoltà congiunturali legate soprattutto al problema delle risorse, e una difficoltà di carattere strutturale. C'è un elemento che fa da cerniera tra questi due aspetti ed è proprio la necessità di trovare risorse per la non autosufficienza.

In proposito si è parlato, anche in Parlamento, di istituire un Fondo ad hoc per la non autosufficienza. È una soluzione che ritiene di poter condividere?

Noi siamo dei forti sostenitori dell'idea del Fondo con caratteristiche che siano riconducibili al cosiddetto modello tedesco, ovvero a quello che la Germania una decina di anni fa ha avuto la lungimiranza di avviare. L'importante è che sia un fondo vincolato, cioè specificamente orientato all'assistenza nel settore della perdita dell'autosufficienza. Questo perché c'è una situazione di difficoltà pregressa delle Regioni e delle Asl a tenere in ordine i conti e, quindi, se portiamo i soldi nel calderone indistinto dell'assistenza li perdiamo senza tutelare la non autosufficienza. Verrà colmata solo una parte dei debiti. Certamente questo Fondo deve rispettare i criteri di solidarietà, equità, universalità.

Alcune Regioni si stanno già attivando in questo senso. Lo ritiene un fatto positivo?

Il fondo regionale ha il vantaggio di lasciare alle singole Regioni la libertà di dire "ce la facciamo con le nostre risorse e facciamo a meno di imporre nuove

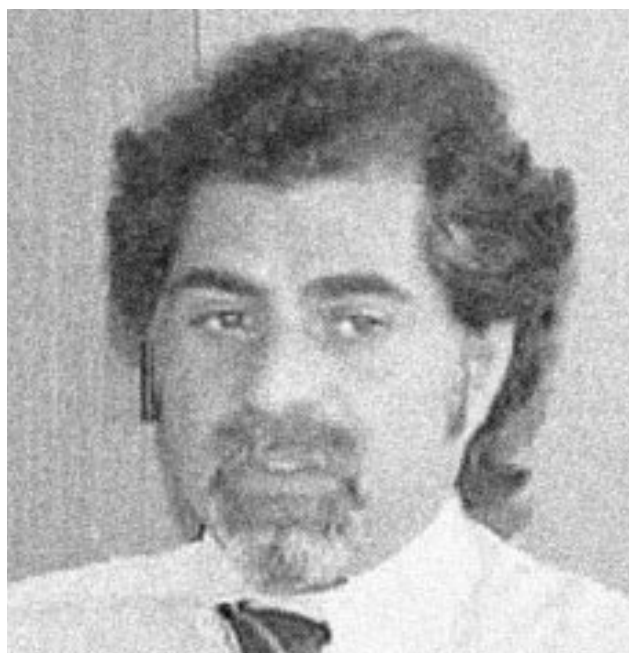
tasse". D'altra parte, c'è il rischio di disomogeneità tra le Regioni e quindi occorre trovare gli strumenti per mantenere una cornice unitaria. Bisognerebbe avere delle linee guida, ratificate in Conferenza Stato-Regioni e che valgano su tutto il territorio nazionale.

Uno dei problemi della sanità italiana è dato dalle differenze tra una Regione e l'altra. Pensa che i Lea siano sufficienti a garantire maggiore uniformità?

Si dà per scontato che le disomogeneità tra le Regioni ci siano sempre state, e questo è vero, ma sta cambiando la qualità del fenomeno. Come emerge dal Pit (*il Pit è il Rapporto annuale del Tribunale dei diritti del malato. ndr*), venti milioni di italiani residenti nel Centro-Sud in questo momento hanno Lea fortemente diversi da quelli del Veneto, della Lombardia, della Toscana o dell'Emilia Romagna. Alla base c'è sicuramente un problema di risorse, ma anche uno di responsabilità politiche.

Parlando di responsabilità politiche si riferisce al dibattito sul federalismo?

Noi scontiamo la transizione verso il federalismo senza aver rimodulato la struttura dello Stato: non abbiamo la cosiddetta Camera delle Regioni, cioè un luogo istituzionale che abbia il compito specifico di armonizzare le scelte. Il ministero della Salute deve riprendere a svolgere funzioni di indirizzo, a maggior ragione in una situazione di transizione verso il federalismo, perché il compito di fissare i paletti è un compito tipico del governo centrale. Infine, occorre ridare valore della programmazione sanitaria ai diversi livelli. Oggi accade, ad esempio, che il Psn venga presentato in pompa magna dal punto di vista mediatico ma poi nessuno si sente davvero vincolato a realizzarlo.



Stefano Inglese, segretario del Tribunale dei Diritti del Malato

Torniamo al Rapporto sulla cronicità, qual è la notizia migliore e quale la peggiore?

La cattiva notizia è la totale inadeguatezza del sistema, sul piano delle risorse ma anche dell'attenzione, verso il settore delle cronicità. Una buona notizia, invece, sono le iniziative che stanno partendo dalla base, a partire da gruppi di medici, infermieri, singoli assessori, direttori generali, per cercare soluzioni, ad esempio sui percorsi che salvaguardano sempre di più i cittadini riguardo alle dimissioni forzate, attivando dimissioni protette. È importante la capacità di reazione da parte degli operatori, dal basso, è una grande speranza. Questi sono operatori che, a parità di risorse, danno soluzioni al pubblico e ci sono aree del paese in cui queste esperienze sono particolarmente significative. La nostra intenzione è produrre una disseminazione di queste soluzioni, soprattutto nelle aree del centro-sud dove invece si fa molto poco.

Il Tdm spesso si fa portavoce dei cittadini, lamentando eventuali inadeguatezze degli operatori.

Il cittadino non è tenuto a sapere che il medico o l'infermiere lavorano in condizioni difficili, sotto organico, oppure che l'Asl, ha problemi di bilancio. Questa situazione espone tutti gli operatori maggiormente a contatto con il pubblico a una quantità di lamentele e risentimenti. Il medico dunque si trova a scontare i problemi del sistema.

Lo sciopero dei medici del 9 febbraio scorso ha coinvolto tutta la dirigenza del Ssn e ha prodotto, si è detto nel corso della conferenza stampa, circa 90 mila mancati interventi. Come associazione che lettura date di questo evento?

Noi siamo tradizionalmente contrari alle forme di sciopero che rischiano di scaricare gli effetti indesiderati sui cittadini. I 90 mila interventi non effettuati dal nostro punto di vista sono un problema. Detto questo, la piattaforma di rivendicazione delle 42 sigle è comune alla nostra difesa del Ssn, quando i sindacati affermano che il contratto non è finanziato, affermano che non è solo un problema di chi non ha il contratto. È il problema di un settore cruciale del nostro sistema di protezione sociale che non si cura minimamente degli operatori che sono una risorsa fondamentale. Quando dicono che le regioni sono sottofinanziate riguardo al sistema sanitario, dicono una cosa che diciamo anche noi. Quando sostengono che il federalismo attuato in questo modo diventa un problema per i cittadini più che un vantaggio dicono una cosa che diciamo anche noi. Quindi ci sono delle ragioni che comprendiamo anche se, ripeto, siamo preoccupati anche per i cittadini. Per questo abbiamo apprezzato che i medici hanno insistito affinché la stampa non specialistica desse l'informazione alle persone nel modo giusto, in modo da ridurre l'impatto dello sciopero, per evitare al cittadino di andare a cercare la prestazione nel momento in cui non sarebbe riuscito ad averla.

UN DIBATTITO EUROPEO, MA NON ANCORA ITALIANO

La gestione del rischio e i fattori connessi

Proponiamo alcune riflessioni su un argomento di grande interesse per l'Associazione, considerati i numerosi legami che il problema presenta con aspetti della professione medica. Almeno cinque sono di pertinenza sindacale: orario di lavoro, formazione, adozione delle linee guida, mobbing, tutela assicurativa

Un argomento importante per il funzionamento delle strutture sanitarie e per la salute del cittadino è attualmente dibattuto in Europa.

In Italia, ammesso e non concesso che esista una strategia politica sanitaria, tale argomento assume l'aspetto di un fantasma che si aggira nel paese: parliamo della gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente.

Si tratta di un argomento di grande importanza sia per lo Stato, che ha la responsabilità di fornire ai propri cittadini l'assistenza sanitaria di migliore livello possibile, sia per i medici, i quali, non solo hanno la responsabilità diretta del servizio, fa quindi parte primaria del loro compito, ma li espone quotidianamente al rischio di doversi difendere dalle conseguenze professionali, giuridiche e di coscienza, dell'errore commesso nel trattamento dei pazienti. Gli errori possono e devono essere attesi e quindi prevenuti, ma succede che alcuni errori non possano essere evitati.

Dai dati di una ricerca danese, si apprende che un'elevata percentuale, attorno al 9%, dei pazienti ricoverati negli ospedali subisce le conseguenze di errori legati al trattamento. L'errore è umano, anche i medici possono commettere errori, ma i pazienti dovrebbero, per quanto possibile, essere protetti da conseguenze sfortunate. Lo scopo della gestione del rischio è quello di prevenire gli errori e minimizzarne le conseguenze, aumentando la sicurezza delle cure attraverso il riconoscimento degli errori potenziali: ogni possibile danno dovrebbe essere previsto ed analizzato. È evidente che per poter percorrere adeguatamente una simile strada è necessario un passaggio dalla cultura della punizione a quella della sicurezza. Se riportare l'errore non espone automaticamente al rischio di essere punito, sia il medico che l'infermiere possono trovare una migliore motivazione a segnalarlo.

La separazione della discussione relativa alla gestione del rischio dagli aspetti disciplinari, attualmente, non è del tutto operante: se, all'interno di una "conferenza di mortalità", risulta evidente che il decesso è dovuto ad un errore ben identificato, tutti coloro che sono presenti alla riunione sono tenuti, per legge, a segnalarlo all'autorità giudiziaria. Un modello da seguire, per la prevenzione del rischio, potrebbe essere quello dell'Aviazione Civile. Qualsiasi progetto, scelta, decisione, è sempre finalizzata alla sicurezza del volo. Tutte le altre esigenze passano in secondo piano. La sicurezza del volo è codificata dall'Icao (International Civil Aviation Organization), tramite accordi internazionali, mentre, dal 1999, le linee aeree europee hanno unificato il sistema di comunicazione finalizzato a trarre vantaggio dalla più ampia esperienza e conoscenza di rischi ed errori.

Più in generale, il concetto della sicurezza per il paziente e della prevenzione dell'errore sono strettamente legati al concetto di qualità, che è sicuramente legata all'appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche e all'abbattimento delle complicità. È intuitivo che la qualità rappresenta la strada giusta verso il risparmio di risorse, e la prevenzione dell'errore è un elemento importante di tale strategia.

RUOLO DELL'ANAAO ASSOMED

La prevenzione del rischio è sicuramente di grande interesse per la nostra associazione, non solo perché coin-

volta nella difesa dei medici a cui possono essere attribuiti errori professionali, ma per i numerosi legami che il problema presenta con diversi aspetti della nostra professione.

Nella prevenzione del rischio e nella sicurezza del paziente rientrano almeno cinque aspetti di pertinenza sindacale:

- 1) l'orario di lavoro
- 2) la formazione
- 3) l'adozione delle linee guida
- 4) il demansionamento-mobbing
- 5) la tutela assicurativa.

Orario di lavoro

Si sta facendo strada l'orientamento che il medico ospedaliero, in quanto dirigente, non debba aver limiti all'orario di lavoro svolto, ma che la sua attività debba essere misurata solo in termini di prodotto ottenuto.

Questo aspetto è stato fatto proprio da alcuni rappresentanti sindacali dei dirigenti di struttura complessa, che hanno chiesto, ed ottenuto, di svolgere la propria attività senza limitazioni di orario, rinunciando al riconoscimento del lavoro straordinario effettuato.

Esiste una peculiarità del ruolo del dirigente medico ospedaliero, rispetto ai dirigenti appartenenti ad altre categorie: esiste una ampia serie di azioni, cui il dirigente ospedaliero è tenuto, che possono essere svolte esclusivamente dal dirigente stesso, oltre tutto circoscritte alla specialità in cui è stato assunto.

Tali attività possono essere caratterizzate da notevole complessità, con conseguente rischio, ma anche richiedere un impegno fisico non indifferente.

È evidente come la fatica fisica possa influire negativamente nella prevenzione dell'errore professionale.

Ne resta vittima il medico, ne resta vittima il cittadino.

Il controllo della fatica fisica attraverso l'applicazione di rigidi criteri di turni lavorativi, di godimento di riposi e ferie, di condizioni lavorative adeguate, rappresentano un aspetto che supera lo stretto ambito contrattuale e si proietta su tutta la qualità del sistema sanitario.

La direttiva 93/104/Ce del Consiglio Europeo, del 23 novembre 1993, concernente taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro prevede prescrizioni minime di sicurezza e sanitarie in materia di organizzazione dell'orario di lavoro, in relazione ai periodi di riposo quotidiano, di pausa, di riposo settimanale, di durata massima settimanale del lavoro e di ferie annuali, nonché relativamente ad aspetti del lavoro notturno, del lavoro a turni e del ritmo di lavoro.

Il Consiglio Europeo ha, a suo tempo, emanato tale direttiva ritenendo "...necessario proteggere la salute e la sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro non perché lavorano in particolari settori o svolgono una particolare attività, ma per il fatto stesso che si tratta di lavoratori".

È necessario, per il Consiglio Europeo, che i lavoratori dispongano di periodi di riposo, regolari e sufficientemente lunghi e continui, per evitare che essi, a causa della stanchezza della fatica o di altri fattori che perturbano l'organizzazione del lavoro, causino lesioni a sé stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute, a breve o a lungo termine.

In particolare, venivano definiti i seguenti aspetti:

- periodo minimo di 11 ore consecutive di riposo ogni 24 ore;
- una pausa di riposo se la giornata lavorativa supera le sei ore;
- un periodo minimo di riposo di un giorno alla settimana;
- limite massimo di lavoro settimanale di 48 ore, compreso il lavoro straordinario;
- quattro settimane di ferie retribuite all'anno;
- una media di non più di otto ore di lavoro notturno in ogni periodo di 24 ore.

Esiste un recente pronunciamento della Commissione Europea, che invita le altre istituzioni europee a riesaminare la direttiva del 1993, relativamente ad alcune deroghe previste per particolari lavori, come quello dei naviganti o di chi opera sulle piattaforme petrolifere offshore. Per quanto riguarda la nostra professione, i medici in formazione, da noi intesi come specializzandi, rientravano nelle categorie per le quali esisteva la deroga ai limiti di orario sopra descritti.

Viene, inoltre, data particolare rilevanza alle sentenze della Corte di Giustizia (**note a piè pagina**) che considerano come periodo di lavoro anche quello svolto dai medici durante il servizio di guardia o di reperibilità, qualora quest'ultima venga svolta stando all'interno del centro sanitario.

Esistono alcune differenze nel calcolo dei limiti massimi di 48 ore settimanali, che, per alcuni Paesi, vengono calcolate come media in un periodo di riferimento di 4-6 mesi, mentre in Francia il limite di 48 ore settimanali è tassativo e non calcolabile in una media di riferimento.

Sta verificandosi, comunque, la tendenza contrattuale a calcolare il tempo lavorativo nell'ambito di media annua. Il documento della Commissione europea, sulla base dei principi di protezione della salute e della sicurezza dei lavoratori, chiede che i Paesi membri, comunque, rispettino i seguenti principi:

- nessun datore di lavoro può pretendere che un lavoratore lavori più di 48 ore settimanali, calcolate come media di un periodo di riferimento, a meno che non abbia ottenuto, precedentemente, un accordo con lo stesso lavoratore per svolgere tale lavoro eccedente;
- nessun lavoratore può essere soggetto a qualsiasi ritorsione da parte del datore di lavoro se non acconsente a svolgere lavoro in eccedenza ai limiti precedentemente esposti;
- il datore di lavoro deve conservare dati aggiornati delle ore di lavoro svolte in eccedenza;
- i dati sul lavoro eccedente devono essere messi a disposizione delle autorità competenti, che possono, per motivi connessi alla salute ed alla sicurezza dei lavora-

¹ Sentenza della Corte del 3 Ottobre 2000 nel caso C-303/98, *Sindicato de Medicos de Asistencia Pública (SIMAP) v Conselleria de Sanidad y Consumo de la Generalidad Valenciana*, *European Court reports 2000, p. I-07963*.

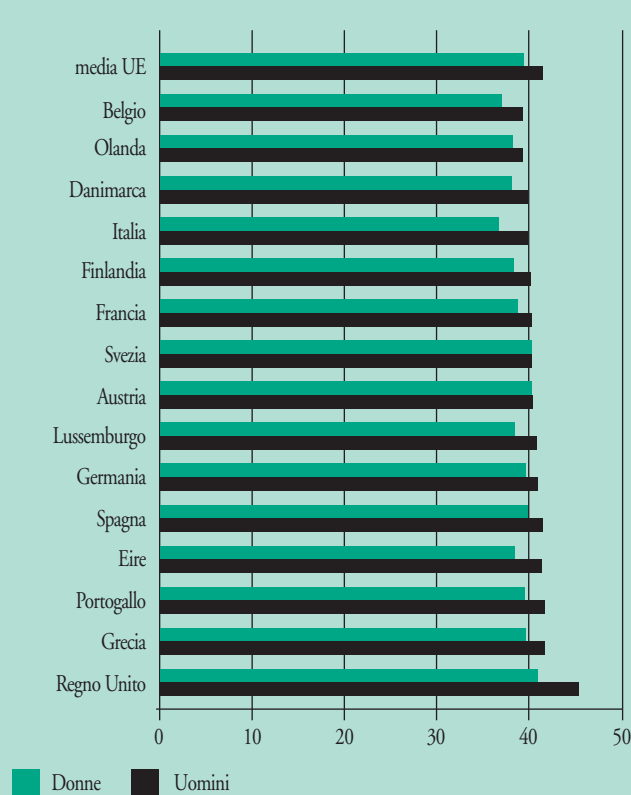
² Sentenza della Corte del 9 Ottobre 2003 nel caso C-151/02, *Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein (Germania) nel processo fra il Landeshauptstadt Kiel e Norbert Jaeger*, (not ancora pubblicata).

tori, proibire o limitare la possibilità di eccedere i limiti lavorativi;

- il datore di lavoro fornisce alle competenti autorità, dietro loro richiesta, ogni informazione relativa agli accordi presi con il lavoratore che accetta di superare il limite lavorativo settimanale di 48 ore, calcolato come media di un periodo di riferimento.

Un elemento caratteristico è rappresentato dal fatto che, secondo la sentenza Simap² il consenso dato dai rappresentanti sindacali allo svolgimento di lavoro straordinario eccedente le 48 ore settimanali, nell'ambito di una contrattazione collettiva, non è equivalente al consenso fornito dal singolo lavoratore. Il consenso da parte di quest'ultimo deve essere libero ed informato. La Corte di giustizia esprime i propri timori che la firma, da parte di un lavoratore, della disponibilità al lavoro straordinario, contestualmente alla firma del contratto di assunzione, rappresenti un limite alla libertà effettiva di scelta in quel momento. La Commissione europea auspica che le competenti autorità proibiscano o limitino la possibilità di lavorare più di 48 ore settimanali, per proteggere la sicurezza e la salute del lavoratore.

Media delle ore settimanali lavorate dai dipendenti a tempo pieno (1999)



Dal punto di vista della sicurezza sul lavoro, in considerazione delle peculiarità del lavoro del dirigente medico, è sicuramente necessario che i limiti di orario lavorativo vengano posti anche per i direttori di struttura complessa. Se poi consideriamo la realtà italiana, nella quale, talvolta, sono costoro gli unici a poter avere una reale autonomia professionale, si crea il paradosso che non si tiene conto dell'affaticamento di chi, per il proprio ruolo, svolge l'attività di maggiore difficoltà, rischio ed impegno fisico, avendo anche un'età più avanzata (e che l'attuale ministro vorrebbe ulteriormente prolungare).

In effetti la curva della popolazione che lavora più di 48 ore settimanali, dopo un picco negli anni 1996-98, si è andata riducendo.

Da questi dati bisogna escludere coloro che svolgono un altro lavoro in aggiunta a quello dipendente, per cui il numero reale di coloro che lavorano settimanalmente più di 48 ore potrebbe essere più alto.

Questo aspetto merita considerazione nell'ambito delle attività svolte da dirigenti medici che lavorano a rapporto non esclusivo: alle ore di lavoro svolte in ospedale si aggiungono, senza che sia possibile una loro valutazione oggettiva, le ore di lavoro svolto all'esterno, che ha l'unico limite della volontà del soggetto di compierlo.

È forse il caso di valutare la possibilità che i dirigenti, a rapporto non esclusivo, abbiano un orario di lavoro ridotto, rispetto a chi svolge la propria attività a tempo pieno in ospedale.

La riduzione di orario, se da un lato mette l'istituzione

maggiormente al riparo da rischi di errore medico, potrebbe servire anche a fare giustizia delle attuali penalizzazioni stipendiali.

Formazione

La formazione di un professionista non si limita alle attuali decisioni ministeriali sull'Ecm, in merito alle quali non è neppure accettabile, peraltro, la totale mancanza di previsione di finanziamento ad essa finalizzato.

La formazione di un medico è inevitabilmente lenta, per la notevole mole di conoscenze e di capacità tecnico-manuali da acquisire. Essa, come del resto avviene nella maggior parte dei Paesi evoluti, avviene principalmente sul luogo di lavoro, attraverso un preciso iter formativo che porta ad essere definiti specialisti in materia.

Si riportano alcune considerazioni della Federazione Mondiale per la Formazione Medica. In particolare si sottolinea il fatto che siano le associazioni professionali mediche ad avere la principale responsabilità nello sviluppo professionale continuo, che la professione medica abbia una forte influenza sullo sviluppo professionale continuo e che il processo formativo ha caratteristiche di continuità, piuttosto che della saltuarietà, tipica degli attuali eventi Ecm.

La World Federation for Medical Education (WFME) ha identificato nelle organizzazioni professionali mediche gli organismi che dovrebbero avere la principale responsabilità per la complessiva pianificazione ed il coordinamento dello sviluppo professionale continuo

La professione medica deve avere una forte influenza sull'organizzazione e l'implementazione dello sviluppo professionale continuo

In generale, i medici sviluppano e modificano la loro attività non tanto attraverso processi formali di formazione, ma attraverso il dialogo e lo scambio continuo con i colleghi

Perciò il processo formativo necessario per una effettiva pratica è un processo di sviluppo continuo piuttosto che intermittente e mirato a specifici argomenti.

La continuità del processo formativo, a contatto costante con altri professionisti, consente una migliore prevenzione del rischio.

Linee guida

Esiste ancora una certa resistenza, da parte dei medici ospedalieri, nei confronti delle linee guida, considerate, piuttosto che una possibilità in più, come delle imposizioni dall'esterno di condotte diagnostiche e terapeutiche. La confusione delle linee guida con i protocolli, in molti colleghi, non è stata ancora chiarita.

La prevenzione del rischio d'errore, al contrario, trova un ottimo sostegno nell'adozione di linee guida, che presuppongono una codificazione di scelte basate sull'esper-

ienza di molti professionisti.

Demansionamento – mobbing

L'argomento merita uno spazio maggiore di quello semplicemente relativo alla gestione del rischio.

Non si può tuttavia ignorare che situazione di demansionamento e, nelle forme estreme, di mobbing (che meglio definiremmo "prepotenza sui luoghi di lavoro") i problemi riflessi che si ripercuotono sul medico vittima del fenomeno, dalla scarsa affezione al proprio lavoro, alle forme depressive, a quelle psicosomatiche, abbiano profondi riflessi sulla qualità del lavoro svolto, soprattutto in termini di attenzione.

Ma altri aspetti sono caratteristici del fenomeno:

- l'esclusione dall'informazione interna
- l'esclusione dalla formazione
- l'arresto dello sviluppo professionale
- la limitazione a svolgere solo alcune attività, rendendo il soggetto inesperto in altre attività, che tuttavia si potrebbero rendere necessarie nell'urgenza
- il timore a prendere determinate iniziative per non incorrere in ulteriori persecuzioni
- l'insicurezza.

È quindi indispensabile che, anche nell'ambito della prevenzione dell'errore medico, i contratti di lavoro prevedano i mezzi per impedire il fenomeno.

Vengono in aiuto alcune norme già esistenti: la Legge 626 e l'art. 2087 del Codice Civile impongono al datore di lavoro di creare le condizioni necessarie ad assicurare e proteggere la sicurezza sul luogo di lavoro. Anche la salute psichica del lavoratore rientra in quest'ambito.

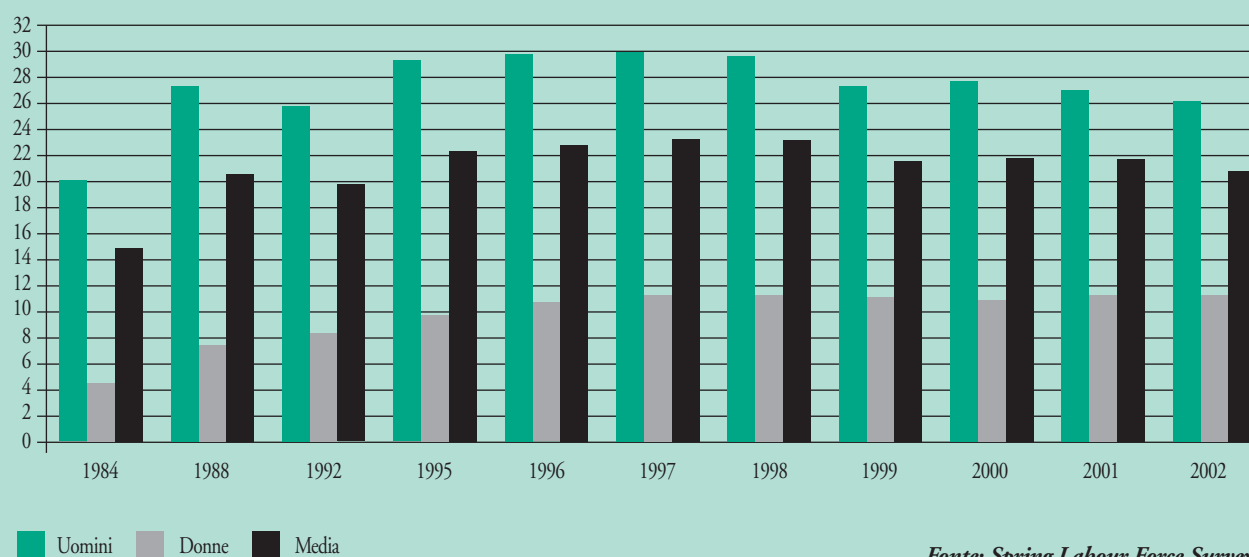
Copertura assicurativa

Gli aspetti affrontati nei precedenti capitoli, legati alla gestione del rischio, trovano la loro sintesi nella copertura assicurativa, che è sicuramente la variabile che procede con l'andamento più lineare: ad un incremento dei costi di risarcimento per i danni che derivano dall'errore, corrisponde un aumento proporzionale dei costi che le aziende devono sostenere per assicurare il proprio personale sanitario. Sempre più frequentemente, al rinnovo dei contratti assicurativi, viene introdotta una clausola che prevede il diritto di rivalsa in caso non solo di dolo, ma anche di colpa grave. Per evitare questa eventualità è necessario che il personale interessato integri di tasca propria la spesa di copertura assicurativa. Per il momento si tratta di cifre accettabili, ma non siamo in grado di sapere come si evolverà il sistema, da un lato, in considerazione dell'incremento del contenzioso legale, con richiesta di risarcimenti, dall'altro, non possiamo escludere anche una sorta di gioco delle parti fra assicurazione ed azienda, per scaricare direttamente sui medici una quota maggiore di costi assicurativi.

Da questo si ricava che sia l'Azienda che il medico sono particolarmente interessati all'abbattimento dell'errore e alla prevenzione del rischio e che la materia venga regolata contrattualmente.

Enrico Reginato
Segreteria Regionale
Anaao Assomed Toscana

Percentuale dipendenti a tempo pieno che abitualmente lavorano più di 40 ore settimanali (1984-2002)



Fonte: Spring Labour Force Surveys

QUANDO LA SANITÀ DIVENTA SPETTACOLO,
OVVERO COME FARE PROPAGANDA ELETTORALE CON LA SANITÀ

Riflessioni sulla sanità nel Lazio

di Domenico Iscaro*

Era ottobre, lo ricordo bene perché Roma in quella stagione si colora di una luce particolare che sorprende e incanta come se fosse sempre la prima volta, quando irrompeva negli ospedali romani la notizia che la Giunta regionale guidata dal presidente Storace aveva predisposto un provvedimento di modifica della Riforma Bindi (Dlgs 229/99). Per l'occasione si fece ricorso a tutto il rituale mediatico delle grandi occasioni e si usarono termini forti. Libertà per i medici, fine dei lacci burocratici, risorgimento della professione, insomma una guerra di liberazione vinta, un nuovo rinascimento per la libertà di iniziativa dei medici e sullo sfondo una Regione che si muoveva in anticipo sulla linea della "devolution", nell'ottica di una piena autonomia a legiferare indipendentemente del quadro legislativo nazionale di riferimento.

In realtà, l'operazione annunciata come abbattimento della Riforma Bindi si limitava ad un intervento sulla libertà dell'opzione di esclusività del rapporto di lavoro con l'introduzione della reversibilità. Questione già affrontata da tutte le numerose proposte di intervento legislativo predisposte dalla ministro della Salute e da una serie di disegni di legge che hanno fatto la loro comparsa sia nella commissione Sanità del Senato, sia nella legge finanziaria 2003, e sui quali si era aperto un preoccupante conflitto istituzionale di competenze tra Stato e Regioni i cui effetti sulla indennità di esclusività di rapporto sarebbero stati fatali. In poche parole le Regioni affermavano che una qualsiasi modifica della disciplina del rapporto di lavoro avrebbe inevitabilmente significato una disdetta del Contratto di lavoro e del loro impegno alla corresponsione della Indennità di Esclusività, in accordo con quanto riportato nell'art. 42 dello stesso Ccnl.

Di tutto questo la Giunta della Regione Lazio non si curava e Roma veniva interamente tappezzata di manifesti inneggianti al provvedimento che restituiva finalmente la "libertà" ai medici del Ssn.

Oggi, a distanza di tre mesi, non se ne parla più, il provvedimento non è mai stato presentato in Giunta e attualmente giace in qualche cassetto dell'assessore alla Salute e dei numerosi manifesti affissi non ne è sopravvissuto nessuno.

Ma ora che il tempo è passato senza che nulla sia accaduto di quanto annunciato, le cose sono molto più chiare ed è possibile una riflessione più generale.

Si trattava del primo passo di una campagna mediatica di informazione (termine che suona beffardo visto il fine) con le sembianze della propaganda elettorale, che ha l'obiettivo di presentare una Giunta impegnata con tutte le sue energie nel risanamento e nel rilancio della sanità regionale. Il sottoscritto, per quanto possibile per un semplice e interessato lettore, negli ultimi due mesi dell'anno ha contato sulle pagine di cronaca regionale dei maggiori quotidiani ben 22 inaugurazioni del presidente

della Giunta regionale del Lazio, Francesco Storace, un attivismo che lui stesso ironicamente ha definito come "la politica dei tagli della Regione Lazio, ma non tagli alla sanità ma tagli di nastri di nuove realtà sanitarie".

Gli oggetti di queste inaugurazioni sono i più vari, ma ognuno diligentemente riportato nelle pagine di cronaca dei maggiori quotidiani, a sottolineare un'intensa e instancabile attività politica a sostegno della sanità regionale. Si va dalla inaugurazione del Policlinico universitario Sant'Andrea, che passa da 349 a 414 posti letto (ma si dimentica di ridurre i posti letto del Policlinico Umberto I come convenuto nel progetto iniziale e si rinvia l'apertura del Dea a quando sarà terminato lo svincolo dal Raccordo Anulare), all'apertura del nuovo pronto soccorso del Cto di Roma, dall'inaugurazione del progetto del nuovo Policlinico Universitario (ancora!) del Campus Biomedico, a gestione privata (Opus Dei) che prevede la prossima apertura di 400 posti letto, ignorando, in questo caso volutamente, che il Lazio secondo i dati Istat 2003 ha il più alto numero di posti letto, ben 5,9 x 1000 abitanti a fronte dei 4pl /1000 abitanti previsti. Obiettivo che siamo certi si raggiungerà tagliando indiscriminatamente i posti letto nei sempre più sofferenti ospedali pubblici.

Si procede ad ampio raggio dall'inaugurazione del progetto del primo Hospice della Asl RM E per l'assistenza ai malati terminali, che comunque aprirà solo alla fine del 2004, e dalla promessa solenne che presto ognuno dei 19 Municipi della Città avrà un centro per la cura dell'Alzheimer (finanziamenti già assicurati, dicono), alla inaugurazione del progetto di ampliamento dell'Ospedale di Ostia con la programmata (sembra nel 2005!) apertura della cardiocirurgia, dell'emodinamica e della riabilitazione cardiocircolatoria (un cantiere di 2550 mq). E non si trascurano le piccole iniziative come l'inaugurazione del poliambulatorio di Via Boccea o del centro per la cura e prevenzione dell'aterosclerosi e trombosì; come l'apertura del nuovo centro di fisiopatologia respiratoria per la cura della fibrosi cistica (grazie ai fondi della Associazione per la fibrosi cistica laziale e alla donazione della Fondazione Cassa di Risparmio di Roma); come l'acquisto di sei ecotomografi all'ospedale di Ostia e del nuovo acceleratore lineare del Policlinico Umberto I, con la relativa insopportabile enfasi sulla lotta ai tempi di attesa, o come la convenzione con una casa di cura privata per l'utilizzo della Pet (la prima della regione sottolineano i giornali).

La lista è lunga, ci sono ancora progetti futuri e realtà del momento di ogni genere e grado, ed anche convenzioni molto contestate, tra cui giova ricordare il protocollo d'intesa tra assessorato alla Salute e tredici Case di cura neuropsichiatriche private: complessivamente 1200 posti letto psichiatrici, con il ritocco verso l'alto delle tariffe (ma il controllo della spesa?), che ha sollevato le forti proteste delle

associazioni dei familiari dei pazienti e degli operatori che hanno bollato l'iniziativa come una operazione di riapertura dei manicomi.

Insomma una vera e propria corsa ad inaugurare ogni cosa, una sapiente orchestrazione propagandistica, con il principale intento di apparire, di fare notizia ben oltre la reale portata dell'evento, sfruttando la compiacente cassa di risonanza della stampa e delle televisioni locali.

Sarebbe stato interessante se l'assessore alla Salute della Regione Lazio avesse accettato l'invito dell'Anao Assomed ad assistere alla riunione dei quadri sindacali della Regione Lazio, avvenuto prima delle vacanze natalizie. Avrebbe in quella sede certamente visto la sofferenza di chi è costretto ad operare ogni giorno con la consapevolezza di limiti strutturali e di risorse limitate che rendono instabile la professione medica e che si ritorcono sui pazienti più deboli, avrebbe appreso dalla bocca dei medici impegnati direttamente negli Ospedali e nei Distretti della Regione Lazio di come la realtà sia ben diversa rispetto a quella filtrata dalle pagine dei quotidiani.

Ospedali in costante affanno con reparti dimezzati e prestazioni abbattute, liste di attesa infinite, che sono una piaga per le nostre coscienze e che da soli non possiamo fronteggiare, impianti tecnologici obsoleti e superati, imparagonabili alle efficienti e moderne macchine delle cliniche private (con buona pace della concorrenza!), strutture edilizie fatiscenti che non vedono un restauro da tempo infinito, tagli alla spesa corrente di beni e servizi che si riflette sull'attività di diagnosi strumentale e di sala operatoria, pronto soccorso affollati con pazienti che aspettano ore prima che si trovi un posto letto, magari distante decine di chilometri dalla loro abitazione, le promesse del Psr tanto propagandate e non ancora mantenute, Direttori generali più attenti a conservare delicati equilibri politici che a soddisfare i bisogni di cittadini sulle cui spalle è destinata a ricadere la politica dei tagli avviata dalla giunta regionale (391 milioni di euro in meno alle Asl).

È doloroso, ma così è, perché la linea di confine tra realtà e rappresentazione può essere così sfumata che la seconda prende il posto della prima.

La Sanità laziale è in una situazione drammatica e a volte può accadere che il dramma si colori di una venatura ridicola che fa sorridere amaramente. Il Corriere della Sera del 30 novembre 2003 riporta la notizia dell'inaugurazione da parte del presidente della Giunta Storace dell'Ospedale Virtuale della Asl RM A. Recita il testo: "non è necessario che il paziente venga curato in ospedale è l'ospedale che si sposta e va a curarlo a casa". Virtuale come una realtà immaginaria, virtuale come un futuro in cui neanche degli ospedali c'è più certezza.

*Vice Segretario Nazionale
Anao Assomed

IL PUNTO

La sanità inglese: un mito che si sgretola

di Alberto Andrion

Che l'assistenza sanitaria del Regno Unito non fosse in buone condizioni lo si sapeva da tempo. L'attenzione era però prevalentemente rivolta ai temi di natura organizzativa: lunghe liste di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali, difficoltà nel finanziamento del sistema e nella redistribuzione delle risorse, scarsi risultati ottenuti con l'introduzione del "quasi mercato" e della competizione tra strutture sanitarie.

A questo già non brillante stato di cose, si aggiungono ora due notizie: la prima riguarda il niente affatto confortante stato di salute della popolazione britannica in rapporto a quello di altri importanti paesi del mondo occidentale. Non solo, il Regno Unito mostra percentuali più elevate di mortalità per malattie neoplastiche e cardiovascolari, ma anche un più elevato tasso di mortalità infantile, indicatore principe della bontà o meno dello sviluppo sociale e del funzionamento del sistema sanitario.

A fronte di tutto ciò, una approfondita indagine condotta dal "Financial Times" riguardante il costo delle prestazioni libero-professionali dei medici nei più importanti paesi occidentali, ha concluso che quelle dei medici ospedalieri inglesi sono tra le più alte al mondo, superiori addirittura a quelle dei medici statunitensi.

Come avviene in questi casi, tutti sono corsi a portare le proprie argomentazioni e giustificazioni. Rimane il fatto che la notizia non è stata smentita e anzi è stata di fatto avvalorata dalla British Medical Association.

Quali riflessioni trarne? La prima è la conferma che nel momento in cui si sfalda un sistema solidaristico si ha da un lato, un effetto regressivo sullo stato di salute della popolazione, e, dall'altro, subito entrano in gioco forti interessi individuali e di categoria.

La seconda riguarda una curiosità purtroppo inappagata: come si sarebbero collocati gli onorari della nostra attività libero-professionale se il "Financial Times" avesse preso in considerazione anche l'Italia?

AGENZIE INTERNAZIONALI

Oms e Global Fund accusati di "malpractice"

Un gruppo internazionale composto da 13 esperti ha puntato l'indice contro l'Oms e il Fondo globale per aver sostenuto l'impiego di trattamenti antimalarici inefficaci, comportamento questo che, spreco di aiuti internazionali a parte, avrebbe causato la morte di moltissimi ammalati di malaria. I tredici esperti hanno denunciato sulle pagine del Lancet (2004; 363:237-40) che in molti paesi africani le agenzie sostengono l'impiego della cloroquina e sulfadoxina-pirimetamina, inefficace nell'80 per cento dei casi, a scapito della combinazione a base di artemisinina risultata altamente efficace.

L'acquisto da parte del Global Fund di farmaci inefficaci nella cura della malaria avrebbe causato 10mila decessi tra i bambini. Comportamento, questo, secondo gli esperti equivalente da un punto di vista etico-legale alla malpractice medica.

È come se un medico "fornisse una cura sapendo che è inefficace nell'80 per cento dei casi ma si rifiutasse di proporre alternative perché troppo costose". Il Comitato tecnico del Global Fund sta facendo molto poco per riesaminare le politiche antimalariche e anche l'Oms dovrebbe definire con urgenza linee guida globali per la cura della malattia, accusa il gruppo dei tredici esperti. Difende l'operato dell'Oms Allan Schapira, a capo della "Roll Back Malaria Initiative", che nega ci sia bisogno di altre linee guida: "abbiamo dato chiare raccomandazioni all'uso di trattamenti combinati a base di artemisinina nel 2001, che

abbiamo diffuso ai quattro angoli del globo in moltissime lingue".

Non è compito dell'Oms o del Global Fund imporre protocolli di cura, sono piuttosto i programmi nazionali di controllo della malaria a dover stabilire le proprie politiche, ha replicato Schapira, sottolineando come siano già sei i paesi africani che utilizzano questo tipo di cure e come ci vorrà del tempo perché anche altre nazioni seguano la stessa strada. Riguardo alle accuse di malpractice le ha definite "disgustose", soprattutto alla luce degli sforzi che lo staff sta compiendo.

Il dottor Vinand Nantulya del Goba Fund ha spiegato come il meccanismo di finanziamento del Fondo sia flessibile e consenta a un paese di scegliere i trattamenti combinati a base di artemisinina anche se in precedenza aveva richiesto finanziamenti per acquistare farmaci meno efficaci.

Ma Paul Garner, primo autore della metanalisi che dimostra come l'introduzione di artemisinina nei trattamenti standard per la cura antimalaria ne riduca significativamente la percentuale di insuccesso, ritiene che il Fondo non spenda abbastanza per i trattamenti combinati e amaramente commenta: "gli autori (dell'articolo sul Lancet) hanno proprio ragione ad esser critici verso il Global Fund.

Come cittadino, contribuente del Regno Unito, sono orripilato dal fatto che un'organizzazione delle Nazioni Unite sperperi danaro in interventi riconosciuti come inefficaci".

REGNO UNITO

Standard di salute al di sotto della media dei Paesi occidentali

Da un rapporto uscito un po' in sordina lo scorso dicembre in Inghilterra è emersa la fotografia di un Paese non tanto in buona salute se paragonato ai più importanti Stati occidentali.

Ampie differenze nell'aspettativa di vita tra gruppi socioeconomici, standard di salute disomogenei sul territorio e non proprio incoraggianti in termini di mortalità e morbilità per malattie neoplastiche e cardiovascolari. Il rapporto ad interim sulle previsioni della sanità futura inglese, realizzato dall'ex banchiere Derek Wanless, ha posto a confronto la situazione inglese con quella di Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Finlandia, Olanda, Australia e Canada. I dati mostrano un'Inghilterra con il più alto tasso di mortalità infantile - nel 2001 è stato del 5,5 ogni mille nati vivi, contro il 3,1 della Finlandia - e con un'alta percentuale di mortalità per tumori e malattie cardiovascolari. Di malattie respiratorie in Inghilterra muoiono 135 uomini ogni centomila contro i 50 della Svezia, la proporzione più alta registrata in tutti i paesi presi in esame.

Sono tre gli scenari che Wanless prospetta per il Ssn inglese del 2020 come risultato di scelte improntate a una "comprensione lenta" dei problemi piuttosto che a "progressi continui" o ancora a un "pieno impegno" nel risolvere le questioni sul tappeto. Se prevalesse il "pieno impegno", il Ssn inglese potrebbe risparmiare 30 miliardi di sterline l'anno entro il 2020 spendendo per la sanità 154 miliardi di sterline l'anno. Viceversa, se non si riuscissero a colmare gli scarsi livelli di salute e le inefficienze del sistema si perderebbero 30 miliardi di sterline l'anno, in quanto la spesa annua non sarà inferiore a 184 miliardi di sterline. Wanless sollecita una maggiore comprensione di quelli che sono i determinanti della salute: le condizioni abitative, l'ambiente di lavoro, l'alimentazione e l'esercizio fisico e uno studio più approfondito sui meccanismi di funzionamento degli altri sistemi assistenziali per capire cosa potrebbe funzionare nell'esperienza inglese. Nel suo rapporto raccomanda ulteriori analisi rispetto a quella che viene proposta come la via del "pieno impegno", che rendano possibile sia formulare previsioni sui maggiori fattori di rischio dei prossimi vent'anni e il loro impatto sulle fasce più deboli della popolazione, sia riesaminare gli aspetti organizzativi dell'assistenza e i processi decisionali a livello nazionale e locale. Il ministro della Salute John Reid ha commentato positivamente il rapporto e si è detto d'accordo sulla necessità di ridurre le ineguaglianze e il divario con gli altri paesi. "Il rapporto - ha detto Reid - ci fornisce un'istantanea della situazione sanitaria inglese e utili termini di paragone con altri paesi. Potrà essere uno strumento che ci permetterà di ottimizzare gli investimenti supplementari che stiamo facendo per migliorare la nostra sanità". Un segnale positivo viene dalle cifre dell'Oms, si è affrettato ad aggiungere Reid, che mostrano una riduzione della mortalità, tra il 1990 e il '99, che per le malattie neoplastiche è stata del 18 per cento, trend questo che non si è registrato in nessun paese preso in esame dal rapporto. Anche per la mortalità da malattie cardiovascolari si è verificato un calo significativo, del 41 per cento negli ultrasessantacinquenni, ben superiore al 31 per cento della media dei paesi dell'Unione. I risultati finali del rapporto saranno resi noti entro l'anno.

REGNO UNITO

Consultant: le parcelle più alte del mondo

Le tariffe che i consultant applicano nell'attività privata sono le più alte tra le nazioni sviluppate. È quanto emerge da un'indagine commissionata dalla Norwich Union Healthcare e dal "Financial Times" che ha messo a confronto gli onorari degli specialisti ospedalieri del Regno Unito con quelle di Usa, Australia, Canada e Germania.

Per gli interventi di protesi all'anca la tariffa di un chirurgo inglese è di un 22 per cento più alta della media degli altri paesi. Isterectomie, operazioni alle emorroidi ed ernia costano un 35 per cento in più, ma si arriva anche al 59 per cento in più per bypass coronarici, cataratta e tonsille. Parcelle da capogiro, dunque, anche se, avverte lo studio, gli importi devono essere "interpretati" considerando le diverse modalità con cui viene erogata l'assistenza nei vari paesi.

Secondo Tim Baker, direttore per lo sviluppo della Norwich Union Healthcare, gli stipendi relativamente bassi che offre loro il Ssn, soprattutto se raffrontati a quelli di altre categorie professionali come avvocati e amministratori della pubblica amministrazione, spingono gli specialisti ospedalieri a "rifarsi" nell'attività privata. E questo spiegherebbe, sempre secondo Baker, anche la ragione per cui nelle gare di appalto indette dal Ssn inglese in campo chirurgico le ditte straniere siano riuscite ogni volta a spuntarla sui concorrenti del Regno Unito.

Le cose però stanno per cambiare di qui al 2005 grazie allo sbarco, sostenuto dal Governo, di centri diagnostici e di cura stranieri che potranno offrire una risposta assistenziale extra Ssn, per cui i consultant saranno costretti a rivedere le loro tariffe.

Un portavoce del ministero della Sanità riferendosi al nuovo contratto dei consultant, e al notevole aumento di stipendio che porterebbe loro, ha accuratamente evitato di commentare le esorbitanti tariffe che applicano in regime privato. Per la British United Patients Association (Bupa), uno dei maggiori provider sanitari privati del Regno Unito, si tratta di onorari che non hanno riscontro in nessun altro paese e ne spiega il motivo anche con il fatto che nel settore privato i pazienti sono sempre visitati dai consultant, più cari, anziché da altri professionisti del loro staff. Nel sottolineare come le tariffe che applica al Ssn per l'attività mirata ad alleggerire le liste d'attesa siano più che corrette, la Bupa ha però tenuto a precisare che "è importante fare una distinzione tra i prezzi nel settore privato e quelli applicati al Ssn per l'attività svolta per abbattere le liste d'attesa. Laddove l'attività assistenziale può essere pianificata con contratti a lungo termine vi è un'economia di scala. Noi siamo sempre impegnati a cercare di ridurre i costi senza compromettere la qualità dei servizi".

Derek Machin, presidente del comitato dei medici privati della Bma, l'Ordine dei medici britannici, pur ammettendo che c'è un fondo di verità nei risultati dell'indagine avverte: "questo dimostra quanto chi acquista servizi assistenziali negli altri paesi sia riuscito meglio di noi ad abbattere i prezzi, ma questo è vero fino a un certo punto, perché bisogna tener presente che la vita nel nostro paese non è a buon mercato e le spese per uno studio medico, specie se piccolo, sono molto alte".

LEGGE 146 DEL 1990

Il diritto di sciopero in sanità

Il diritto di sciopero, pur nell'ampia formulazione dell'articolo 40 della Costituzione, è sottoposto ad alcune limitazioni dirette a garantirne la compatibilità con il godimento, da parte della collettività, di taluni diritti essenziali anch'essi riconosciuti a livello costituzionale (come, ad esempio, il diritto alla salute).

In particolare, la legge n. 146 del 1990 ha introdotto limiti allo sciopero in quei servizi pubblici che risultano "essenziali" (come, appunto, il Servizio sanitario nazionale) in quanto "volti a garantire i diritti della persona costituzionalmente garantiti".

Nessun dubbio quindi che rientri nel campo di applicazione della legge n. 146 l'attività di assistenza sanitaria svolta dai dirigenti medici.

Le prestazioni indispensabili

Sulle imprese, le amministrazioni, le Oo.ss. ed i lavoratori grava anzitutto l'obbligo di garantire le "prestazioni essenziali", ossia le aliquote dei servizi pubblici essenziali da offrire comunque ai cittadini.

Va però rilevato che tale obbligo riguarda solo la sfera di tutela dei diritti della persona costituzionalmente garantiti; in particolare, è funzionale alla semplice protezione delle aspettative dei cittadini, terzi estranei alle necessità organizzative e patrimoniali delle strutture erogatrici e non attiene perciò alla valorizzazione dell'interesse economico aziendale.

Questa impostazione è recepita dalla giurisprudenza della Corte costituzionale (Corte cost. 8 luglio 1992, n. 317, in Giur. it. 1991, I, 1, 1646), per la quale "esula dagli scopi e dal contenuto della legge la disciplina dei rapporti tra l'esercizio del diritto di sciopero e gli interessi dell'impresa in quanto tale, pure se costituzionalmente tutelati".

Individuazione delle prestazioni indispensabili

La legge affida, in prima istanza, il compito di fissare le prestazioni essenziali ai contratti collettivi stipulati tra le amministrazioni o le imprese erogatrici dei servizi e i sindacati dei lavoratori (art. 2, comma 2). Gli accordi collettivi devono individuare preliminarmente i servizi che l'amministrazione o l'impresa erogatrice è tenuta a garantire (ossia le cosiddette "prestazioni indispensabili") ed, in secondo luogo, le prestazioni individuali di lavoro che consentono di fornire tali servizi (art. 2, comma 2).

Al riguardo, l'Accordo Nazionale 26 settembre 2001 per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della dirigenza medica e veterinaria del Ssn individua tre distinte fasce di prestazioni indispensabili nell'ambito del servizio di assistenza sanitaria garantito dal Ssn:

a 1) Assistenza d'urgenza: pronto soccorso medico e chirurgico; rianimazione, terapia intensiva; unità coronariche; assistenza ai grandi ustionati; emodialisi; prestazioni di ostetricia connesse ai parti; medicina neonatale; servizio ambulanze, compreso eliambulanze; servizio trasporto infermi.

a 2) Assistenza ordinaria: servizi di area chirurgica per l'emergenza, terapia sub-intensiva e attività di supporto ad esse relative; unità spinali;

prestazioni terapeutiche e riabilitative già in atto o da avviare, ove non dilazionabili senza danni per le persone interessate; assistenza a persone portatrici di handicap mentali, trattamenti sanitari obbligatori; assistenza ad anziani ed handicappati, anche domiciliare ed in casa protetta; assistenza neo-natale; attività farmaceutica concernente le prestazioni indispensabili.

a 3) Attività sanitarie di carattere organizzativo: attività di accettazione nei ricoveri d'urgenza e di dimissione volontaria dei pazienti; servizi della Direzione sanitaria nei cinque giorni che precedono le consultazioni elettorali europee, nazionali, amministrative e referendarie; altre attività sanitarie sottoposte a scadenze di legge.

Si prevede inoltre che nelle prime due fasce di prestazioni indispensabili rientrino anche le attività di supporto specialistiche, diagnostiche e di laboratorio, ivi compresi i servizi trasfusionali, necessarie all'espletamento delle stesse.

Fissazione delle cosiddette "comandate"

Quanto alla concreta individuazione delle attività da svolgere al fine di garantire le prestazioni indispensabili, la procedura prevista dalla legge è minuziosa. In particolare, si prevede (art. 3) che le cosiddette "comandate" debbano essere individuate mediante regolamenti di servizio aziendali adottati sulla base di appositi protocolli d'intesa, stipulati in sede di negoziazione decentrata, tra le aziende stesse e le organizzazioni sindacali rappresentative ammesse alle trattative nazionali.

Tali regolamenti di servizio devono indicare, nell'ambito di ciascuna disciplina, un apposito contingente percentuale di dirigenti, esonerati dallo sciopero per garantire la continuità delle prestazioni indispensabili, nonché i criteri e le modalità di ripartizione dei suddetti contingenti a livello di unità operativa o sede di lavoro.

Spetta poi alla direzione generale dell'azienda stabilire, in occasione di ogni sciopero e secondo il criterio della rotazione, i nominativi dei dirigenti inclusi nei contingenti e perciò esonerati dall'effettuazione dello sciopero. Detti nominativi devono essere comunicati alle organizzazioni sindacali locali ed ai singoli interessati, entro il quinto giorno precedente la data di effettuazione dello sciopero.

I dirigenti individuati, comunque, entro le 24 ore dalla ricezione della comunicazione, possono richiedere la sostituzione con altri colleghi, se ciò è possibile.

La procedura stabilita dalla legge è minuziosa e non necessita di ulteriori interventi datoriali volti a "conoscere", fuori di essa, le intenzioni dei singoli lavoratori in merito allo sciopero. Anzi, un simile comportamento potrebbe integrare gli estremi della condotta antisindacale, laddove, in relazione alle particolari condizioni ambientali, si traduca di fatto in una forma di pressione psicologica che dissuada i lavoratori dalla partecipazione allo sciopero (Cass. n. 1067 del 1990; Cass. n. 5305 del 1989).

Livelli minimi di riferimento

L'accordo nazionale, pur rinviando, ai protocolli d'intesa decentrati, non rinuncia comunque a

dettare alcune indicazioni minime al di sotto delle quali i protocolli d'intesa non possono scendere. Per le prestazioni indispensabili relative alla "Assistenza sanitaria d'urgenza" di cui alla lettera a1) si individua come contingente da mantenere in servizio il personale dirigenziale medico normalmente impiegato durante il turno in cui viene effettuato lo sciopero.

Per le altre prestazioni indispensabili, si fa riferimento ai contingenti impiegati nei giorni festivi, sempre che si tratti di prestazioni normalmente garantite in tali giorni. Qualora, invece, i servizi non operino nei giorni festivi, i contingenti devono in ogni modo essere definiti utilizzando quale parametro di riferimento la normale riduzione del volume di prestazioni richieste durante i periodi festivi.

Si prevede inoltre la possibilità di aumentare i contingenti qualora lo sciopero sia previsto a ridosso di uno o più giorni festivi o si svolga nei giorni festivi.

Si tratta comunque di indicazioni minime, i protocolli d'intesa decentrati essendo del tutto liberi di stabilire in misura maggiore le prestazioni indispensabili. Questi tuttavia non possono giungere ad escludere del tutto il diritto di sciopero. Infatti, limiti massimi per la determinazione delle prestazioni indispensabili, a tutela dell'effettività del diritto di sciopero, possono individuarsi nella L. 146/90 per la quale le "prestazioni indispensabili" devono "essere contenute in misura non eccedente mediamente il 50% delle prestazioni normalmente erogate" e devono essere svolte mediante "quote strettamente necessarie di personale non superiori mediamente ad un terzo del personale normalmente utilizzato per la piena erogazione del servizio nel tempo interessato dallo sciopero, tenuto conto delle condizioni tecniche e della sicurezza" (art. 13).

Come si vede, l'individuazione delle prestazioni indispensabili è affidata agli accordi decentrati e pertanto non lascia spazio alcuno a comportamenti discrezionali della direzione amministrativa finalizzati ad ampliare le misure concordate tra le aziende e le organizzazioni rappresentative dei lavoratori.

Solo in mancanza dei protocolli d'intesa decentrati, l'amministrazione potrà attivarsi unilateralmente determinando le comandate, ma nell'esercizio di tale potere dovrà uniformarsi ai livelli prestazionali prefissati nell'accordo nazionale che rimane la fonte privilegiata cui spetta la individuazione delle misure concrete da adottare per temperare sciopero e diritti degli utenti. Se l'accordo nazionale ha determinato le prestazioni essenziali che gli accordi decentrati devono obbligatoriamente garantire, evidentemente le controparti hanno ritenuto tali livelli di assistenza idonei ad attuare il precetto legale, ossia ad assicurare il godimento dei diritti degli utenti.

Pertanto le indicazioni dell'accordo nazionale costituiscono il parametro essenziale di valutazione, anche in sede giurisdizionale, della legittimità degli eventuali regolamenti che l'amministrazione abbia emanato unilateralmente in materia di prestazioni essenziali.

Francesco Mantovani
Anaa Cref Servizio tutela lavoro

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Sentenza n. 114/2004 Domanda di mobilità di personale medico nell'ambito delle Usl della stessa regione

Se viene presentata un'unica domanda di mobilità di personale medico nell'ambito delle Unità sanitarie locali della stessa regione, l'Azienda sanitaria deve accettarla, anche se ritiene il richiedente non idoneo a coprire il posto vacante. Lo ha deciso il Consiglio di Stato con sentenza n. 114, depositata il 16 gennaio 2004, respingendo il ricorso di una Asl del Veneto avverso la sentenza del Tar Veneto. Punto centrale della controversia, l'interpretazione da dare all'art. 82 del Dpr n. 384/1990, nell'ipotesi in cui aperto il procedimento di mobilità, sia stata presentata un'unica domanda. Nella fattispecie, infatti, il commissario straordinario dell'azienda aveva respinto l'istanza avanzata da un medico per la copertura di un posto vacante in ostetricia e ginecologia, presso la stessa Asl, mediante mobilità regionale. Successivamente l'Azienda aveva indetto un avviso pubblico per l'attribuzione dello stesso incarico. Il medico, rivolgendosi al Tar aveva chiesto ed ottenuto l'annullamento delle due deliberazioni. L'amministrazione appellante attribuiva al Direttore generale, nel quadro normativo di graduale riforma in senso "aziendalistico" della disciplina delle Unità Sanitarie Locali, il riconoscimento di spazi più ampi di potere discrezionale nella scelta del personale sanitario compresi la valutazione dei titoli e delle capacità professionali del richiedente del trasferimento, anche in caso di domanda unica. La tesi non è stata condivisa da Palazzo Spada.

Il testo, infatti, non lascia dubbi: il parere dell'Ufficio di Direzione è previsto ed è obbligatorio soltanto nell'ipotesi in cui vi sia una "pluralità di domande" di trasferimento, perché la scelta tra le diverse istanze sia effettuata in base alla "valutazione positiva e comparata (...) del personale interessato in rapporto al posto da ricoprire". Ove, infatti, non si verifichi la condizione di legge costituita dalla pluralità delle do-

mande, nessuna comparazione è possibile. Dunque il trasferimento è d'obbligo anche se il richiedente è ritenuto inidoneo. "La mobilità - continua Palazzo Spada - costituisce lo strumento ordinario e prioritario di copertura dei posti disponibili, che l'Amministrazione è vincolata a preferire sia per esigenze di contenimento della spesa, sia per coerenti istanze di razionalizzazione delle risorse e delle strutture.

Sentenza n. 196/2004 Economica e non normativa l'equiparazione tra medici universitari e dipendenti del Ssn

L'equiparazione tra medici universitari e dipendenti del Ssn è soltanto economica. Non tutte le funzioni proprie di una categoria sono accessibili all'altra. A deciderlo è il Consiglio di Stato con sentenza n. 196, al quale si sono rivolti un gruppo di docenti di medicina presso l'università di Pavia che prestano la loro opera di medici presso l'ente Policlinico San Matteo in forza di una convenzione stipulata tra i due enti nel 1972. Il Policlinico, entrato in vigore il decreto del Presidente della Repubblica 28 ottobre 1990 n. 384 contenente il regolamento per l'esecuzione di un accordo collettivo di lavoro per i dipendenti del comparto del servizio sanitario nazionale, nel 1994 istituì le unità organizzative denominate "moduli", ivi previste. Successivamente l'ente ha indetto una selezione per la copertura dei posti di direttore dei moduli, prevedendo la partecipazione dei soli medici dipendenti dall'ente stesso (medici ospedalieri), e non anche quella dei medici universitari. Pertanto i docenti si erano rivolti al Tar della Lombardia per impugnare l'avviso di selezione nella parte in cui li escludeva, deducendo, a sostegno del ricorso, che il personale medico universitario è equiparato a quello ospedaliero. Il ricorso era stato rigettato dal Tar che aveva condiviso la procedura del Policlinico. Anche Palazzo Spada è dello stesso avviso. Nella sentenza si condivide, in sostanza, la tesi dell'ente e si aggiunge che l'equiparazione delle due categorie di medici, sancita dalle norme invocate dai ricorrenti, è un'equiparazione economica a parità di funzioni, ma non implica che tutte le funzioni pertinenti a una categoria debbano essere accessibili anche all'altra. L'articolo 31 dello sta-

to giuridico dei dipendenti del Servizio sanitario nazionale emanato con decreto del presidente della repubblica 20 dicembre 1979 n. 761 non recita affatto "al personale universitario si applicano gli istituti normativi disciplinati dall'accordo nazionale unico", bensì "gli istituti normativi di carattere economico", sicché la norma non ha nulla a vedere con la questione della direzione dei moduli. Equiparazione economica e non normativa: ne consegue che l'amministrazione ospedaliera non era tenuta ad affidare i moduli anche ai professori universitari.

Tar Lazio

Sentenza n. 1325/2004 e seguenti No al pensionamento "assistenziale"

Il Tar del Lazio ha detto no al prepensionamento, a 67 anni, dei primari del Policlinico Umberto I accogliendo il ricorso presentato da alcuni di essi, contrari al provvedimento del Direttore Generale che li costringeva a fare solo didattica senza più esercitare la ricerca e l'attività medica, compresa quella operatoria. Il Tar del Lazio, con una serie di sentenze depositate il 12 febbraio scorso, ha annullato i provvedimenti che avevano determinato il cosiddetto "pensionamento assistenziale", obbligando molti di loro a continuare ad operare e a fare ricerca sotto la tutela e dietro autorizzazione dei propri assistenti.

Il Tar ha affermato che non è stato correttamente applicato nei confronti dei ricorrenti il dispositivo dell'Atto Aggiuntivo al protocollo d'intesa, che prevedeva l'indicazione, nell'assegnazione dell'attività residuale, oltre "al tipo di attività assistenziale, alla misura dell'impegno orario, alle modalità di rilevazione dell'attività svolta, anche la misura dell'eventuale trattamento economico". In particolare "è illegittima la disposta esclusione di ogni trattamento economico aggiuntivo per il personale in posizione di fuori ruolo assistenziale, non potendo l'amministrazione, a fronte di una specifica prestazione di servizio ancorché limitata, esonerarsi dall'obbligo della giusta retribuzione aggiuntiva, realizzando in questo modo un suo illecito arricchimento".

FISCO & PREVIDENZA

Pensioni: si cambia

Lo avevamo detto subito! Non era possibile, soprattutto per la nostra categoria, accettare un incremento massiccio dell'anzianità contributiva per ottenere la pensione.

I medici entrano nel mondo del lavoro sempre più tardivamente, e una contribuzione di 40 anni è sembrata una chimera irraggiungibile. Vi era, inoltre, la realtà sperequativa di trovarsi da un giorno all'altro di fronte ad un incremento tale, che per molti, avrebbe potuto rappresentare una condizione insostenibile. Il sindacato è stato rigido sulle proprie posizioni: ma non è stato ad aspettare. L'Anaa, insieme alla Cida, ha elaborato una piattaforma rivendicativa su basi completamente diverse. E anche grazie al successo delle ultime dimostrazioni, che hanno coinvolto tutta la classe medica, il fronte governativo ha dovuto modificare sostanzialmente l'impianto tanto pubblicizzato e sostenuto in autunno. Nella serata del 19 febbraio il Governo ha presentato una nuova impostazione riformatrice, basata, questa volta, sull'incremento dell'anzianità anagrafica, rimanendo inalterata l'attuale condizione dell'anzianità contributiva. In pratica, fino al 2007 non si avrà nessuna modifica dell'attuale condizione per ottenere il trattamento anticipato d'anzianità: 35 anni di contribuzione e 57 anni d'età. Dal 2008 per andare in pensione, fermo restando il requisito dei 35 anni di contribuzione, vengono richiesti almeno 60 anni d'età. L'emendamento alla legge delega prevede un incremento dell'età, dal 2010, portandolo a 61 anni, ed una verifica dello stato economico del settore, per il 2013, con possibilità di accrescimento del requisito dell'età anagrafica, dal 2014, a 62 anni. Del precedente testo viene conservato il cosiddetto "bonus", cioè la possibilità di ottenere, per chi, pur avendo raggiunto gli attuali criteri per il pensionamento, decidesse di restare in servizio, un incremento stipendiale, esentasse, pari all'importo del contributo pensionistico annuo: circa il 32,7 per cento del salario. Anche se tale condizione, sino ad ora viene prevista solamente per i dipendenti privati, e la sua estensione ai pubblici, dovrà essere verificata con incontri successivi delle organizzazioni sindacali con le Regioni e gli Enti Locali. Un altro aspetto, che aveva messo in grande allarme la categoria, e tutto il pubblico im-

piego, appare, a detta dei Ministri interessati, in parte rientrato o quanto meno realizzabile con tempi e modi tutti da verificare. Si tratta della ventilata "omogeneizzazione" dei trattamenti, che avrebbe potuto annullare il vantaggio attuale dei pubblici dipendenti, che maturano una parte della pensione (per le anzianità sino al 31 dicembre 1992) riferendola all'ultimo stipendio in godimento, anziché alla media degli stipendi degli ultimi cinque anni, così come è previsto dai trattamenti facenti capo all'Inps (dipendenti privati). La proposizione di "armonizzazione" resta nella legge delega come indirizzo, e non troverà contestualità di interventi nell'immediato. Sarà una concertazione facente capo alla Funzione pubblica e alle Oo.ss. a verificare eventuali modifiche da introdurre nei decreti legislativi di attuazione della delega. Sembra un compromesso accettabile, che ci impone, comunque, una particolare attenzione all'evolvere del problema, ma che allontana le gravi preoccupazioni che abbiamo espresso e che hanno avuto anche nelle dimostrazioni sindacali, di questi giorni, un forte eco. Risolti o quanto meno riportati nell'alveo dell'accettabilità i più pressanti problemi, un altro aspetto delle modifiche ultime del Governo ci sembra opportuno evidenziare. Si tratta della pensione integrativa, che dovrebbe trovare nei cosiddetti Fondi Chiusi contrattuali la condizione più favorevole a migliorare i trattamenti previdenziali futuri. Il Governo ha proposto che, fermo restando una corretta e approfondita informativa sul problema, il lavoratore potrà tacitamente, silenzio - assenso, far confluire il proprio Tfr (trattamento di fine rapporto), maturando, nei Fondi, ove istituiti. Ricordiamo che il Tfr riguarda i soli assunti dal 2001. Tuttavia, le attuali norme prevedono che anche coloro che attualmente sono legati alla liquidazione (Indennità premio servizio, per i medici del Ssn), possano adire ai Fondi passando al Tfr. Sono stati, inoltre, promessi interventi facilitanti (detassazione) la contribuzione ai Fondi, il che potrebbe rendere più appetibile, a molti, la via della costituzione di un fondo categoriale dei medici.

Claudio Testuzza

SANITÀ PRIVATA

Il Day Hospital nell'ospedalità privata accreditata

Come è noto il Day Hospital ha subito una vera e propria accelerazione nella sua applicazione e diffusione in coincidenza all'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Dpcm 29 novembre 2001) e alla definizione dei 43 Drg a forte rischio di inappropriata (allegato 2C dello stesso Dpcm) se prodotti nell'ambito di ricoveri ordinari.

Accelerazione che peraltro, secondo una recente analisi della Assr (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali), non ha ancora dato i risultati attesi, visto che almeno un milione di ricoveri ordinari potrebbero oggi essere spostati sul Day Hospital.

In altre parole le strutture che erogano prestazioni in nome e per conto del Servizio sanitario nazionale, pubbliche e private, non sembrano avere dato completa applicazione al dettato normativo. O

forse vi hanno dato applicazione differenziata? Se iniziamo l'analisi a partire dal 1997, vale a dire due anni dopo l'introduzione della remunerazione a Drg, assistiamo anzitutto ad un complessivo cambiamento. Innanzitutto il ridimensionamento del numero di strutture di ricovero nel sistema pubblico ed il sostanziale mantenimento di quelle private accreditate: i 942 ospedali pubblici divengono 778 nel 2001 ed il numero di posti letto ordinari da 273.709 si riduce a 213.214, con i letti di DH che da 20.843 divengono 23.887.

Nel privato accreditato contemporaneamente le 537 strutture ospedaliere passano a 530 con i posti letto ordinari che da 52.799 scendono a 48.338, mentre quelli di DH da 1726 divengono 2071. La decisa evoluzione verso il DH è accompagnata

dal significativo incremento delle oltre 5 mila Unità Operative pubbliche che lo effettuano e che divengono poco meno di 8 mila. Nel privato analogamente i 200 reparti divengono oltre 500. Per quanto riguarda le giornate di presenza, un altro indicatore significativo dell'andamento di ricovero in DH, da 6 milioni e 400 mila del 1997 salgono nel pubblico a 8 milioni e 200 mila nel 2001. Nel privato da 350 mila divengono 492 mila.

In pratica un andamento parallelo. Rivolto alle specialità di tipo medico-internistico (Day Hospital Medico) e di tipo chirurgico (Day Surgery) vediamo come all'interno di alcune significative specialità, mediche e chirurgiche si è data applicazione a questa evoluzione. Se prendiamo in considerazione specialità chirurgiche quali chirurgia generale, chirurgia vascolare, chirurgia plastica ed oculistica l'incremento del nu-

Evoluzione DH pubblico/privato

DAY HOSPITAL/PRIVATO 1997	DAY HOSPITAL/PRIVATO 2001
n. reparti: 202	n. reparti: 503
n. posti letto: 1.726	n. posti letto: 2.071
n. presenze: 351.837	n. presenze: 492.203

DAY HOSPITAL/PUBBLICO 1997	DAY HOSPITAL/PUBBLICO 2001
n. reparti: 5.767	n. reparti: 7.795
n. posti letto: 20.843	n. posti letto: 23.887
n. presenze: 6.428.840	n. presenze: 8.252.064

(fonte: Ministero della Salute)

mero di presenze in DH è estremamente significativo tra il 1997 e il 2001, sia nel pubblico che nel privato. Dunque una riconversione dei ricoveri ordinari verso il DH di numerose prestazioni di tipo chirurgico.

Per quanto riguarda specialità mediche, quali medicina interna, cardiologia, neurologia e riabilitazione neurologica si assiste invece ad una notevole divaricazione.

Al deciso aumento delle presenze in DH avvenuto nel pubblico, con una proporzionale diminuzione dei ricoveri ordinari, corrisponde in ambito privato una significativa diminuzione sia delle presenze in DH, sia in ricovero ordinario.

Le specialità mediche sembrano dunque trovare nel settore privato, in questo arco di tempo, una evidente restrizione. Nessuna riconversione verso il DH come ci si aspetterebbe, ma anche una singolare riduzione delle presenze in regime di ricovero ordinario.

Possiamo dunque osservare che l'evoluzione verso questa innovativa modalità di erogare prestazioni, quale è il DH, di certo spinta dal dettato normativo, ma di cui la classe medica e sanitaria più in generale si è resa protagonista in applicazione di nuove tecniche, nuove metodiche e procedure, nuove modalità assistenziali, strutturali, organizzative e culturali sembra fin qui differenziare in modo significativo l'organizzazione sanitaria pubblica da quella privata.

Ma le motivazioni sono occasionali o vi sono precisi obiettivi strategici?

Fabio Florianello

Day Hospital/Privato

SPECIALITÀ MEDICHE	PRESENZE/ANNO 1997	PRESENZE/ANNO 2001
Medicina Interna	87.027	71.558
Cardiologia	12.571	6.652
Neurologia	9.026	5.433
Neuro-riabilitazione	9.680	3.427

SPECIALITÀ CHIRURGICHE

Chirurgia generale	21.991	40.998
Chirurgia vascolare	29	1.585
Chirurgia Plastica	407	3.379
Oculistica	6.322	42.422

Day Hospital/Pubblico

SPECIALITÀ MEDICHE	PRESENZE/ANNO 1997	PRESENZE/ANNO 2001
Medicina Interna	127.237	171.920
Cardiologia	986.483	1.114.465
Neurologia	132.118	150.687
Neuro-riabilitazione	16.183	34.664

SPECIALITÀ CHIRURGICHE

Chirurgia generale	404.656	517.060
Chirurgia vascolare	14.650	39.260
Chirurgia Plastica	30.701	56.288
Oculistica	158.622	378.630

(fonte: Ministero della Salute)

MEDICI IN PENSIONE

La buona fede salva dal recupero

Le somme riscosse dai pensionati dell'Inpdap, è il caso dei medici dipendenti dal Ssn, qualora percepite in buona fede, non possono essere oggetto di provvedimenti di recupero da parte dell'istituto previdenziale. Il problema che già in passato era stato esaminato, anche in sede giudiziaria e amministrativa (decisione n. 77/C del 21 dicembre 1998, Corte dei Conti, Sezioni riunite) trova un'ulteriore conferma in una recente sentenza (n. 1/2004) emessa dalla sezione giurisdizionale siciliana della Corte dei Conti, in materia pensionistica, con cui è stato accolto, anche se parzialmente, il ricorso proposto da un pensionato, al quale l'Inpdap aveva operato una ritenuta mensile sulla pensione, a seguito di riliquidazione del trattamento pensionistico.

Il fatto scaturiva dalla condizione determinatasi con un trattamento ridotto della pensione precedentemente attribuita e con la notifica, al pensionato, di un'intimidazione di pagamento, quali somme percepite e non dovute, e dell'inizio di una procedura di recupero mediante ritenuta mensile sulla pensione. Il pensionato ricorreva sia per ottenere il ripristino dell'importo pensionistico originale sia per recuperare le somme trattenute, maggiorate degli interessi e della rivalutazione monetaria. Il giudice ha preliminarmente dichiarato legittimo l'operato della amministrazione dell'Inpdap, che ha ricalcolato la pensione sulla base degli accertamenti e di alcune sentenze legate a diverse procedure di calcolo, tuttavia ha rilevato che la normativa in materia (art. 26 della legge 315/67)

prevede che i provvedimenti di liquidazione possono essere revocati o modificati, entro tre anni (o in casi particolari entro dieci anni) dalla notifica agli interessati, per una serie di motivazioni tra cui quella di aver prodotto, ai fini della liquidazione, falsa documentazione. Nel caso in esame il giudice ha rilevato la buona fede del pensionato in quanto non sono stati messi in atto, dal medesimo, atti dolosi finalizzati ad indurre in errore l'istituto previdenziale, né lo stesso era nelle condizioni di accorgersi dell'errore commesso dall'Inpdap nella liquidazione originaria del trattamento pensionistico. Per questi motivi non è stato ritenuto giusto il recupero della somma erogata in maggioranza di quanto calcolato successivamente. **C. T.**

LIBRI IN SANITÀ

In buona salute Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica

La situazione della sanità è uno dei punti caldi dell'agenda politica italiana. Il modello italiano della sanità pubblica, che viene in questi mesi attaccato da più parti e che è spesso oggetto di lamentele - non sempre pienamente giustificate - da parte di un ampio settore della cittadinanza, è stato collocato dall'Organizzazione mondiale della sanità ai primi posti nella graduatoria mondiale. Sia sul piano della tutela della salute sia su quello dei costi complessivamente sostenuti. Questo libro, scritto da un epidemiologo e da un'economi-

sta, rappresenta una difesa appassionata, meditata e solidamente argomentata della medicina pubblica, giudicata come unica strada percorribile per ottenere prestazioni mediche diffuse, efficaci ed efficienti per l'intera popolazione.

Paolo Vineis insegna Statistica medica e Biometria all'Università di Torino ed è Direttore della sezione di Epidemiologia e Scienze della vita della Fondazione Isi 151 di Torino. Presso Einaudi ha pubblicato *Modelli di rischio*

(1990) e *Nel crepuscolo della probabilità. La medicina tra scienza ed etica* (1999).

Nerina Dirindin insegna Economia pubblica ed Economia sanitaria all'Università di Torino. Negli anni 1999-2000 è stata Direttore generale del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità. È autrice di *Chi paga per la salute degli italiani?* (il Mulino, 1996) e, con Paolo Vineis, di *Elementi di economia sanitaria* (il Mulino, 1999).

Gli Struzzi Einaudi - pagg. 125 - euro 12

Lombardia: anche le Rsa devono applicare il Ccnl

Dopo oltre 2 anni di battaglie legali, il giudice del Tribunale di Cremona, con sentenza depositata in Cancelleria il 12 novembre scorso, ha condannato l'Ente ex Ipab, ora Rsa, a corrispondere al Dirigente medico ricorrente la somma derivante a titolo di busta paga con i relativi interessi e rivalutazioni monetarie, per la mancata applicazione del Ccnl quadriennio 1998-2001 dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del Ssn. Tale pronuncia è senza dubbio di larghissimo interesse per tutti quei dirigenti medici delle strutture Rsa che purtroppo ancora oggi sono costretti a un contratto degli enti locali sicuramente poco remunerativo, a prescindere dalle funzioni sanitarie assegnate.

Per eventuali delucidazioni e per il testo della sentenza rivolgersi alla Segreteria Anaa Assomed Regione Lombardia.

Il malessere della medicina

A partire dagli anni '80 lo scenario dei sistemi sanitari nelle società postindustriali ha cominciato a mutare radicalmente con l'avvio delle cosiddette "riforme" sanitarie: quali sono le ragioni? E quali effetti le "riforme" hanno prodotto in termini di reale impatto sulla medicina e sui sistemi sanitari? Frutto di un intenso lavoro di ricerca comparata internazionale durato tre anni, questo testo propone un modello di analisi correlazionale dei processi di "riforma" dei sistemi sanitari occidentali più comprensivo degli approcci di natura prevalentemente economica sin qui dominanti. Il quadro di riferimento storico e teorico adottato consente infatti di leggere le "riforme" sullo sfondo della più generale evoluzione del rapporto tra biomedicina e società industriali moderne dalla dominanza medica di gran parte del '900 sino alla crisi di quel "contratto sociale" idealmente stipulato a conclusione del percorso di professionalizzazione della biomedicina avvenuto nel corso dell'Ottocento. Il problema diviene allora valutare fino a che punto le strategie di "riforma" abbiano costituito una risposta adeguata: a tal fine, vengono presi dettagliatamente in esame cinque casi nazionali considerati come esemplari: Stati Uniti, Gran Bretagna, Svezia, Germania e Francia, prima singolarmente e diacronicamente e poi sincronicamente e in chiave comparata. L'analisi correlazionale, muovendo dal livello micro del contesto clinico e della relazione medico-paziente, pas-

sando per il livello meso della divisione del lavoro sanitario, arriva al livello macro ad individuare il gioco strutturale dei "poteri controbilanciati" che caratterizza il rapporto tra Stato, cittadini, professioni sanitarie e complesso sanitario-industriale nei sistemi sanitari contemporanei. I nuovi scenari che i paesaggi sanitari del XXI secolo sembrano così delineare appaiono caratterizzati non tanto da un'ipotesi di convergenza tecnocratica, come i sostenitori del "pensiero unico delle riforme" affermano, quanto da un'ambivalenza di fondo le cui conseguenze producono una serie di dilemmi e paradossi che nell'attuale malessere della medicina trovano già la loro espressione.

Guido Giarelli (Ph.D. allo University College London) è docente di Antropologia sociale, di Sistemi sanitari comparati e di Politiche sociali e sanitarie, nonché coordinatore didattico del Master in "Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari" presso l'Università di Bologna. È attualmente presidente della Società italiana di Sociologia della Salute (Siss). Ha svolto una lunga attività di ricerca, consulenza e formazione in Mrica (Kenya, Tanzania, Mozambico, Senegal) in Brasile e negli Usa. Ha pubblicato, tra l'altro, *Medicina africana e sviluppo professionale* (1995) e *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata* (1998).

Franco Angeli - pagg. 504 - euro 24

segue dalla prima

AVANTI CON LA VERTENZA SALUTE

professionale che trae il reddito esclusivamente dal proprio stipendio in circa il 70% dei casi, integrato da introiti libero professionali modesti per un altro 20-25%, più rilevanti nei restanti casi. La perdita del potere di acquisto è stata per noi calcolata al 16,5% nel biennio passato.

Con questo contratto dobbiamo, quindi, non solo ridurre i motivi del nostro disagio professionale, ma opporci anche al rapido impoverimento della categoria.

Il Governo ha fatto saltare lo spirito di concertazione che era alla base del patto sancito nel 1993, momento di superamento della scala mobile, rivendicando l'autonomia del proprio ruolo e facilitando in tal modo lo scontro sociale. Sempre più lontani dalla realtà si stanno rivelando i livelli dell'inflazione programmata, secondo i quali si rinnovano i contratti. E sempre più tardivi e insufficienti sono i recuperi del differenziale tra inflazione programmata e reale (si prendano ad esempio le vicende dei tranvieri e la nostra

dello 0,92%). Se il Governo rivendica autonomia, altrettanta autonomia e libertà ci dobbiamo prendere noi. È per questo che ci accingiamo con forte determinazione al rinnovo contrattuale rivendicando l'1,8%, differenziale tra i due tipi di inflazione calcolato per il primo biennio e l'8% per il secondo biennio economico, invece del 3,4% previsto nell'ultimo Dpef.

Come ben si può vedere, ancora intatti rimangono gli obiettivi generali e categoriali della nostra vertenza. Bisogna insistere sulla strada intrapresa. La grande coalizione non soltanto resiste fino ad ora alla difficile prova dell'unità, ma alla vertenza si è associato, seguendo un percorso autonomo ed analogo al nostro, tutto il mondo della medicina convenzionata: medici di medicina generale, di guardia medica, pediatri, specialisti.

Non c'è, quindi, un settore della sanità italiana che sia estraneo a questo grande movimento che comprende ormai

circa 220-230 mila addetti tra dirigenti e convenzionati del Ssn.

Dopo l'ora di sciopero dell'8 marzo e la raccolta di firme per devolvere l'equivalente di un'ora di lavoro alla Caritas per iniziative umanitarie, il calendario della protesta dei dirigenti continua con lo sciopero di 24 ore del 22 marzo che ci deve vedere compatti come è stato il 9 febbraio scorso. I medici di medicina generale effettueranno un'intera giornata di sciopero il 16 aprile.

Tutti insieme poi dobbiamo prepararci fin da ora alla grande manifestazione a Roma del 24 aprile nella quale dovremo rappresentare con passione e civiltà i problemi della sanità pubblica italiana e di chi ci lavora, sperando di scuotere l'indifferenza del Governo e di suscitare nei cittadini una consapevolezza sempre maggiore dei rischi che corrono i loro diritti.

Serafino Zucchelli

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, Paola Carnevale,

Lucia Conti, Fabio Florianello, Domenico Iscaro,
Francesco Mantovani, Enrico Reginato, Stefano Simoni,
Gianluigi Scaffidi, Claudio Testuzza

Coordinamento editoriale:
Cesare Fassari

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

Editore

Italtromo Esis Publishing
Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 065729982/2

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