

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

IL PUNTO SU FINANZIARIA, DEVOLUTION, CONTRATTO

di **Serafino Zucchelli**

Gli avvenimenti politici e parlamentari verificatisi negli ultimi 20 giorni impongono da parte nostra un commento ed alcune riflessioni.

Questi i fatti:

1. il Governo propone alle Regioni di mettere in finanziaria per il 2005 uno stanziamento di 88 mld di euro con un incremento rispetto al programmato del 2004 di oltre l'8% che porterebbe la cifra complessiva destinata alla sanità al 6,3% del Pil. Le Regioni apprezzano, ma pretendono altri 3 mld di euro, gli arretrati, il costo dei rinnovi contrattuali, la spesa per gli extracomunitari e giudicano insufficiente la crescita ulteriore del 2% annua del 2006 e 2007.

2. È stato approvato alla Camera un testo di modifica costituzionale dell'attuale articolo 117 che attribuisce allo Stato la potestà di legiferare sui principi generali relativi alla tutela della salute. Affida in via esclusiva alle Regioni la potestà legislativa su assistenza e organizzazione sanitaria.

3. Si sta verificando una zuffa nei partiti della maggioranza sull'entità dell'incremento del rinnovo contrattuale dei dipendenti pubblici per il biennio 2004-2005 per ora fermo al 3,7%. Le confederazioni generali, la Cida e noi, chiediamo l'8%. Il ministro Siniscalco ha dichiarato, ma non in sede ufficiale, che si potrebbe arrivare al 5,5%. Alleanza Nazionale plaude. La Lega si oppone e sostiene che il rinnovo dei contratti deve essere contenuto entro il 2%.

4. Un recente rapporto del Tavolo di monitoraggio dei Lea, che analizza le voci della spesa sanitaria relativa al 2002, evidenzia che la spesa ospedaliera complessiva è scesa al 46%, quella per il territorio è salita al 49%.

Un commento che si impone in relazione ai primi due fatti esposti (88 mld e modifica costituzionale) riguarda l'efficacia della nostra azione politico-sindacale dispiegata dal dicembre 2003 al giugno 2004. Gli obiettivi generali che ci proponevamo, tuttora attuali, erano uno stanziamento più adeguato per fare sopravvivere il Ssn e un'azione di contrasto del processo devolutivo, che, così come era stato votato nel Senato, avrebbe provocato la disgregazione dell'unità del sistema.

Una prima risposta è la vistosa crescita fino a

segue a pag. 7

CONTRATTO E FINANZIARIA: I DUE NODI DA SCIOLIERE

Il Fsn a 88,2 mld Ma per il contratto non bastano

Lo avevamo già detto: sarà un contratto difficile le cui sorti si intrecciano direttamente con la Finanziaria 2005 che il Governo ha presentato alle parti sociali. Una manovra da 24 miliardi per ridurre il deficit al 2,7% del Pil, contro una crescita tendenziale del 4,4%. Per raggiungere l'obiettivo della manovra sono stati individuati tre filoni. Il primo, è reperire 7 miliardi di risparmio applicando per la pubblica amministrazione un tetto di incremento di spesa del 2% (anche se il Governo assicura che non riguarderà il Welfare). Il secondo filone ha come obiettivo il recupero di altri 7 miliardi che verranno da incremento del gettito fiscale, senza però imporre nuove tasse (dice ancora il Governo), legato alla revisione degli studi di settore per i lavoratori autonomi. Ossia, aumentando la previsione del reddito per certe categorie, automaticamente queste dovrebbero adeguare le proprie dichiarazioni verso l'alto, consentendo maggiori entrate. Terzo ed ultimo punto sarà l'entrata di altri sette miliardi una tantum derivante dalla vendita di beni immobili pubblici. Per la sanità, comunque, il tetto del 2% è stato applicato alle previsioni di spesa 2004 e non al finanziamento assegnato. Il risultato è un Fondo sanitario nazionale di 88,2 miliardi a fronte di 81,2 del 2003 con un aumento di circa l'8,3%. Cifra sicuramente accresciuta rispetto alle previsioni iniziali, ma ancora lontana dal fabbisogno reale che è pari a 93 miliardi, secondo quanto richiesto dalle Regioni. Nel conto mancano, infatti, gli oneri contrattuali e i soldi 2004 per l'assistenza agli extracomunitari regolarizzati. In questo quadro si sono inserite le trattative per il rinnovo del contratto limitate, nella prima fase, agli aspetti normativi. Com'è noto, il nodo resta però quello economico dove gli spazi di negoziato sono tra gli aumenti del 3,7% proposti dal Governo e la nostra richiesta che è dell'8%.

PATRONATO E CAF

Nuovi servizi per gli associati

Dal 1° gennaio 2005 saranno operativi gli uffici di Patronato e di CAF costituiti dalla Confederazione Cida di cui l'Anaa Assomed è parte
Per i servizi offerti dal Centro Assistenza Fiscale verranno praticate agli iscritti all'Associazione condizioni economiche estremamente vantaggiose

Il Patronato fornisce l'attività di informazione, di assistenza e di tutela, a favore dei lavoratori per la tutela dei loro diritti previdenziali e sociali. Le attività di consulenza, di assistenza e di tutela degli istituti di patronato riguardano:

- a. il conseguimento, in Italia e all'estero, delle prestazioni in materia di previdenza e quiescenza obbligatorie e di forme sostitutive e integrative delle stesse
 - b. il conseguimento delle prestazioni erogate dal Ssn
 - c. il conseguimento delle prestazioni di carattere socio-assistenziale, comprese quelle in materia di emigrazione e immigrazione
 - d. il conseguimento, in Italia e all'estero, delle prestazioni erogate dai fondi di previdenza complementare, anche sulla base di apposite convenzioni con gli enti erogatori.
- Il CAF svolge le attività sostitutive relativamente all'obbligo di presentazione della dichiarazione dei redditi:
- a. elabora e predispose le dichiarazioni tributarie, nonché cura gli ulteriori adempimenti tributari
 - b. redige le scritture contabili
 - c. verifica la conformità dei dati esposti nelle dichiarazioni alla relativa documentazione
 - d. consegna al contribuente copia della dichiarazione elaborata e del prospetto di liquidazione delle imposte
 - e. comunica ai sostituti d'imposta il risultato finale delle dichiarazioni stesse, ai fini del conguaglio a credito o a debito in sede di ritenuta d'acconto
 - f. invia all'amministrazione finanziaria le dichiarazioni dei redditi e le scelte ai fini della destinazione dell'otto e del quattro per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche.

Entro fine anno sarà fornito un primo elenco di 35 sedi dove saranno istituiti tali servizi con gli indirizzi e gli orari di apertura al pubblico

FINANZIARIA 2005

Le parti sociali incontrano il Governo. I timori per la sanità e i contratti

ARTICOLO A PAGINA 3

INTERVISTA

Leopoldo Elia, Presidente emerito della Corte Costituzionale afferma: "una riforma che minaccia la democrazia"

A PAGINA 5

ATTUALITÀ

*Esclusività sì
Esclusività no. Come cambia quest'istituto alla luce della nuova legge 138/2004*

SERVIZI ALLE PAGINE 6-7

CONTRIBUTI

Gli anziani e la salute. Ovvero: come invecchiare bene ed essere felici. I dati di una ricerca Censis

ARTICOLO ALLE PAGINE 8-9

SPECIALE REGIONI

Focus su: Puglia e Veneto. Intervista a Salvatore Mazzaracchio assessore alla Sanità della Puglia e a Franco Toniolo, segretario sanità e sociale Regione veneto. Per l'Anaa i responsabili regionali Salvatore Della Tommasa e Salvatore Calabrese

SERVIZIO ALLE PAGINE 10-13

CONTRATTO 2002-2005

È partita la trattativa per il rinnovo del Ccnl

Con 31 mesi di ritardo è stata inaugurata, il 21 luglio, la stagione che porterà al rinnovo del Ccnl della dirigenza medica. Consumati i convenevoli di rito, la trattativa vera e propria è iniziata solo dopo la pausa estiva, quando le parti sono tornate a confrontarsi per quella che sin dalle prime battute è sembrata una trattativa tutt'altro che semplice

La trattativa con l'Aran per il rinnovo del contratto di lavoro 2002-2005 – dopo un incontro preliminare prima della pausa estiva – è iniziata ufficialmente i primi di settembre con l'illustrazione, da parte dell'agenzia, della metodologia di lavoro che verrà seguita per l'intera durata della trattativa: saranno esaminati nel dettaglio da parte dei sindacati i singoli istituti, normativi ed economici, e ciascuno presenterà analiticamente le proprie proposte di modifica. A sua volta l'Aran provvederà ad elaborare un articolato che terrà conto, fin dove possibile, delle integrazioni suggerite. Questo articolato rappresenterà la base della discussione.

I primi commenti del segretario nazionale dell'Anaa Assomed sono stati molto espliciti: "Finalmente è partita all'Aran la trattativa per il rinnovo del Ccnl scaduto da ben tre anni – ha commentato Zucchelli – ma, nonostante il clima cordiale e costruttivo registrato nella riunione, la trattativa si presenta difficile e conflittuale per la notevole distanza che separa le attese dei professionisti dalle volontà espresse dalle Regioni nell'atto di indirizzo e dalle disponibilità finanziarie messe sul tappeto dal Governo.

Sul piano strettamente normativo le Regioni vogliono, a parità di retribuzione, acquisire maggiore livelli di produttività, cioè più prestazioni anche attraverso una pretesa di più tempo-lavoro. Sul piano economico il Governo non riconosce la perdita del potere d'acquisto della categoria e destina somme per il rinnovo contrattuale largamente inadeguate a risolvere questioni delicate quali ad esempio le condizioni di lavoro (guardie, reperibilità, straordinari, riposi compensativi, ferie, ecc.) che pesantemente incidono sulla qualità e sulla sicurezza delle prestazioni rese ai cittadini.

Come sempre, con senso di responsabilità, faremo la nostra parte al tavolo contrattuale, sollecitando soluzioni normative ed economiche possibili e compatibili per delle istituzioni che veramente hanno a cuore l'efficacia e l'appropriatezza del servizio sanitario pubblico".

Ad un mese di distanza e dopo ulteriori incontri, l'Anaa Assomed ha avuto la possibilità di indicare e sollecitare soluzioni almeno per gli istituti normativi esaminati, dal momento che gli aspetti economici sono stati, per il momento, solo sfiorati.

Vediamo quali sono questi istituti e la posizione dell'Associazione.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutte le organizzazioni sindacali hanno convenuto sulla necessità di affrontare nell'articolo relativo al "Campo di applicazione" le problematiche inerenti il contratto del personale dirigente medico che opera nelle Fondazioni e negli ex Irccs (oggi trasformati in Fondazioni) e i contratti atipici. È stato, inoltre, sollevato il problema di rendere maggiormente cogente, nello stesso articolo, l'attuazione delle norme previste dal Ccnl anche per i dirigenti medici dipendenti del Ssn che operano nelle aziende miste Ospedali-Università.

RELAZIONI SINDACALI

Il segretario dell'Anaa Assomed ha sostenuto che l'attuale sistema delle relazioni sindacali non ha impedito diffusi ritardi e omissioni attuative a livello periferico e non ha nemmeno impedito frequenti attuazioni distorte delle norme presenti nel Ccnl vigente.

In considerazione di questo (che è sotto gli occhi di tutti) è necessario modificare in alcuni punti l'attuale sistema delle relazioni sindacali, pur lasciando inalterato l'impianto generale al fine di ridurre i pesanti ritardi e distorsioni attuative e comunque nel rispetto della legislazione vigente. Pertanto l'Anaa Assomed ha ribadito la necessità di:

- rafforzare la contrattazione nazionale al fine di rendere maggiormente omogenea l'attuazione delle norme contrattuali sul territorio nazionale;
- attribuire nel sistema delle relazioni sindacali un maggior ruolo al livello regionale ai fini:
 - di indirizzo in particolari materie che riguardano la specificità regionale e di omogeneizzazione attuativa del Ccnl al livello aziendale;
 - di controllo dello stato di attuazione del contratto a livello aziendale;
 - di contrattazione sui fondi destinati da ciascuna Regione, aggiuntivi a quelli nazionali;
- rafforzare il potere di contrattazione sindacale a livello aziendale, spostando nel capitolo "contrattazione" alcune materie oggetto, fino ad ora, di "concertazione" o di "consultazione".

L'Anaa Assomed ha rivendicato, quindi, insieme anche a tutte le Organizzazioni sindacali mediche del tavolo, una sostanziale modifica dell'attuale sistema delle relazioni sindacali, non più idoneo a garantire un efficace ed equilibrato confronto a livello locale.

Infatti, fermo restando il livello nazionale di trattativa le cui competenze si vogliono non solo confermare ma ulteriormente ampliare, l'Associazione ritiene indispensabile anche dare più potere alle Oo.Ss mediche nelle trattative locali (regionali e aziendali), trasferendo nella contrattazione alcune materie quali ad esempio quelle inerenti l'organizzazione del lavoro.

"Sappiamo di porre, in questo modo, una questione delicata – ha detto Zucchelli – ma non più eludibile perché non è più possibile escludere le rappresentanze del mondo professionale dalla progettazione e dal governo dell'organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie".

RAPPORTO DI LAVORO

L'Aran, in premessa, ha sottolineato come i contenuti degli articoli 13 e 15 relativi, appunto, al contratto individuale e alle caratteristiche del rapporto di lavoro, andranno riformulati sulla base delle novità introdotte dalla legge 138/04 che ha cancellato l'irreversibilità della scelta del rapporto esclusivo. Fermo restando che chi aveva optato per l'esclusività di rapporto ed intende mantenerla non perderà l'indennità relativa.

Sul fronte sindacale, mentre da più parti veniva chiesto di destinare ad altri fondi (lasciando ad un secondo momento la loro individuazione) l'ammontare economico derivante dai risparmi sull'indennità di esclusività, l'Anaa Assomed, ha suggerito che questa indennità entri a far parte della massa salariale affinché non perda di valore nel tempo.

"Al tavolo – ha sottolineato il segretario nazionale – abbiamo ribadito che le modifiche apportate dalla legge 138 del 2004 in materia di reversibilità del rapporto esclusivo non devono toccare i diritti retributivi, normativi e previdenziali di coloro che mantengono la scelta e che una valorizzazione economica dell'indennità di esclusività dovrebbe innanzitutto prevedere l'inserimento nella massa

salariale delle indennità erogate e quindi il riconoscimento della disponibilità economica nell'attuale contratto del relativo incremento inflattivo 2002-2005.

ORARIO DI LAVORO

È stato, quindi, affrontato il tema dell'orario di lavoro che abbiamo ribadito essere di 34 ore settimanali per attività assistenziali e di 4 ore settimanali finalizzate all'aggiornamento e formazione permanente. In particolare abbiamo ribadito che tutte le attività istituzionali vanno programmate e quindi comprese nell'orario dovuto, rendendo operativi i sistemi di rilevazione dei carichi di lavoro così come previsti da leggi vigenti. Le attività connesse alle guardie attive e alle pronte disponibilità sono anch'esse da programmare e contenere nell'orario di lavoro e dovranno essere fortemente rivalutate sul piano retributivo. Ai fini di garantire qualità e sicurezza alle prestazioni rese ai cittadini e di tutelare gli stessi professionisti l'articolazione dell'orario di lavoro, comprensivo delle guardie e reperibilità, dovrà recepire i principi guida delle direttive europee in materia, oggi recepite nel nostro Paese con leggi nazionali (Dlgs 66/03) prevedendo soglie orarie massime di attività e garanzie dei recuperi compensativi. Abbiamo ancora sottolineato come le norme contrattuali debbano escludere la possibilità di reperibilità sostitutive laddove non insiste una guardia attiva o quando il numero di chiamate superi una certa soglia in un arco di tempo determinato.

Siamo contrari ad ogni proposta di attribuire un plus orario o un orario aggiuntivo dovuto per la corresponsione della retribuzione di risultato nel suo ammontare oggi consolidato.

Sulla base di questi vincoli e qualora non sussistessero le condizioni per un adeguamento dell'organico, la nostra associazione si dichiara disponibile a contrattare modalità di individuazione e di retribuzione di guardie al di fuori dell'orario di lavoro che impegnino risorse proprie dell'azienda e non contrattuali.

"Vogliamo dare dignità, qualità e sicurezza al lavoro del medico – ha commentato Zucchelli – a cominciare da quello più difficile e disagiato e cioè le guardie e le reperibilità attraverso più attenzioni e vincoli all'articolazione del lavoro e dei riposi compensativi e attribuzione di remunerazioni molto più consistenti di quelle attuali, sebbene consapevoli che queste risorse non sono tutte presenti nelle attuali disponibilità economiche del rinnovo contrattuale.

Solo in questa cornice di certezze normative e retributive responsabilmente siamo disposti a contrattare, laddove non è possibile altrimenti, guardie fuori orario di lavoro, retribuite con fondi aziendali extracontrattuali".

MOBILITÀ

Il tema è stato rivisitato nelle code contrattuali, ma necessiterà comunque di ulteriori tutele sindacali.

RECESSO

L'Anaa Assomed ritiene assolutamente dannosa per i dirigenti l'eventuale introduzione delle modifiche alla normativa vigente previste nell'Atto di indirizzo del Comitato di settore che demanda al tavolo regionale e/o aziendale l'individuazione di clausole per la risoluzione del rapporto di lavoro. In tal modo si aumenterebbe nei

fatti in modo ingiustificato la precarietà del rapporto di lavoro dei dirigenti medici.

COMITATO DEI GARANTI

L'Anaa Assomed ha proposto il mantenimento degli attuali poteri del Comitato, vincolanti sugli atti del Direttore Generale e la precisazione che la vita del Comitato deve essere prorogata fino all'insediamento di quello successivo.

COPERTURA ASSICURATIVA

È stato precisato che il testo attuale dell'articolo deve essere modificato con la esplicita previsione dell'obbligo per le Aziende di assicurare anche il rischio di rivalsa per colpa grave.

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

L'Anaa Assomed ritiene necessario introdurre l'obbligo per le aziende di garantire i crediti formativi ai dirigenti. Fino a quando il meccanismo organizzativo e finanziario istituito a tale scopo non sarà completamente funzionante, l'acquisizione del punteggio di crediti formativi non potrà essere considerato obbligatorio e quindi oggetto di sanzioni la mancata acquisizione.

I punti acquisiti nel frattempo accresceranno il curriculum professionale di ciascuno.

Il tempo dedicato alla formazione Ecm si ritiene possa essere compreso in una delle 4 ore settimanali dedicate all'aggiornamento. Le restanti ore devono rimanere per studio e aggiornamento facoltativo.

INCARICHI E VERIFICHE DIRIGENZIALI

L'Anaa Assomed ritiene questo uno dei temi su cui il nuovo contratto dovrà intervenire in maniera determinante per modificare una realtà rivelatasi inadeguata.

La proposta dell'Associazione prevede:

- un più puntuale ed esplicito accordo nazionale sui criteri per il conferimento degli incarichi;
- l'obbligo di maggiore trasparenza a livello aziendale delle procedure di conferimento;
- una più netta separazione delle verifiche di produttività da quelle professionali, da prevedersi in due articoli contrattuali separati;
- le prime saranno annuali e di competenza del nucleo di valutazione;
- le seconde dovranno essere ridotte nel numero: una sola alla fine dell'incarico, effettuate all'interno della professione (la prima dal superiore, la seconda dal collegio tecnico la cui composizione deve essere definita a livello nazionale) e su criteri predeterminati.

“Dopo un mese di incontri – ha commentato il segretario nazionale – abbiamo terminato l'esposizione delle nostre opinioni sulla parte normativa. Da un lato, abbiamo inteso ribadire la difesa di quegli istituti che giudichiamo immutabili: orario di lavoro, recesso, Comitato dei garanti. Dall'altro, abbiamo fatto proposte per migliorare quegli aspetti del rapporto di lavoro che si sono rivelati inadeguati nella vita professionale di ogni giorno:

1. maggiore potere di contrattazione delle organizzazioni sindacali in ambito aziendale;
2. definizione dei volumi prestazionali con chiarimento delle attività che sono dovute nell'orario di lavoro e di quelle aggiuntive che debbono essere remunerate a parte in libera professione aziendale;
3. riconoscimento economico più significativo del lavoro disagiato notturno, festivo e della pronta disponibilità;
4. più adeguata copertura assicurativa;
5. formazione continua assicurata in toto dalle aziende;
6. maggiore trasparenza del sistema del conferimento degli incarichi e semplificazioni e maggiori garanzie del sistema delle verifiche.

Vedremo quanto sarà accolto di quello che abbiamo richiesto.

La prossima riunione è dedicata alla parte economica del contratto. Gli 88 miliardi di euro offerti dal Governo alle Regioni per la sanità per il 2005 e le voci fino ad ora non confermate di un possibile incremento dal 3,7% al 5,5% per il rinnovo contrattuale per il II biennio, fanno nascere qualche timida speranza sulla possibilità di risultati positivi.

FINANZIARIA 2005: LE PARTI SOCIALI INCONTRANO IL GOVERNO

I timori per sanità e contratti

di Domenico Iscaro*

È la terza volta che l'Anaa Assomed (delegazione Cida-Anaa Assomed) partecipa alla presentazione della legge finanziaria ed il rituale è già conosciuto. Semmai quello che questa volta sorprende, è il numero più alto del solito di convenuti e tra questi l'elevata presenza di esponenti del Governo (ma Sirchia non c'è). Il più atteso naturalmente è il nuovo ministro del Tesoro, Domenico Siniscalco, ma la scena principale, neanche a dirlo, è sempre del capo del Governo, Silvio Berlusconi. L'introduzione del presidente del Consiglio in apertura dei lavori non offre sorprese. Dice che la novità di questa legge Finanziaria 2005 sarà il nuovo metodo trasparente che il Governo si propone di seguire. Dice che non saranno più i ministeri a dettare le loro richieste, che non ci sarà più una rincorsa alla copertura della spesa tendenziale, sempre in rialzo (4,4%), ma che tutte le strutture della pubblica amministrazione avranno uguali risorse e che queste non supereranno il tetto del 2% di incremento della spesa dell'anno precedente. Assicura il presidente del Consiglio che non ci saranno tagli o stangate che possano incrinare la fiducia dei cittadini italiani che devono conservare fiducia ed ottimismo. Dice Berlusconi che, in cinque anni, il debito pubblico sarà ridotto sotto il 100% del Pil e questo traguardo sarà raggiunto in due modi, sia agendo sul denominatore (ampliando la base del Pil) sia mettendo un freno alla spesa della pubblica amministrazione. Quindi, per terminare, ci consegna uno slogan: “la Finanziaria sarà una manovra di aggiustamento e sviluppo”. Tocca al ministro del Tesoro, Siniscalco, entrare nel merito del provvedimento e questo afferma segnerà una rottura rispetto al metodo seguito nel passato (addio agli aumenti di crescita del paese del 3% di Tremontiana memoria) ed è basato su tre pilastri: aggiustamento dei conti, programma di sviluppo riduzione del debito fino a raggiungere il 100% del Pil. La manovra sarà di 24 miliardi per ridurre il deficit al 2,7% del Pil, contro una crescita tendenziale del 4,4%, e si baserà su tre mosse. La prima, ed è quella che ci preoccupa maggiormente, sarà quella di reperire 7 miliardi di risparmio applicando per i ministeri un tetto di incremento di spesa del 2% (ma non riguarderà il Welfare assicura). Quindi non di tagli si tratta, ci spiega il ministro, ma al contrario di un aumento delle risorse destinate alla spesa della pubblica amministrazione, anche se in realtà ci riesce assai difficile cogliere la differenza tra tagli alla spesa necessaria a soddisfare il fabbisogno (vedi la Sanità) e tetto di spesa programmata ben inferiore al fabbisogno dichiarato (ossia mi serve 4 per operare, ma ti do soltanto 2!). La seconda mossa sarà il recupero di altri 7 miliardi che verranno da incremento del gettito fiscale, senza però imporre nuove tasse (dice!), legato alla revisione degli studi di settore. Ossia, aumentando la previsione del reddito per certe categorie, automaticamente queste dovrebbero adeguare le proprie dichiarazioni verso l'alto, consentendo maggiori entrate. La terza mossa, che ci sembra di riconoscere, sarà l'entrata di altri sette miliardi una tantum derivante dalla vendita di beni immobili pubblici. Seguirà un programma di sviluppo per la difesa del potere di acquisto e per rilanciare i consumi, ma questo sarà rimandato ad un successivo disegno di legge, che insieme ai provvedimenti su competitività ed innovazione, seguirà alla legge finanziaria. Insomma una partita in due tempi, che molte perplessità ha sollevato in tutti gli interlocutori presenti e che, insieme ai provvedimenti di riduzione delle aliquote Irpef, è oggetto di discussioni infinite, anche nella stessa maggioranza. Una cosa tuttavia appare indiscutibile e possiamo affermare in conclusione: la crescita del Paese è vicino alla zero ed è la più bassa non solo rispetto all'India e alla Cina, ma anche a confronto con gli altri

paesi europei, i soldi non ci sono e non è chiaro come nel merito questi provvedimenti per assicurare lo sviluppo saranno finanziati. La replica dei sindacati è identica in fotocopia (unica eccezione la Confindustria che in sintesi ha detto di voler restare alla finestra a guardare, chiamandola però “attenzione critica”) ed è basata sulla forte preoccupazione delle “ricadute sociali” della manovra. C'è chi considera inadeguato il tetto di spesa del 2% per Università, Ricerca e Scuola, ritenuti settori strategici (per la Sanità al momento siamo i soli ad essere angosciati). C'è chi si dice ancora in attesa del varo della riforma degli ammortizzatori sociali (cassa integrazione ecc.) o chi addirittura lamenta la rigidità del mercato degli affitti invocando un piano straordinario di costruzione di nuovi alloggi. Tutti avanzano dubbi sulla effettiva efficacia della riduzione del carico fiscale per rilanciare i consumi (“finirà con il premiare i redditi alti”, afferma il segretario nazionale della Cgil Guglielmo Epifani) e concordano sulla necessità di altri interventi strutturali (l'estensione dell'esenzione fiscale per i pensionati, la restituzione del fiscal drag, detassazione degli incrementi salariali dei lavoratori, ecc), qualcuno si spinge ad invocare il taglio dell'Irap (fortemente voluto da Confindustria) solo per quelle imprese che avranno investito in ricerca ed innovazione. Quasi tutti concordano che sarebbe più opportuno che, con le risorse necessarie a finanziare la riduzione delle aliquote fiscali, si rilancino gli investimenti al Sud o si prendano provvedimenti per il sostegno agli anziani e per incrementare la spesa sociale. Ma la vera e più grossa preoccupazione, che si ritrova in tutti gli interventi di parte sindacale (a cui anche noi ci associamo), è la sorte dei contratti di tre milioni di dipendenti pubblici che dovranno vedersela con il tetto del 2% sulla spesa complessiva, tetto già raggiunto con i soli automatismi di carriera ed il turnover. Sarà l'intervento del capo delegazione Cida-Anaa Assomed a materializzare tra i presenti il problema Sanità ricordando che al di là di qualsiasi retorica quel tetto del 2% per la Sanità si traduce in sofferenza e ingiustizia sociale. I finanziamenti previsti per il Ssn saranno di 88 miliardi, che anche se accresciuti rispetto alle previsioni iniziali, ancora lontani dal fabbisogno pari a 93 miliardi reclamato dalle Regioni. E nel conto mancano gli oneri contrattuali e i soldi 2004 per l'assistenza agli extracomunitari regolarizzati. E non ci tranquillizza la possibilità accordata alle Regioni di aumentare le tasse locali, né l'affermazione del ministro del Tesoro che il 2% non si applica ai contratti della Sanità per i quali è fissato un aumento del 3,7%, ancora ben lontano da quanto richiesto dai sindacati del pubblico impiego. In conclusione, finita la riunione, mentre tutti gli attori principali corrono a rilasciare dichiarazioni alla stampa, nella nostra mente passano in rassegna rapidamente gli scenari possibili. Il fabbisogno di spesa sanitario non è coperto ed il finanziamento per la Sanità già manca in partenza di 3 miliardi. I Governi locali saranno ancora maggiormente in affanno, le Regioni virtuose faticheranno (a condizioni immutate) a conservare la virtù e quelle non virtuose non la conquisteranno mai più. Il loro futuro prossimo sarà sospeso tra due possibilità, applicare nuovi tributi per salvaguardare il sistema e assicurare i Lea, oppure tagliare servizi essenziali e intere fasce di prestazioni, scelta quasi obbligata per le Regioni con minore ricchezza produttiva e minore base imponibile. Insomma per dirla tutta quell'invito all'ottimismo del presidente del Consiglio non ci convince neanche un po'.

*Vice Segretario Nazionale
Anaa Assomed

LA CAMERA APPROVA LA DEVOLUTION MA LE NORME GENERALI SULLA TUTELA DELLA SALUTE RESTANO ALLO STATO

Chi governerà la sanità?

La Camera ha votato un emendamento dell'Udc che prevede che le "norme generali sulla tutela della salute, la sicurezza e la qualità degli alimenti" resti competenza dello Stato. "L'abbiamo fatto per bilanciare la devolution" hanno detto i centristi della Casa delle Libertà. "Non è vero, non servirà a niente" hanno risposto dai banchi dell'Opposizione di Centro sinistra. Chi ha ragione?

di Cesare Fassari

La Camera ha approvato in prima lettura la parte riguardante la sanità del ddl di riforma costituzionale. La domanda è: hanno ragione i centristi dell'Udc, che sostengono di aver annacquato la devolution con il loro emendamento che riporta allo Stato la competenza legislativa sulla tutela della salute o i rappresentanti dell'Opposizione, i quali sottolineano che, nonostante quest'emendamento, aumenterà la confusione e la conflittualità costituzionale tra Stato e Regioni, senza eliminare il rischio di creare 21 sistemi sanitari diversi?

Per rispondere è d'obbligo una breve ricostruzione. A fine luglio, la Commissione Affari Costituzionali della Camera, approva un emendamento al testo della riforma costituzionale sul federalismo a firma D'Alia e Di Giandomenico (Udc). L'emendamento introduce le "norme generali sulla tutela della salute" tra le materie sulle quali lo Stato ha legislazione esclusiva. Lo stesso emendamento prevede, conseguentemente, la cancellazione della "tutela della salute" tra le materie a legislazione concorrente con le Regioni, come previsto dalla Costituzione riformata nel 2001 dal Governo olivista. Ulteriore modifica riguarda l'art.70 della Costituzione e concerne anch'essa le potestà legislative dello Stato prevedendo che, tra le materie ove è esercitata la funzione legislativa del nuovo Parlamento, sia compresa anche "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e le norme generali sulla tutela della salute". Nessuna modifica, invece, alle norme della cosiddetta "devolution", che prevedono la potestà esclusiva delle Regioni "nell'assistenza e organizzazione sanitaria".

Alla ripresa dei lavori in Aula a settembre, la Maggioranza ha approvato un nuovo emendamento, che sostanzialmente riprende quello di luglio, aggiungendo però alla tutela della salute anche la "sicurezza e qualità degli alimenti". Questi i fatti. Secondo i fautori dell'emendamento, la nuova norma bilancerà la devolution e in più, eliminando la legislazione concorrente, eviterà la conflittualità sulla potestà legislativa tra i due livelli di governo. Secondo l'Opposizione, invece, con quest'emendamento, lo Stato avrebbe voce in capitolo solo sulle norme di salute pubblica, compresi gli alimenti, ma non su quelle cogenti il sistema sanitario dal punto di vista degli assetti, dei finanziamenti, delle modalità di accesso e così via. Non si eliminerebbe, così, il rischio che una Regione possa istituire un sistema di assistenza privatistico-assicurativo, pur asserendo di continuare a garantire i livelli essenziali di assistenza.

La spaccatura, infatti, sta proprio su questo punto. Secondo la Maggioranza non è il modello di assistenza, a garantire di per sé il diritto alla sanità, ma le norme preposte alla tutela della salute. Secondo l'Opposizione, invece, il modello è in qualche modo esso stesso "parte" del diritto alla salute.

Chi ha ragione? In linea teorica la neutralità del mo-

dello organizzativo rispetto alle sue finalità potrebbe essere accettata. Nella realtà, tuttavia, è indubbio che se prevalesse il criterio imprenditoriale tra gli erogatori (ospedali e servizi vari trasformati in Spa) e tra i gestori (oggi Asl, domani fondi o assicurazioni) e parimenti si operasse sul piano dei finanziamenti, privilegiando logiche assicurative o mutualistiche, i principi fondanti del Ssn (fiscalizzazione degli oneri, solidarietà contributiva e parità delle modalità di accesso), potrebbero venir meno.

Nello stesso tempo, l'arroccamento sull'importanza del modello di sanità, appare poco incisivo se si considera che, ben prima della riforma federalista dell'Ulivo, l'Italia era già caratterizzata, e lo è tuttora, da una nutrita modellistica sanitaria e da forti differenze, sia nell'articolazione dei servizi che nella loro quantità e qualità. Più che di modello, quindi, appare più opportuno parlare di "principi" fondanti un determinato sistema cui tutti devono attenersi, ferme restando le autonomie organizzative e gestionali.

È cioè, nel caso di un Servizio sanitario nazionale:

- finanziamento basato sulla fiscalità generale,
- natura giuridica pubblica degli enti preposti al governo del sistema,
- contratti e convenzioni del personale di valenza nazionale,
- stesse modalità di accesso alle prestazioni.

In altri termini: *universalità* del diritto alla salute, *equità*

nell'accesso alle prestazioni e *solidarietà* nel sostegno economico al sistema.

La determinazione di tali principi rientra nella nuova competenza esclusiva dello Stato prevista dall'emendamento centrista?

Questa è la domanda alla quale occorrerebbe rispondere con certezza di diritto.

Se la risposta fosse affermativa, spetterebbe allora al Parlamento legiferare su quei principi dai quali le Regioni, nell'esercizio della loro autonomia in materia di assistenza e organizzazione sanitaria, non potrebbero derogare. Il problema è che nessuno, oggi, sembra in grado (o ne ha la voglia) di assicurare che, nel contesto delle norme generali sulla tutela della salute, si procederà a determinare le assi di riferimento per il Ssn post riforma federale, rivedendo le attuali leggi di riferimento, a partire dal dlgs 229, anch'esso antecedente alla riforma costituzionale. Così da garantire (non solo a parole) il mantenimento di un Servizio sanitario nazionale con pari modalità di accesso, pari livelli di assistenza e stesse modalità di finanziamento, anche in presenza della devolution. Il dubbio delle Opposizioni, che temono un'interpretazione della potestà dello Stato in materia sanitaria limitata alle sole direttive di salute pubblica, è quindi lecito. Ma è altrettanto lecita e trasparente la volontà manifestata dai centristi della Casa delle Libertà sul fatto di voler, di fatto, circoscrivere e calmierare la devolution leghista.

Come cambia l'articolo 117 della Costituzione

Di seguito il nuovo Articolo 117 della Costituzione, così come modificato dall'art 34 del Ddl di riforma costituzionale approvato il 28 settembre scorso dalla Camera

Art. 117

La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario.

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea; promozione internazionale del sistema del Paese; b) immigrazione;

- c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;
- d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;
- e) politica monetaria, moneta, tutela del risparmio e del credito e mercati finanziari; tutela della concorrenza e organizzazioni comuni di mercato; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; perequazione delle risorse finanziarie;
- f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo;
- g) ordinamento e organizzazione am-

- ministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;
- h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;
- i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;
- l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;
- m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
- m bis) norme generali sulla tutela della salute, sicurezza e qualità alimentari;

“Una riforma che minaccia la democrazia”

Leopoldo Elia, presidente emerito della Corte Costituzionale, professore universitario, parlamentare e presidente del gruppo del Ppi nella precedente legislatura, cerca di tracciare qualche linea di prospettiva sulla situazione costituzionale italiana che si andrà delineando da qui ai prossimi anni in seguito alla riforma del titolo V della Costituzione

di Eva Antoniotti

Leopoldo Elia si schernisce: con la cura per l'esattezza che ha sempre messo nella sua attività giuridica e politica preferirebbe rinviare i commenti a quando il testo di riforma costituzionale sarà definitivo, senza che vi sia più il rischio di cambiamenti. E poi vorrebbe avere a disposizione “tutti gli atti parlamentari che riguardano questa questione, soprattutto per capire come abbiano giustificato i relatori la scelta di attribuire allo Stato la competenza esclusiva sulle norme generali per la tutela della salute attribuendo invece l'organizzazione sanitaria come competenza esclusiva alle Regioni.

Professor Elia, da quello che è già noto come giudica queste modifiche alla Costituzione?

La mia conclusione è che è un pasticcio e che tutto si risolve in una svalutazione del vincolo costituzionale: se c'è un Governo con una Maggioranza favorevole a un'impostazione centralistica allora ridurrà a dettagli la parte dell'organizzazione sanitaria, facendo prevalere nettamente le norme generali sulla tutela della salute consentendo così il mantenimento del Ssn; se invece c'è una maggioranza leghista o secessionista o separatista sosterrà la competenza esclusiva sull'organizzazione sanitaria a favore delle Regioni, e dunque le Regioni possono fare quello che vogliono e quindi di fatto mandare a monte il Servizio sanitario nazionale.

Ma questa doppia attribuzione di competenze non c'era già anche nelle modifiche del Titolo V voluto dal centro-sinistra?

Assolutamente no. C'era una competenza esclusiva dello Stato per la tutela dei diritti che dovevano essere garantiti in eguale misura. In particolare alla lettera “m” dell'articolo 117 secondo comma si dice che questi diritti devono essere garantiti con carattere di universalità, con riferimento ai famosi Lea uguali per tutto il territorio nazionale.

Poi c'era una competenza concorrente per il resto, concorrenza in cui lo Stato avrebbe dovuto porre i principi fondamentali, e se questo non fosse avvenuto valevano nel frattempo i principi fondamentali contenuti nella legislazione vigente e quindi a favore del Ssn. Il legislatore del Titolo V mai avrebbe potuto parlare, in una materia dove c'era legislazione concorrente, di competenza esclusiva delle Regioni. Era un'impostazione completamente diversa.

Una delle motivazioni alla nuova riforma è proprio che l'indicazione di materia concorrente apre un continuo contenzioso tra Stato e Regioni.

In questo caso l'obiezione non vale, perché la modifica risulta fonte sicuramente di contenzioso molto allargato o allargabile a causa della contemporanea convivenza di due competenze entrambe esclusive. Come si conciliano? Ci vorrebbe un chiarimento, tra l'altro con interpretazione autentica. Oppure, dovrebbe esserci un'altra norma nella Costituzione o nello stesso articolo 117 che specifichi come si può conciliare questa organizzazione sanitaria con l'intervento statale sulla tutela della salute. Altrimenti l'accusa che si fa alla competenza concorrente di suscitare un contenzioso costituzionale è ribaltabile in pieno sulla situazione che si viene a determinare con la devolution, che anzi renderebbe il contenzioso ancora più grave.

Pensa che se le modifiche costituzionali saranno approvate in parlamento si dovrà poi arrivare a un referendum?

Certo, e non solo per i problemi posti nel settore sanitario che è già così confuso, ma soprattutto, secondo me, per la questione posta dal premierato e dalla forma di Governo che nel testo proposto comporta un accentramento di potere eccezionale nel panorama di tutte le forme di Governo. Una concentrazione di potere, soprattutto con la possibilità di scioglimento della Camera dei deputati

nelle mani del Primo ministro. È un accentramento che non trova riscontro negli Usa, perché lì c'è una separazione di potere tra Presidente e Congresso, ma nemmeno in Gran Bretagna, perché in quel caso il Primo ministro può chiedere alla Regina lo scioglimento solo quando abbia la maggioranza nella sua Maggioranza. Qui invece, si arriva all'assurdo di una “sfiducia costruttiva” nell'ambito della Maggioranza che consente al Primo ministro di rimanere in carica anche se solo una piccola pattuglia di fedelissimi lo difende, mentre tutti gli altri che erano collegati a lui al momento delle elezioni manifestano una sfiducia nei suoi confronti. Questo non trova riscontro in nessun altro Paese perché nessuno ha il coraggio di scrivere una cosa così antidemocratica.

Qual è, a suo parere, lo scopo ultimo di questa riforma costituzionale?

Gli intenti, per la verità, sono abbastanza chiari e mirano a rendere onnipotente per cinque anni il Primo ministro. Ha vinto quel giorno, la storia si ferma e per cinque anni fa quello che vuole, a meno che non impazzisca o non uccida la madre. È manifesta questa idea dell'investitura popolare che poi dà al singolo mano libera per cinque anni. È nella stessa logica della forma usata per il presidente della Regione, per cui se cade il presidente della Giunta deve cadere per forza anche il Consiglio regionale e si torna davanti agli elettori. È un automatismo non tollerabile. È grave prevedere una sfiducia costruttiva nell'ambito di una mozione che propone un altro nome come presidente del Consiglio, ma che per essere efficace deve essere sottoscritta da tutti gli appartenenti alla Maggioranza, perlomeno nella misura che corrisponde alla maggioranza assoluta dei componenti della Camera. Questa modalità fa sì che il Primo ministro resta in carica, anche con la sfiducia dell'80% della sua Maggioranza, se un manipolo di 15-20 fedelissimi si oppone alla sfiducia.

n) norme generali sull'istruzione;
o) previdenza sociale;
p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane ordinamento della Capitale;
q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;
r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;
s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali;
t) grandi reti strategiche di trasporto e di navigazione di interesse nazionale e relative norme di sicurezza;
u) ordinamento della comunicazione;
v) ordinamento delle professioni intellettuali; ordinamento sportivo nazionale;
z) produzione strategica, trasporto e distribuzione nazionali dell'energia.

Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del la-

voro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; alimentazione; attività sportive e ricreative regionali con i relative impianti ed attrezzature; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; reti di trasporto e di navigazione; comunicazione di interesse regionale, ivi compresa l'emittenza in ambito regionale, la promozione in ambito regionale dello sviluppo delle comunicazioni elettroniche; produzione, trasporto e distribuzione dell'energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; istituti di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla le-

gislazione dello Stato. Lo Stato e le Regioni si conformano ai principi di leale collaborazione e di sussidiarietà.

Spetta alle Regioni la potestà legislativa esclusiva nelle seguenti materie:

- assistenza e organizzazione sanitaria;
- organizzazione scolastica, gestione degli istituti scolastici e di formazione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche;
- definizione della parte dei programmi scolastici e formativi di interesse specifico della Regione;
- polizia locale;
- ogni altra materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.

La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.

Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

La Regione interessata ratifica con legge le intese della Regione medesima con altre Regioni per il miglior esercizio delle proprie funzioni amministrative, prevedendo anche l'istituzione di organi amministrativi comuni.

Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato.

GLI EFFETTI DELLA LEGGE 138/2004

Esclusività sì, esclusività no: cosa cambia da novembre 2004

di Mario Lavecchia*

Entro il 30 novembre i dirigenti medici con rapporto di lavoro esclusivo, per propria scelta o in quanto assunti dopo il 31 dicembre 1998, potranno decidere se optare per il rapporto di lavoro non esclusivo. Gli effetti pratici di questa opzione partiranno da gennaio 2005.

Le Regioni potranno stabilire cadenze temporali diverse per il passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo.

Per i dirigenti a rapporto di lavoro non esclusivo resta invariata la facoltà di chiedere il passaggio al rapporto di lavoro esclusivo senza cadenze temporali.

Restano invariate tutte le altre disposizioni previste dall'art. 15 quater del Dlgs 229/99.

Queste le modifiche previste all'art. 2 septies della legge 138/2004, avente come oggetto "Misure urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica".

Per coloro che, distratti dalle proprie attività quotidiane, non se ne fossero accorti siamo approdati, con le modifiche previste in questa legge, alla più completa deregulation ed al primo esempio di una devolution regionale per quanto riguarda il rapporto di lavoro dei dirigenti del Ssn.

Per tutti coloro che sono interessati o nel dubbio su quel che fare è opportuno un'analisi più dettagliata dei pro e dei contro di questa scelta.

LE REGOLE ATTUALI

Attualmente il dirigente medico assunto in data successiva al 31 dicembre 1998 è obbligatoriamente a rapporto di lavoro esclusivo. Tutti gli altri, già in servizio a tale data, potevano, entro 90 giorni dall'entrata in vigore del Dlgs 229/99, optare per il rapporto di lavoro non esclusivo. In caso di non scelta, si applicava il rapporto di lavoro esclusivo. Una volta operata questa scelta, il rapporto di lavoro esclusivo diveniva irreversibile, mentre rimaneva l'opzione per il passaggio al rapporto di lavoro esclusivo per coloro che avevano optato per il rapporto non esclusivo.

Dal punto di vista normativo/economico ai dirigenti con rapporto esclusivo è riconosciuto un trattamento economico aggiuntivo (indennità di esclusività del rapporto), la possibilità di esercizio della libera professione all'interno dell'azienda in tutte le sue forme e con le regole stabilite nell'atto regolamentare di ogni azienda, la possibilità di avere incarichi di struttura semplice o complessa, secondo i criteri di affidamento concertati a livello aziendale. L'indennità di esclusività di rapporto, in quanto fissa e ricorrente e per tredici mensilità, concorre alla formazione della quota A della pensione.

Ai dirigenti con rapporto di lavoro non esclusivo non vengono riconosciuti i benefici economici e normativi sopra descritti: libera professione aziendale, possibilità di ricoprire incarichi di struttura, indennità di esclusività di rapporto. Sono applicate decurtazioni economiche relativamente all'indennità di posizione e preclusione al diritto del salario di risultato. Hanno invece la possibilità di esercitare la libera professione extramoenia senza nessuna regolamentazione da parte dell'azienda sanitaria, fermo restando gli obblighi derivanti dal rapporto di lavoro con il Ssn.

LE NOVITÀ DOPO L'APPROVAZIONE DELLA LEGGE 138/04

Nulla cambia per coloro che in rapporto di lavoro e-

Articolo 15-quater Dlgs 502/1992 1992 e successive integrazioni dopo le modifiche della legge n.138/2004

Esclusività del rapporto di lavoro del dirigente del ruolo sanitario

1. I dirigenti sanitari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, con i quali sia stato stipulato il contratto di lavoro o un nuovo contratto di lavoro in data successiva al 31 dicembre 1998, nonché quelli che, alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, abbiano optato per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo.
2. Salvo quanto previsto al comma 1, i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998, che hanno optato per l'esercizio dell'attività libero professionale extramuraria, passano, a domanda, al rapporto di lavoro esclusivo.
3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, tutti i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998 sono tenuti a comunicare al direttore generale l'opzione in ordine al rapporto esclusivo. In assenza di comunicazione si presume che il dipendente abbia optato per il rapporto esclusivo.
4. I soggetti di cui ai commi 1, 2 e 3 possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. Le Regioni hanno la facoltà di stabilire una cadenza temporale più breve. Il rapporto di lavoro esclusivo può essere ripristinato secondo le modalità di cui al comma 2. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse.
5. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono il trattamento economico aggiuntivo da attribuire ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva.

PRIMA E DOPO LA LEGGE 138/2004

	PRIMA	DOPO
Possibilità di optare dal rapporto esclusivo al non esclusivo	Non possibile	A domanda entro il 30 novembre di ogni anno
Possibilità di optare dal rapporto non esclusivo a quello esclusivo	A domanda, senza cadenze temporali	A domanda senza cadenze temporali
Indennità di esclusività di rapporto	Solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo	Solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo
Salario di risultato	Solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo	Solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo
Salario di posizione	Decurtato ai non esclusivi	Decurtato ai non esclusivi
Incarichi dirigenziali di tipo professionali	Tutti i dirigenti	Tutti i dirigenti
Incarichi di tipo gestionali	Solo ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo	Tutti i dirigenti
Pensionabilità dell'indennità di esclusività	Quota A per gli esclusivi	Quota A per esclusivi

sclusivo decidono di conservarlo. Tutti gli altri, compreso coloro che decidono di optare per il rapporto non esclusivo entro il 30 novembre, potranno esercitare la libera professione extramoenia, assumere la responsabilità di una struttura semplice o la direzione di una struttura complessa secondo gli accordi concertati in azienda nel primo caso, previa selezione pubblica, Dpr 484/97, nel secondo caso.

Rimangono in vigore o si applicheranno le decurtazioni economiche oggi previste sul salario di posizione e su quello del risultato. I neo optanti perdono il diritto all'indennità di esclusività di rapporto e alla libera professione intramoenia in tutte le sue forme.

In conclusione: quali i pro e i contro di questa scelta? Dal punto di visto prettamente normativo il dirigente medico che opta per il rapporto non esclusivo:

- potrà esercitare la libera professione extramoenia in tutte le sue forme con il solo vincolo dell'osservanza della deontologia medica e dalle norme previste dall'ordine medico e dopo aver comunque garantito gli obblighi di servizio previsti dal proprio con-

tratto di lavoro con il Ssn;

- potrà avere incarichi dirigenziali compresi quelli di struttura;
- non potrà esercitare la libera professione intramoenia in tutte le sue forme.

Dal punto di vista economico:

- applicazione delle decurtazioni oggi previste sulla indennità di posizione in tutte le sue parti;
- esclusione dal salario di risultato;
- perdita dell'indennità di esclusività di rapporto;
- i contributi già versati sull'indennità di esclusività concorreranno alla formazione della quota B della pensione, invece della quota A.

Incerto il destino delle quote economiche liberate da coloro che opteranno per il rapporto non esclusivo: verosimilmente si perderanno o meglio serviranno a diminuire il deficit delle aziende sanitarie.

*Componente Segreteria Nazionale Anaa Assomed

L'indennità di esclusività mantiene la sua pensionabilità

Con la soppressione dell'obbligo alla esclusività del rapporto e la possibilità di poter ogni anno, a richiesta degli interessati, optare per il mantenimento o meno in tale condizione, era sorto il problema dell'eventuale ricaduta del nuovo regime sui trattamenti pensionistici dell'indennità. Ricordiamo che l'indennità di esclusività, conquistata nell'ultimo contratto, era stata considerata dall'istituto previdenziale, fra le componenti stipendiali utili alla formazione della pensione per la cosiddetta quota a). Tale quota corrisponde all'importo pensionistico che, facendo riferimento alle anzianità maturate sino al 1992, prende a base del suo calcolo l'ultimo stipendio in godimento, anziché la media degli stipendi degli ultimi dieci anni, come, invece, avviene per la quota b). Appare evidente che la quota di trattamento pensionistico che si riferisce allo stipendio del momento del pensionamento, comprendendo tutti gli incrementi economici maturati sino a quella data, sarà più elevata della quota che si basa sulla media degli stipendi degli ultimi anni, i quali possono comprendere importi ridotti rispetto all'ultima retribuzione.

Era importante, pertanto, che l'indennità di esclusività rimanesse valutabile nella quota di calcolo più vantaggiosa. Restava da capire se il venir meno dell'obbligo dell'esclusività avrebbe potuto creare condizioni diverse e penalizzanti. È stato, quindi, posto dal sindacato uno specifico parere ai dirigenti dell'istituto previdenziale, che, con grande gentilezza e celerità, hanno esaminato il problema ed emesso una circolare che lo chiarisce favorevolmente. Infatti l'Inpdap ha ribadito che con la revocabilità del rapporto non sono venuti meno, per l'indennità in questione, i requisiti (fissa e ricorrente) che le avevano consentito di essere valutata nella parte a) della pensione. Inoltre è stato precisato sempre dall'istituto previdenziale, che qualora, nel quinquennio precedente la cessazione dal servizio dovesse intervenire un passaggio dal regime di non esclusività a quello di esclusività, ai fini del trattamento pensionistico troverà applicazione la cosiddetta "media ponderata". Cioè la media fra quanto percepito o meno, riguardo la voce dell'indennità in questione, negli ultimi cinque anni di servizio.

Claudio Testuzza

La circolare Inpdap alla dirigenza del Ssn

Ai Direttori delle Sedi Provinciali e Territoriali LORO SEDI

Alle Organizzazioni Sindacali Nazionali dei Pensionati, Agli Enti di Patronato, Alla Direzione Centrale per la Segreteria del Consiglio di Amministrazione, Organi Collegiali e Affari Generali, Ai Dirigenti Generali, Centrali e Compartimentali, Ai Coordinatori delle Consulenze Professionali

OGGETTO: Indennità di esclusività del personale appartenente all'area della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza del ruolo sanitario del S.S.N.

L'articolo 2-septies della legge 26 maggio 2004 n. 138, in merito alla esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti medici e dei dirigenti del ruolo sanitario del S.S.N., ha modificato il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, permettendo nuovamente la reversibilità di scelta tra il rapporto di lavoro esclusivo con l'azienda e la libera professione.

Per effetto di tale modifica legislativa, entro il 30 novembre di ogni anno, i dirigenti sanitari potranno optare per il tipo di rapporto, esclusivo oppure non esclusivo, con cui intendono svolgere la propria attività di dipendente, dal 1° gennaio dell'anno successivo; in ogni caso la non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse.

Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici stabiliti dai contratti di lavoro 1998/2001. L'art. 2-septies, infatti, ha ravvisato la necessità di tale precisazione atteso che i contratti collettivi nazionali di lavoro del personale in esame stabilivano una riapertura del negoziato in merito agli aspetti economici riguardanti l'indennità di esclusività in presenza di una modifica del quadro normativo di riferimento.

La possibilità di revocare l'esclusività del rapporto di lavoro ha generato dubbi in merito alla valutazione della relativa indennità ai fini del trattamento di quiescenza.

Al riguardo, occorre rilevare che il già citato art. 2-septies non modifica le caratteristiche dell'indennità in esame che, per esplicita disposizione contrattuale, rimane fissa, ricorrente e corrisposta per l'intero periodo in cui l'attività lavorativa viene svolta in regime di esclusività.

Si precisa, inoltre, che il requisito della fissità sussiste quando l'emolumento è predeterminato, in via generale ed astratta, per tutti gli appartenenti al medesimo livello o qualifica.

Conseguentemente questo Istituto conferma la valutazione dell'indennità in esame nella quota di pensione di cui all'art. 13 lettera a) decreto legislativo 503/92 (cfr. circolare Inpdap n. 50 del 28 novembre 2000).

La facoltà di optare con cadenza periodica per il regime di esclusività o di non esclusività, introdotta dal citato art. 2-septies, concessa ai dirigenti medici e a quelli del ruolo sanitario, comporta necessariamente una trasformazione del rapporto di impiego in quanto vengono modificati alcuni elementi essenziali del rapporto stesso anche con riferimento al relativo trattamento economico.

Pertanto, qualora intervenga un passaggio dal regime di non esclusività a quello di esclusività, nel quinquennio precedente la cessazione dal servizio, ai fini del calcolo del trattamento pensionistico trova applicazione quanto previsto dall'art. 29 della legge 153/1981 (media ponderata).

Le sedi provinciali e territoriali dell'Inpdap, qualora ricorrano le fattispecie esaminate, dovranno adeguarsi alle disposizioni impartite con la presente nota operativa nei casi di liquidazione di trattamenti pensionistici aventi decorrenza dal 2 gennaio 2005.

IL DIRIGENTE GENERALE

Costanzo Gala

segue dalla prima

Il punto su finanziaria, devolution, contratto

oltre 88 mld di euro del fondo destinato alla sanità per il 2005. E tutto questo, si badi, in una fase di gravi difficoltà economiche per il Paese e nel pieno di una finanziaria che vuole realizzare tagli o maggiori entrate per 24mld di euro.

La seconda risposta è nel tentativo di attenuare, almeno lessicalmente, la portata devastante sul Ssn della norma di devoluzione. Il pasticcio terminologico, che assegna allo Stato i principi della tutela della salute e alle Regioni il potere esclusivo di decidere su assistenza e organizzazione sanitaria, non risolve i problemi. Voler accontentare tutti, i favorevoli e gli ostili alla devoluzione, crea una profonda confusione, ma rivela la debolezza di chi sapendo che il provvedimento è sbagliato non ha il coraggio di andare fino in fondo ed alza una cortina fumogena al riparo della quale tutti possono sostenere di avere vinto.

In entrambi i casi la forza delle nostre opinioni, il consenso che hanno suscitato, l'importanza che i cittadini italiani attribuiscono alla tutela della salute ed al sistema sanitario unico e nazionale che ne è lo strumento, hanno indotto il Governo, alla vigilia di due importanti tornate elettorali, regionali e nazionali, a cambiare rotta nella speranza di riguadagnare consensi.

Quando nell'autunno del 2003 siamo partiti soli per questa lotta politico-sindacale eravamo armati esclusivamente della forza delle convinzioni che ci muovevano, che sapevamo giuste e utili per noi e per tutti i cittadini. Sentivamo la necessità di testimoniare, ma avevamo poche illusioni. Una sorpresa felice è stato il trovare tanti compagni di viaggio ed ora anche la soddisfazione di alcuni significativi risultati.

La ricerca sui Lea mostra una progressiva riduzione percentuale della spesa sanitaria destinata all'ospedale a favore di quella per il territorio. Questo fatto è in sé positivo e descrive un Paese che ha raggiunto una spesa sanitaria "più matura". Ma alcune riflessioni si impongono:

- dove sono andati a finire i soldi spesi per il territorio se nella maggior parte delle Regioni l'assistenza sanitaria extraospedaliera è ancora o quasi assente o molto carente?

- Il Governo e le Regioni debbono valutare molto positivamente l'attività svolta negli ospedali se con risorse percentualmente calanti, se in assenza di una seria razionalizzazione della rete, se con un territorio già costoso ma ancora in parte inadeguato alle necessità dei cittadini, l'ospedale è riuscito, pur con molti limiti e difetti, a far fronte ai bisogni sempre crescenti, più complessi e raffinati!

- Tutto questo è l'effetto di un forte processo di razionalizzazione/razionamento che si è realizzato quasi soltanto nell'attività ospedaliera, la più facile da affrontare e controllare.

- Se tutto questo è vero, qui c'è la spiegazione del disagio e della sofferenza di coloro che negli ospedali lavorano. È in gran parte per i loro sacrifici, consapevoli e responsabili, che è stato possibile questo riequilibrio nella spesa complessiva che ha liberato risorse necessarie al territorio. I dirigenti del Ssn, e degli ospedali in particolare, hanno fatto e stanno facendo la loro parte per tenere in piedi il sistema. Ma non si può fare affidamento a tempo indefinito sul loro senso di responsabilità. Bisogna finalmente razionalizzare la rete ospedaliera. Bisogna usare bene i fondi destinati all'assistenza territoriale che debbono servire a risolvere senza ricoveri la maggior parte dei problemi sanitari dei cittadini.

- Questo tempo contrattuale è, infine, il momento in cui debbono essere affrontati i gravi problemi del disagio dei medici del Ssn. La maggiore dotazione economica delle Regioni, le aperture del ministro Siniscalco sull'entità delle cifre da destinare al rinnovo per il II biennio fanno nascere la ragionevole speranza che i problemi che abbiamo sollevato al tavolo contrattuale possano trovare un avvio di soluzione.

È necessaria però una attenta vigilanza su quanto sta accadendo e non deve attenuarsi nei luoghi di lavoro la mobilitazione che ci deve far trovare pronti, se ce ne sarà bisogno, alla protesta ed alla lotta.

Serafino Zucchelli

Gli anziani e la salute ovvero come invecchiare bene ed essere felici

La ricerca che il Censis ha realizzato, su incarico e con il coordinamento dell'Agencia per i Servizi Sanitari Regionali, ha confermato in pieno la centralità del rapporto tra anziani e salute. Peraltro, si tratta di un rapporto che appare nel complesso decisamente positivo, dal momento che il profilo prevalente di anziano che emerge dalla ricerca è quello di una persona attiva, con un livello di salute ed autonomia che giudica soddisfacente, che si dichiara piuttosto felice anche se appare consapevole delle proprie fragilità

di Concetta M. Vaccaro*

L'indagine, realizzata nella seconda metà del 2003 su un campione nazionale rappresentativo composto da 1.500 anziani (dai 65 anni in su), si è focalizzata su due macroaree: da una parte, l'analisi delle condizioni di salute degli anziani e dei loro stili di vita, dall'altra, la concreta interazione tra gli anziani e i servizi sanitari e la loro valutazione su quest'ultimi.

In relazione al primo aspetto, va sottolineato innanzitutto che quello tra anziani e salute si rivela un rapporto strategico e variamente articolato.

La salute appare una dimensione essenziale nell'autodefinizione della condizione anziana, di fatto, il criterio anagrafico, così come quello oggettivo e burocratico del pensionamento perde decisamente rilevanza come "evento soglia" in grado di segnare il passaggio nella terza età, tanto che, alla luce delle indicazioni degli intervistati, si potrebbe affermare che si diventa davvero anziani quando si perde la salute. Inoltre, nel vissuto degli intervistati assume rilevanza una sorta di doppia valenza del concetto, quella "oggettiva", che ha a che vedere con le patologie o gli stati invalidanti realmente presenti e quella "soggettiva" ossia la percezione che ognuno ha di questa dimensione in riferimento alla propria persona. Ed anche alla luce dell'importanza assunta da questa componente soggettiva si può spiegare la tendenza crescente all'accettazione dei fastidi e/o disturbi legati alle malattie ed una diffusa capacità di convivere con i disagi delle patologie legate alla condizione anziana.

SALUTISTI ED ATTIVI SUL PIANO DELLA SALUTE

La maggior parte degli anziani ritiene, infatti, di godere di una buona e/o ottima salute, di un forte grado di autonomia e ben un terzo di essi afferma di non soffrire di alcuna patologia. In definitiva, solo una quota minore del cam-

pione afferma di essere costretto ad una forzata marginalità (figura 1).

Inoltre, anche se quasi il 35% degli intervistati risulta affetto da malattie serie ma curabili e/o da patologie molto gravi, solo il 18,3% valuta insoddisfacente il proprio stato di salute.

Naturalmente, i livelli di salute presentano una relazione inversamente proporzionale con l'età: così, il 46,5% e il 17,5% dei 65-69enni, il 38,5% e il 14,9% dei 70-74enni valuta rispettivamente buona e ottima la propria salute, mentre ben il 33,3% degli ultraottantaquattrenni e il 25,9% delle persone tra gli 80 e gli 84 anni la considerano insoddisfacente (tab.1).

La terza età si configura, già in relazione a questo primo aspetto, come una sorta di condizione "contenitore", come una realtà fortemente differenziata con confini incerti e imprevedibili legati all'evoluzione dello stato di salute ma la cui articolazione non è solo, come evidente, legata alle diverse fasce d'età ma anche alle caratteristiche ed alle dotazioni individuali, dal genere alla condizione sociale ed economica fino alla disponibilità di reti familiari ed amicali. Così gli uomini, gli abitanti del Centro-Nord, i titolari di livelli di istruzione superiore, gli anziani che non vivono da soli dichiarano livelli di salute migliori, e in quote superiori non accusano patologie, affermano di essere più autonomi e in generale si descrivono come più felici.

Una condizione quest'ultima che appare piuttosto diffusa a tutti i livelli, se è vero che è solo nell'ultima classe d'età che il campione si divide in quote praticamente equivalenti (46%) di felici e non felici.

Anche nella concezione della salute è esaltata la dimensione individualizzata e il concetto della responsabilizzazione individuale.

Gli anziani, sotto la spinta di un diffuso condizionamento

culturale, trasversale a tutte le classi di età, sono "partiti alla conquista della salute", grazie alla ormai chiara consapevolezza dell'importanza degli stili di vita come fattori strategici per favorire il proprio benessere: per oltre metà del campione i modi di vita, le abitudini personali acquisite impattano in misura considerevole sui livelli di salute e in questo senso risultano cruciali le scelte e i comportamenti salutari (come l'alimentazione varia ed equilibrata e l'attività fisica).

Così una parte significativa degli anziani dai 65 anni in su mette in atto attività di cura della persona che includono il trascorrere molto tempo all'aria aperta, la pratica sportiva, ma anche la sfera della socializzazione, del divertimento e della conoscenza e cultura.

La gamma delle attività richiamate è molto ampia, dal cercare di passare molto tempo all'aria aperta (54,1%) al tentare di trascorrere brevi periodi di vacanza l'anno (19%), dal praticare attività sportive e culturali (entrambe 10,2%) al cercare di mangiare prodotti da coltivazioni biologiche (9,9%) (figura 2). Appare rilevante anche il controllo sui fattori di rischio che possono impattare negativamente sulla qualità della vita. Dall'indagine è emerso che il 12,1% del campione fuma, mentre il 7,4% ha dichiarato di consumare alcolici abitualmente con una minore incidenza tra le donne. È da sottolineare, tuttavia, che il 32,1% del campione non fa nulla di particolare per la cura di sé.

E di nuovo, la cura della propria persona e della propria salute, la ricerca di una più elevata qualità della vita appare in stretto rapporto con il sesso, l'età e il grado di istruzione: sono, infatti, gli uomini, le persone appartenenti alle fasce di età più giovani e gli anziani con i più elevati titoli di studio, i soggetti che più si impegnano nei comportamenti preventivi e di promozione del proprio benessere.

Figura 1 - Il grado di autosufficienza degli anziani (val.%)

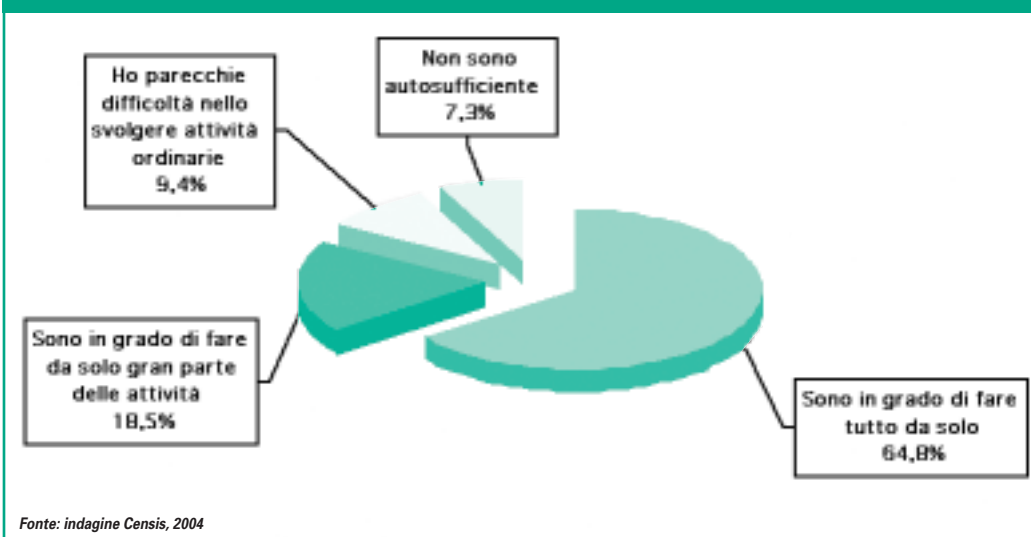


Figura 2 - I comportamenti degli anziani per la cura della persona (val.%)

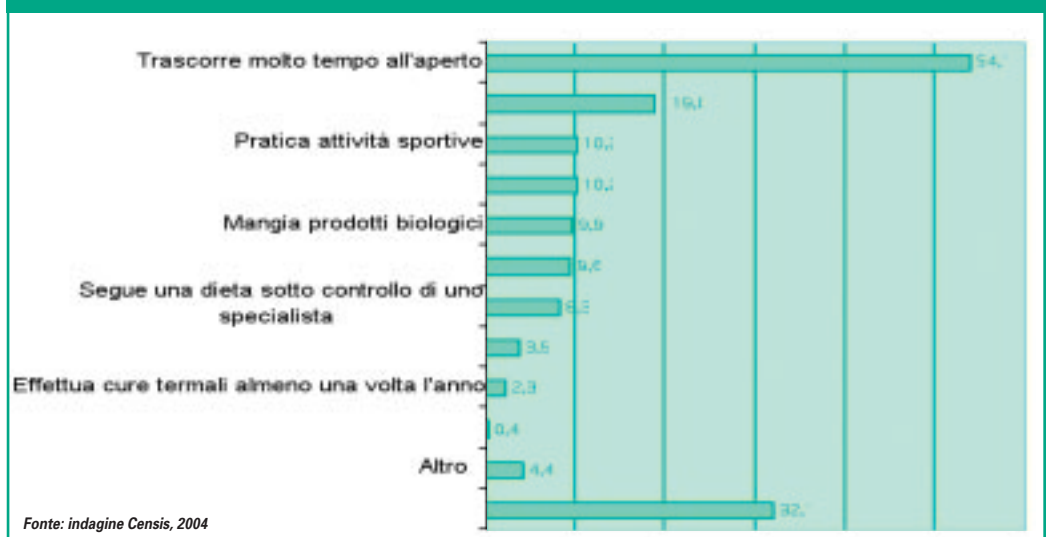
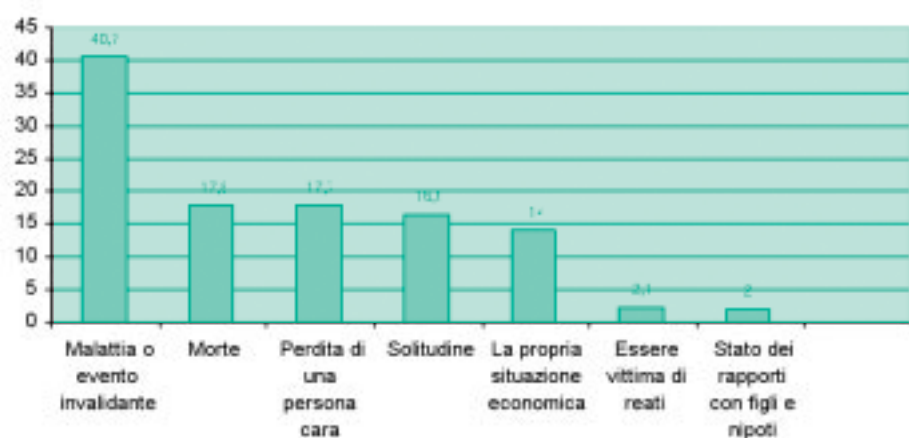


Figura 3 - I timori degli anziani (val.%)



Fonte: indagine Censis, 2004

Figura 4 - Luoghi nei quali gli anziani si sentono maggiormente limitati (val.%)



Fonte: indagine Censis, 2004

CONSAPEVOLI DELLA FRAGILITÀ DELLA PROPRIA CONDIZIONE E IMMERSI IN UN AMBIENTE CHE TENDE AD ENFATIZZARNE I LIMITI

A fare da contraltare a questo quadro positivo, emergono le difficoltà di una società poco preparata a supportare la condizione anziana nel suo evolversi biologicamente verso condizioni di maggiori fragilità. Ed è proprio la perdita dell'autosufficienza l'evento catalizzatore dei timori degli anziani, citato dal 40,7% dei rispondenti, seguito dalla morte (17,8%), dalla perdita di una persona cara (17,7%) e dalla solitudine (16,6%) (figura 3).

Anche l'ambiente fa da moltiplicatore delle difficoltà anche e soprattutto nei luoghi e nelle situazioni della vita quotidiana. Nello specifico, in primo luogo le abitazioni e i condomini, seguiti dai marciapiedi e dalle strade, dai servizi sanitari e dagli ospedali, fino alle stazioni ferroviarie/metropolitane si caratterizzano come luoghi difficili per gli anziani (figura 4).

Sono soprattutto gli ultraottantaquattrenni, gli anziani tra gli 80 e gli 84 anni (rispettivamente il 55,9% e il 41,6%), le donne (38,4%), gli abitanti del Sud-Isole e del Centro (il 35,4% i primi, il 35,2% i secondi) ad aver avvertito maggiormente tali condizionamenti.

In pratica, la "geografia dei luoghi difficili" inizia a partire dai contesti più prossimi agli anziani che appaiono, dunque, i più inadeguati rispetto ai bisogni dell'*ageing population*. Se gli stessi luoghi in cui gli anziani vivono sono i primi a non essere modulati sulle loro specifiche esigenze, appare evidente quanto la società risulti ancora poco preparata a fronteggiare le diverse forme dell'autosufficienza.

E ancora tra i condizionamenti percepiti dagli anziani, emergono prima di tutto quelli relativi agli aspetti quotidiani: se è vero che il 56,5% dei rispondenti non si sente limitato in alcun modo, il 22,4% si sente vincolato proprio nelle attività domestiche.

SOSTENUTI DALLA FAMIGLIA E TUTELATI DA UN MODELLO TRADIZIONALE DI OFFERTA SANITARIA

L'unico reale baluardo contro le fragilità rimane sempre e comunque la famiglia.

La rete familiare internalizza gran parte dei costi umani e monetari garantendo assistenza e supporto assolutamente fondamentali, caratterizzandosi, con i suoi flussi stringenti di relazioni e scambi, come il vero punto di tenuta per ogni suo componente.

A conferma di ciò basti pensare che il 75,1% degli anziani in caso di necessità viene assistito dai figli e, in seconda battuta, dal coniuge o convivente (41,6%). Il carattere strategico delle risorse familiari è confermato anche da quel 20,6% del campione che riceve aiuto da altri parenti, mentre è re-

siduale il ricorso ad altri soggetti, dai vicini, ai servizi sociali alle badanti (intorno al 3,6%) (fig.5). Rispetto ai comportamenti di consumo sanitario che riguardano l'assunzione di farmaci, il ricorso a controlli medici (esami del sangue, ecografie, ecc.) e a visite generiche e specialistiche, l'analisi dei dati enuclea una spaccatura del campione tra coloro che frequentemente si sottopongono a check-up periodici e chi, invece, lo fa raramente o mai. Il 58% degli anziani effettua frequentemente accertamenti (il 35,7% raramente, il 6,3% mai) e il 51,2% esegue, sempre frequentemente, visite mediche generiche e specialistiche (il 38,5% raramente, il 10,3% mai). In generale, sono le condizioni di salute più precarie, spesso legate ad una età più elevata, a comportare un controllo più rigoroso della propria salute, un uso maggiore dei farmaci, sia con prescrizione medica che senza, un ricorso costante e assiduo ai servizi sanitari per assicurarsi uno stato di relativo benessere.

Particolarmente diffuso tra gli anziani risulta il consumo di farmaci, soprattutto quelli finalizzati al controllo di malattie croniche come l'ipertensione e le cardiopatie.

L'indagine ha poi evidenziato che circa un quarto del campione ricorre privatamente a medici e/o a strutture private, anche se tale ricorso appare più diffuso tra le persone con i più elevati titoli di studio e tra gli anziani affetti da più gravi patologie. Così sono quest'ultimi a pagare maggiormente di tasca propria per gli accertamenti (il 29,5% degli intervistati con patologie molto gravi e il 28,1% delle persone affette da malattie di una certa gravità ma curabili, contro il 26% di coloro che presentano malattie poco gravi ma fastidiose) e per le visite mediche specialistiche (il 32,6% dei primi e il 31,2% dei secondi) anche se la quota di coloro che ricorrono al privato è comunque rilevante per tutte le quattro articolazioni di patologie. In sintesi, la criticità del problema di salute giustifica solo parzialmente la spesa per le prestazioni sanitarie.

È chiaro che la spesa privata è indotta da un'articolazione delle motivazioni molto ampia in cui, agli estremi, si collocano da una parte i soggetti che scelgono liberamente di rivolgersi al privato, in cerca di trattamenti il più personalizzati e di maggiore qualità, dall'altra le persone che ricorrono a prestazioni private per iniquità nelle modalità di accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie. La lunghezza delle liste di attesa, ad esempio, influisce significativamente sulla scelta di ricorrere a strutture e/o servizi privati ed è proprio l'aspetto su cui si concentra l'insoddisfazione degli utenti.

L'analisi del rapporto tra anziani e servizi sanitari evidenzia una valutazione complessivamente positiva dei servizi sanitari, dell'informazione ad essi relativa (il 63,4%, che valuta positivamente) ed una buona fruizione dei servizi senza particolari criticità: unico punto negativo l'eccessiva lunghezza delle liste di attesa. Infatti oltre la metà degli anziani

(50,7%) ha segnalato la lunghezza delle liste d'attesa, seguita dal problema delle code agli sportelli e/o agli ambulatori (33,9%), dall'approccio poco umano degli operatori (15,3%) e dalla loro scarsa capacità professionale (10,7%).

Certo, appare di gran lunga confermato un modello di assistenza fondamentalmente basato sull'ospedale e sul ricorso al medico di medicina generale.

L'immagine del medico di medicina generale più diffusa tra gli anziani è quella in cui prevale la sua funzione di *gate keeper* e di referente per le patologie meno gravi (52,9%), con soltanto un terzo del campione che vi si rivolge per tutti i tipi di patologie.

Absolutamente positivo è il giudizio sulle sue capacità professionali, con percentuali di soddisfatti sempre superiore all'80% sia in relazione all'attività prescrittiva che agli aspetti che attengono la relazione con il paziente.

Ma è l'ospedale a mantenere un ruolo chiave nel modello di cura del nostro Paese, anche con riferimento al paziente anziano.

Ed è proprio in relazione alle strutture ospedaliere che gli anziani hanno segnalato un elevato grado di soddisfazione, rintracciabile sia in relazione alla qualità dei servizi e delle strutture che della professionalità degli operatori.

In particolare:

- l'87% valuta sufficiente sia la tempestività nella risposta al bisogno che l'attenzione alla cura della persona;
- l'89,5% si dichiara soddisfatto della pulizia degli ambienti, l'86,2% del comfort delle strutture mentre l'84% del campione esprime un giudizio positivo circa la qualità del cibo;
- l'88,5% ritiene adeguati l'impegno e la serietà professionale dimostrata dagli infermieri, mentre il 93,6% quelli dei medici;
- il 91,4% valuta sufficienti i risultati delle cure.

Va infine ricordato che, nonostante l'assistenza domiciliare integrata (Adi) rappresenti un altro servizio potenzialmente centrale nell'assistenza sanitaria al paziente anziano, meno del 30% della popolazione over 65 è a conoscenza dell'esistenza di questa tipologia di servizio, di cui peraltro solo il 3,5% segnala di usufruire. La valutazione del servizio da parte di questo esiguo numero di utenti è generalmente positiva: sono, infatti, ritenute sufficienti dai rispondenti sia la tempestività nella risposta al bisogno (88,1%), sia il generale rispetto e attenzione alla persona (95,2%), sia la valutazione dell'impegno e serietà professionale di infermieri e medici (entrambi al 95,2%) che, in ultimo, gli effetti delle cure (90,2%).

*Responsabile settore welfare della Fondazione Censis

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail:dirigenza.medica@anaao.it - www.anaao.itdirettore
Serafino Zucchellidirettore responsabile
Silvia Procaccinicomitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino,
Mario Lavecchiacoordinamento editoriale
Cesare Fassarihanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Paola Carnevale, Lucia Conti,
Fabio Florianello, Domenico Iscaro, Concetta M. Vaccaro,
Stefano Simoni, Claudio Testuzza
Progetto grafico e impaginazione:
Daniele LuciaEditore
Italpromo Esis Publishing
Via dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 065729982Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di ottobre 2004

LA SANITÀ NELLA PUGLIA

Puglia

La strada per una sanità migliore è piena di ostacoli

UN PIANO SANITARIO REGIONALE SALUTATO DA TUTTI CON GRANDE ENFASI, ANCHE DAL MINISTRO DELLA SALUTE, GIROLAMO SIRCHIA, MA RESTATO PERLOPIÙ SULLA CARTA A CAUSA DELLE CARENZE FINANZIARIE. UN PROGETTO CHE RESTA COMUNQUE IMPORTANTE E CHE HA PERMESSO ALLA REGIONE PUGLIA DI GETTARE LE BASI TEORICHE DI UNA NUOVA SANITÀ

di Stefano Simoni

La Puglia si è buttata alle spalle la gestione non programmata della sanità che, negli anni '90, aveva lasciato spazio a numerosi ospedali poco efficienti e a un'assistenza polverizzata che poco corrispondeva alle esigenze di salute dell'utenza. Con il nuovo Piano si è puntato a dare risposte appropriate, ma nonostante le buone intenzioni quel Piano, che secondo il sottosegretario alla Salute Cesare Cursi potrebbe addirittura essere "un modello nazionale ed internazionale", non è ancora diventato realtà. La riorganizzazione della rete ospedaliera, racconta il segretario regionale dell'Anao Assomed Salvatore Della Tommasa, non è stata gestita in modo adeguato né supportata dal potenziamento dei servizi territoriali. Ora il sistema sanitario pubblico "è in affanno" e i cittadini sono preoccupati.

Dell'insoddisfazione dei cittadini ne sa qualcosa anche il presidente della Regione Raffaele Fitto, accolto più volte da fischi, striscioni e manifestazioni di protesta durante le sue visite nelle varie città pugliesi. Motivo della protesta: la sensazione diffusa che il riordino abbia privato i cittadini dei servizi per la loro salute. Al varo del Piano, a Terlizzi, nell'estate 2002, a Fitto fu impedito da gruppi di manifestanti addirittura di scendere dalla vettura di servizio.

Per costringere il presidente a rivedere il primo programma di riordino, i cittadini di 16 Comuni pugliesi si sono organizzati in Comitanti pro-ospedale. Per i rappresentanti del comitato, infatti, il diritto alla salute garantito dalla Costituzione è stato in Puglia, calpestato, "ostentando criteri di efficienza e produttività economica che tali non sono". Tuttavia, i vari ricorsi alla magistratura presentati sia da Terlizzi che da altri Comuni della Puglia hanno dato quasi sempre esito positivo per la Regione.

Nel tentativo di trovare una via per il dialogo, Fitto ha annunciato l'attivazione di un numero verde, attraverso il quale gli utenti della sanità potranno rivolgere direttamente alle istituzioni i propri disagi e problemi. Secondo il governatore della Puglia, comunque, quelli della sanità "non sono disagi collegati, come strumentalmente si vuole far credere, al provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera. Sono disagi storici e strutturali che sono sempre esistiti".

ACCORDO PER GLI INTERVENTI STRUTTURALI

Nonostante non possa contare sul sostegno della propria cittadinanza, Fitto ha affermato lo scorso marzo che la Puglia è nelle condizioni di diventare un punto di riferimento per il Sud d'Italia, in particolare per l'oncologia, dopo la firma dell'Accordo con il ministro della Salute per la ristrutturazione dell'ex presidio ospedaliero "Cotugno", quale nuova sede definitiva dell'istituto oncologico.

Con l'Accordo di programma per il settore degli investimenti sanitari per il 2004, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni e sottoscritto dal ministro della Salute Sirchia, intanto, la Puglia si prepara a dare il via a 122 interventi, e un totale di 287 milioni di euro (oltre 238 dalle casse statali), per sostenere iniziative prioritarie in materia di razionalizzazione della rete ospedaliera e della rete dei servizi territoriali. E si tratta dell'unica Regione del Mezzogiorno ad aver siglato

l'intesa. "Tutto ciò - ha detto Fitto - è la conferma della validità dei provvedimenti varati fino ad oggi".

Le principali linee strategiche che si intendono perseguire attraverso l'Accordo di programma sono: l'attuazione del Piano di riordino della rete ospedaliera attraverso una razionale ed equilibrata offerta sanitaria; la riorganizzazione dei servizi ospedalieri e del sistema di emergenza 118; la riconfigurazione e il completamento della rete dei servizi territoriali; il potenziamento della rete delle strutture territoriali, garantendo l'integrazione dei servizi con i programmi di cura per i malati in fase terminale e con la realizzazione di unità di degenza territoriale (ospedale comunità); il completamento della ristrutturazione del "Cotugno", quale sede dell'Istituto di ricerca a carattere scientifico oncologico di Bari; il potenziamento della dotazione tecnologica esistente e l'adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente.

LISTE D'ATTESA SULLE SPALLE DEI DIRETTORI GENERALI

Per le casse regionali, invece, la Puglia ha un'altra soluzione: "dimostrando che il rispetto dei cittadini e della loro salute è altrettanto importante, per la Regione, dei conti e dei bilanci di ragioneria", lo scorso 29 luglio la Regione Puglia ha approvato un emendamento secondo cui i direttori generali delle Asl decadono se non si abbattono le liste di attesa negli ospedali. In particolare, hanno spiegato i consiglieri regionali Michele Losappio e Arcangelo Sannicandro, nell'emendamento è detto che "il mancato raggiungimento degli obiettivi in materia di liste di attesa individuati dall'accordo dell'11 luglio 2002 tra Stato e Regioni entro sei mesi dall'approvazione della presente legge, costituisce elemento di valutazione dei direttori generali ai fini della conferma o revoca dell'incarico".

Per ridurre le liste di attesa e migliorare l'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini è inoltre prevista l'assunzione di personale per potenziare i centri di prenotazione e casse ticket che dovranno funzionare anche il pomeriggio per evitare le lunghe file e l'assunzione in deroga ai limiti di medici specialisti in cardiologia, anestesia, oncologia, radioterapia, fisioterapia, cardiocirurgia nonché tecnici di radiologia, direttori di strutture (primari) e infermieri, utilizzando al meglio le tecnologie che sono state potenziate.

Con la nuova disposizione viene autorizzato il rimborso delle spese di trasporto ai pazienti che effettuano la dialisi in strutture pubbliche fuori della propria Unità sanitaria locale.

NUOVE NORME PER IL PERSONALE

L'assestamento del bilancio dovrebbe consentire alle Aziende sanitarie di stipulare contratti a tempo determinato di durata da 2 a 5 anni, "per assicurare funzioni di particolare rilevanza e interesse strategico con laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale". Con un'altra norma viene eliminato il vincolo dell'1% del monte salari quale limite di aumento delle dotazioni organiche: ciò significa che le piante organiche possono essere aumentate fino al 3% del

personale e quindi circa 800 unità di personale in più che potrà entrare nei ruoli del Servizio sanitario regionale. Ciò significa che le piante organiche possono essere aumentate fino al 3% del personale. Si tratta di circa 800 unità di personale in più che potrà entrare nei ruoli del Servizio sanitario regionale.

I "TROFEI" DELLA PUGLIA

Tra i successi già raggiunti dalla Regione Puglia, comunque, compare l'assegnazione, lo scorso maggio, del Premio Sanità 2004 del Forum della Pubblica Amministrazione rivolto ai progetti sanitari più innovativi di Regioni e aziende sanitarie ospedaliere. La Puglia si è rivelata infatti vincitrice per la categoria "Campagne di comunicazione" con il progetto dell'Agenzia regionale servizi sanitari sull'educazione alla salute respiratoria e alla prevenzione del tabagismo rivolto ai ragazzi delle scuole elementari e medie. Non da meno, la Puglia e la Campania si sono rivelate le uniche Regioni d'Italia a far registrare una percentuale di schede di dimissione errate dello 0,00%, rispetto a una media nazionale di errore del 5,9%. "Questi dati - ha commentato l'assessore Mazzaracchio - confermano il trend positivo intrapreso dalla Regione e sono il frutto del lavoro di squadra posto in essere tra il Settore sanità della Regione e le Aziende sanitarie. Ora puntiamo su un obiettivo altrettanto importante: garantire la puntualità e tempestività dei flussi informativi al fine di rendere ancora più efficiente la rilevazione dei fenomeni epidemiologici e gestionali, onde poter adottare provvedimenti tempestivi".

Puglia

Popolazione: 3.983.487

Aziende Usl: 12

Aziende Ospedaliere: 2

Medici in convenzione: 3.478 medici di base; 591 pediatri di libera scelta; 523 specialisti ambulatoriali; 314 medici dei servizi; 1.284 medici di continuità assistenziale.

Specialisti privati accreditati: 417

Una sanità tra luci e ombre

**INTERVISTA A SALVATORE DELLA TOMMASA
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED PUGLIA**

Dottor Della Tommasa, quali sono i cambiamenti che stanno avvenendo nella vostra Regione?

Di positivo c'è il tentativo di dare un inquadramento generale all'organizzazione della sanità, con il Piano sanitario e il Piano di riordino ospedaliero. La carenza di questi atti di programmazione negli anni '90, infatti, ha portato alla presenza di molti ospedali poco efficienti e di un'assistenza polverizzata che poco corrispondeva alle esigenze di salute dell'utenza. Il nuovo Piano punta a dare risposte appropriate, ma bisogna ammettere che per il momento si tratta solo di una linea programmatica, perché non ci sono né risorse né personale per attuarlo. **A livello nazionale il Piano di riordino ospedaliero (Pro) è stato salutato con grande enfasi.**

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Puglia
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	115.176	79.744
B assistenza distrettuale	1.268.163	1.122.247
* assistenza di base	157.231	149.123
-guardia medica (compresa guardia turistica)	19.290	16.435
-medicina generale	116.150	103.928
-pediatria di libera scelta	21.791	28.761
* assistenza farmaceutica	401.256	456.031
* assistenza specialistica ambulatoriale	314.390	198.620
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	112.783	127.689
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	70.715	45.436
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	142.115	103.907
* altro	69.673	41.441
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	1.280.686	1.189.161
Totale	2.664.024	2.391.153

Fonte: Assr

Molta enfasi ma poca sostanza. Alcuni piccoli ospedali sono stati trasformati in lungodegenziali, privando quel territorio di alcune specialità senza offrire alternative ai cittadini. La popolazione non era preparata a questo taglio ed è rimasta spiazzata. D'altra parte, nelle strutture in cui sono stati trasferiti i servizi non c'è stato un potenziamento di personale e quindi abbiamo grandi difficoltà ad organizzare il lavoro. Gli ospedali, insomma, continuano a subire le pressioni dei cittadini che non trovano risposte sul territorio.

Allora quella della Puglia è una programmazione con i piedi d'argilla.

Senza risorse non si possono affrontare gli investimenti per ristrutturare gli ospedali e senza personale non si può rispondere alla grande domanda di salute del cittadino. Anche di recente il rappresentante della Fimmg regionale si è lamentato per i turni massacranti degli operatori, che lavorano 58/60 ore a settimana.

Qual è il ruolo del privato in Puglia?

Si sta rafforzando. Anche la Fondazione è stata creata come unica Irccs, e quindi privatizzata. E nel riordino, le strutture private non sono state assolutamente toccate, tutt'altro. Se teniamo conto che anche l'ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" è stato assegnato all'Università si intuisce che c'è una volontà di rafforzare il ruolo del privato e delle università.

Come sono i rapporti con i direttori generali?

Difficili. Il presidente Fitto, più di una volta, ha richiamato i direttori al loro ruolo, ma se da un lato c'è il richiamo all'ordine, dall'altro vediamo l'invito ad operare a seconda delle esigenze politiche. Del resto, i direttori generali sono nominati dai politici e rispondono ad esigenze politiche: assistiamo, ad esempio, alla mobilità di favore, allo spostamento di colleghi a scapito di altri che ne avrebbero maggior bisogno e titoli.

E i rapporti con le Istituzioni?

L'assessore alla Sanità è inesistente in termini di rapporti con noi. In tre anni di carica, l'abbiamo incontrato una sola volta. Più che altro abbiamo rapporti con i funzionari, con i dirigenti e il personale dell'Ares (Agenzia regionale dei servizi).

Tirando le conclusioni, la sanità della Puglia presenta una varietà cromatica fatta di chiaro-scuro. Le luci sono rappresentate dal cambiamento imposto dall'adozione del Psr e il Pro, con

il miglioramento di molti degli indicatori e parametri di riferimento dell'attività sanitaria, dal risanamento del deficit di bilancio, dall'acquisizione di una maggiore considerazione in campo nazionale.

Le ombre sono le preoccupazioni per lo stato di salute del sistema: la riduzione dei posti letto solo nel servizio pubblico, la carenza di risorse economiche che pregiudica gli investimenti e le assunzioni, la pre-intesa ministero della Salute-Regione per la costituzione della "Fondazione Irccs della Puglia", le disposizioni sulle sperimentazioni gestionali delle Rsa, il passaggio dell'Ospedale pediatrico "Giovanni XXIII" al Policlinico di Bari. Sono chiari segnali di una sanità pubblica in affanno.

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Puglia
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	4,32%	3,33%
B assistenza distrettuale	47,60%	46,93%
* assistenza di base	5,90%	6,24%
-guardia medica (compresa guardia turistica)	0,72%	0,69%
-medicina generale	4,36%	4,35%
-pediatria di libera scelta	0,82%	1,20%
* assistenza farmaceutica	15,06%	19,07%
* assistenza specialistica ambulatoriale	11,80%	8,31%
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	4,23%	5,34%
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	2,65%	1,90%
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS):	5,33%	4,35%
* altro	2,62%	1,73%
C assistenza ospedaliera (comprensiva di P.S.)	48,07%	49,73%
Totale	100,0%	100,00%

Fonte: Assr

**INTERVISTA A SALVATORE MAZZARACCHIO
ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE PUGLIA**

Abbiamo intrapreso il cammino giusto per la rinascita della sanità pugliese

Assessore Mazzaracchio, qual è la sua visione della sanità pugliese?

La Puglia era una Regione senza un Piano sanitario regionale, né gli strumenti per avviare i processi di riorganizzazione e razionalizzazione della spesa e dei servizi. Abbiamo deciso di partire proprio da questo, programmando il riordino della rete ospedaliera che, certo, non può avvenire dalla sera alla mattina. Il Piano di riordino ospedaliero (Pro) ha comunque tutta la nostra attenzione, perché da esso dipende un po' l'intero sistema sanitario regionale. Ovviamente, abbiamo dovuto affrontare anche il problema dell'assestamento finanziario che, insieme ai sovra citati, sono stati gli atti basilari per l'avvio di una vera rinascita della sanità pugliese.

Su che cosa si basa il Piano di riordino ospedaliero?

Anzitutto sugli accorpamenti dove questi sono necessari, perché è chiaro che in determinate discipline c'è un esubero. Un altro elemento importante è la trasformazione di alcuni presidi ospedalieri che non registrano produttività e quindi saranno trasformati in ospedali di Comunità o comunque in servizi più vicini ai cittadini. Di conseguenza, c'è il potenziamento della medicina territoriale, con la realizzazione anche di strutture per patologie più lievi che permetteranno di evitare i ricoveri impropri negli ospedali. Per realizzare tutto questo, però, ci vuole del tempo e riteniamo di

poter completare la prima parte del Pro entro due anni. Abbiamo intrapreso il cammino giusto.

Per quanto riguarda l'assestamento finanziario

Nonostante fossimo partiti da una situazione disastrosa, un passivo impressionante, oggi siamo in regola con quelli che sono gli impegni assunti a carattere nazionale, cioè in ordine ai monitoraggi che il Tesoro stesso esercita nei bilanci della sanità per poi erogare il fondo. Abbiamo ottenuto questi risparmi senza tagli ai servizi, ma attraverso gli accorpamenti, la riconversione di alcune strutture e il potenziamento del territorio. Certo dobbiamo apportare degli ammodernamenti, con priorità per le opere rimaste incompiute. Abbiamo già speso circa 180 milioni di euro per questo e utilizzato le altre risorse finanziarie per potenziare le tecnologie, istituire il 118, un sistema di macro emergenza del Pronto soccorso, e potenziare la rianimazione. Tutto sommato, nonostante le risorse siano limitate, siamo riusciti a chiudere anche il nuovo accordo con il Tesoro per ottenere un'ulteriore anticipazione di 150 milioni di euro sull'ex articolo 20 per l'ammodernamento delle strutture e stiamo aspettando di ricevere altre risorse già stanziare per questa legge dallo Stato.

In che clima politico-sindacale si sono realizzati questi cambiamenti?

Tutte le parti sono espresse in maniera positiva. Il presidente Fitto ha fatto un forte atto di coraggio, ma anche in conferenza Stato-Regioni abbiamo ricevuto degli apprezzamenti per l'avvio di questo processo di trasformazione. È chiaro che tutto può essere migliorato, ma la cosa davvero importante è stata uscire da quella gestione routinaria che negli anni passati aveva causato danni finanziari enormi senza riuscire ad offrire le normali prestazioni. I lavori vanno avanti, abbiamo approvato anche il Piano regionale delle politiche sociali e ci stiamo preparando per quello integrativo socio-sanitario, ma per il prossimo Psr aspetteremo di aver portato interamente a termine quello del 2002-2004.

Qual è il rapporto tra la sanità pubblica e quella privata?

È un rapporto sbilanciato verso il pubblico, basti pensare che su un Fondo sanitario regionale di circa 5 miliardi di euro la parte privata non copre più di 150-200 milioni. Insomma, il privato è marginale e non incide in maniera decisiva. Cerchiamo di agire nella logica della libera scelta, stabilendo rapporti corretti di comune accordo e rispettando i parametri nazionali. Abbiamo affrontato anche la questione del regolamento per gli accreditamenti definitivi e le regole per accreditare le nuove strutture, un passo avanti che anche il privato aspettava da decenni.

LA SANITÀ NEL VENETO *Veneto*

Una sanità di qualità che deve fare i conti con le questioni irrisolte

È TRA LE REALTÀ SANITARIE MIGLIORI D'ITALIA E TRA LE POCHE REGIONI "PROMOSSE", LO SCORSO ANNO, DAL MONITORAGGIO SULL'ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA EFFETTUATO DAL MINISTERO DELL'ECONOMIA. MA PER IL 2004, IL BILANCIO REGIONALE RIVELA LA PRESENZA DI AREE CRITICHE CON SOSTANZIOSI DISAVANZI

di Lucia Conti

Pochi mesi fa il presidente regionale, Giancarlo Galan, affermava che "il Veneto continua ad offrire una delle migliori sanità europee del mondo", con una spesa sanitaria procapite annuale di 1.345,01 euro contro una media nazionale di 1.375,85 euro. Eppure, il segretario regionale dell'Anao, Salvatore Calabrese, parla di problemi di riorganizzazione della rete ospedaliera, di un Piano sanitario regionale che non decolla, di una sanità pubblica soffocata, di una spesa che continua a crescere.

È vero, comunque, che in Veneto si registrano ottimi risultati per quanto concerne i trapianti (con circa 105 donatori e 359 organi impiantati) e sono state ridotte in maniera consistente le morti per arresto cardiaco grazie a una rete di 150 defibrillatori semiautomatici distribuiti in stazioni, centri commerciali, tribunali, carceri, piscine, impianti di risalita, spiagge, stadi.

Secondo l'assessore regionale alla Sanità, Fabio Gava, il Veneto sarebbe inoltre "molto avanti rispetto alla media nazionale" per quanto concerne la telemedicina, materia che l'ha vista trionfare anche al Forum P.A. 2003 grazie a un progetto di firma digitale dei referti.

IL BILANCIO 2004

"Nei bilanci delle 23 aziende sociosanitarie del Veneto ci sono delle aree critiche ricorrenti che determinano un disavanzo regionale di 419 milioni di euro all'anno", ma il direttore dell'Agenzia regionale sociosanitaria, Fernando Antonio Compostella, assicura che "esistono sufficienti margini di intervento per ridurre i costi di circa 291 milioni di euro l'anno". Nel complesso, secondo Compostella "il sistema è sano e il disavanzo appare affrontabile".

Le difformità risultano evidenti nell'esposizione debitoria tra le diverse aziende: se l'Ulss di Alto Vicentino, unica nel Veneto, non ha passività, l'Ulss di Venezia registra 1.231.024 euro di interessi passivi e oneri finanziari nel 2003, che salgono a 2.398.982 euro nell'Ulss di Padova, mentre nelle Ulss di Feltre, Pieve di Soligo e Asolo le passività risultano contenute tra i 30 e i 35 mila euro. Ecco, allora, i "Piani industriali di rientro" realizzati dalla Regione per le Ulss e Aziende ospedaliere con i maggiori deficit. Piani che, ha puntualizzato Gava, "sono tarati sul triennio 2003-2005 e, anche se nella prima annata non hanno potuto raggiungere i risultati ottimali inizialmente richiesti, hanno tutte le carte in regola per produrre importanti benefici senza costringere a calare nessuna scure e intaccare né i servizi previsti dai Livelli essenziali di assistenza, né le numerose eccellenze e servizi aggiuntivi presenti nelle aziende".

I Piani sono articolati in tre diversi livelli di azioni: quelle "indipendenti", attuabili singolarmente da ciascuna struttura (che dovrebbero consentire un risparmio di 55,5 milioni di euro); quelle "concertate", da mettere in atto in collaborazione con altre (per un risparmio di 34,7 mln di euro); e quelle "condizionate", che richiedono cioè una scelta po-

litica della Regione di modifica della Programmazione (per un risparmio di 24,8 mln di euro).

A tenere sotto controllo la spesa ci sarà, inoltre, una commissione di esperti, ribattezzata Commissione antisprechi, che avrà il compito di individuare metodi e strumenti per misurare l'efficacia delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario regionale e il grado d'efficienza con il quale esse sono prodotte dalle Ulss e Aziende ospedaliere. La Commissione, nominata con delibera di Giunta nell'ottobre del 2003, può contare, secondo Gava, su una composizione di membri "ben equilibrata tra esperti medici, economici ed amministrativi. Non è un'azione di tipo inquisitorio - ha affermato - ma un monitoraggio fatto da occhi esperti su cosa e come si può migliorare nelle prassi e procedure di spesa".

PIANO SOCIO-SANITARIO 2003-2005

Approvato "in prima lettura" nel giugno 2003, su proposta degli assessori alla Sanità e alle Politiche sociali, il cammino istituzionale del nuovo Piano Socio-Sanitario della Regione Veneto non ha ancora concluso il suo iter. Il "Piano Regionale di servizi alla persona e alla comunità-politiche sanitarie, sociosanitarie e sociali della Regione Veneto per il triennio 2003-2005", questo il titolo, resta ancora nelle mani della V Commissione del Consiglio Regionale per gli approfondimenti, le valutazioni e le consultazioni del caso. E secondo il segretario regionale alla Sanità, Franco Toniolo, è probabile che "non vedrà la luce in questa legislatura" a causa di "un'ingorgo" di impegni nel Consiglio regionale.

Eppure la discussione del Piano era partita con grande energia, avventurandosi anche in una vera e propria Web Conference per permettere di assistere al confronto tra la Giunta regionale e i soggetti interessati. "La via di Internet - aveva affermato Gava - è stata scelta in considerazione della necessità di addivenire il più presto possibile alla definizione del testo da portare all'attenzione della Commissione regionale, ma di non tralasciare al contempo la raccolta di quanti più contributi possibili da una Regione come la nostra, tanto articolata sia sul piano istituzionale che su quello della società civile".

Non è dunque un caso se nel Piano dovrebbe ricoprire particolare importanza il tema dell'innovazione e dell'ammmodernamento tecnologico a tutto campo. "È una condizione - si legge sulla bozza del documento - affinché possa conseguirsi l'obiettivo di razionalizzare la spesa in sanità senza che ciò comporti né una dequalificazione, né una semplice riduzione dei servizi resi, al di là di quelli superflui che in ogni caso devono essere eliminati. Per converso, non bisogna impedire, anzi facilitare, di poter avviare nuovi progetti di innovazione in rapporto alle rinnovate necessità che una società in continua evoluzione richiede continuamente".

Resta irrisolta anche la questione delle Aziende sanitarie locali. Nonostante sia opinione comune, da molto tempo, che

21 Ulss siano troppe per una Regione con circa 4,5 milioni di abitanti, il progetto di ridefinizione degli ambiti territoriali non è ancora entrato a far parte delle priorità del Consiglio regionale.

L'AGENDA DEI LAVORI DI RISTRUTTURAZIONE

Nel 2003 oltre 18 milioni 601 mila euro erano stati stanziati dalla Giunta regionale per finanziare la realizzazione o il completamento di 15 interventi su ospedali, case di riposo e Residenze sanitarie assistite (Rsa) del Veneto. "Si tratta - ha sottolineato l'assessore alla Sanità Gava - di finanziamenti direttamente a carico del bilancio regionale che sono stati assegnati su opere urgenti e indifferibili, come lavori di messa a norma delle strutture, e completamento di interventi prossimi alla conclusione che, senza questo intervento, non sarebbero andati in porto". Tra i finanziamenti più corposi, ci sono i 4 milioni di euro per l'acquisto di attrezzature da destinare al nuovo ospedale di Valdagno (Vicenza); i 2 milioni 516 mila euro per adeguamenti urgenti di ripristino negli ospedali di Villafranca e Isola della Scala (Verona); i 2 milioni di euro per la ristrutturazione, manutenzione straordinaria e messa a norma della clinica Neurologica dell'Azienda Ospedaliera di Padova; i 2 milioni di euro per la costruzione di una nuova Rsa a Bolca, nel Comune veronese di Vestenanova.

A questi lavori si è unito, lo scorso giugno, il programma di interventi proposto da Gava per 436 milioni e 400 mila euro di finanziamenti. "La più grande manovra di tipo strutturale sanitario mai definita e finanziata in questa Regione - ha detto Gava - resa possibile dallo stanziamento straordinario decennale inserito da quest'anno nel bilancio regionale, messo in sinergia con altre fonti di finanziamento. Ora ci sarà chi dirà che è poco e chi sosterrà che i soldi andavano utilizzati diversamente. Credo invece di poter dire che siamo di fronte ad un fatto eccezionale e positivo - ha concluso - che si realizza in un momento storico nel quale trovare fondi per interventi di tipo strutturale è un'impresa difficilissima".

Veneto

Popolazione: 4.540.850 (dato Istat 2001)

Aziende Usl: 22

Aziende Ospedaliere: 2 (Padova, Verona)

Medici in convenzione: 3.653 medici di famiglia, 540 pediatri libera scelta, 802 specialisti

Medici dipendenti del Ssn: 7.698, di cui 859 dirigenti struttura complessa e 444 dirigenti struttura semplice

Troppe situazioni confuse che soffocano la sanità pubblica

INTERVISTA A SALVATORE CALABRESE
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED VENETO

Dottor Calabrese, ci eravamo lasciati all'inizio del riordino della rete ospedaliera. Come è andata?

La manovra programmatica prevedeva la riduzione di circa 1800 posti letto, ma purtroppo abbiamo riscontrato che tale diminuzione è avvenuto soprattutto a carico delle strutture pubbliche.

La situazione attuale è confusa: la bozza di Piano sociosanitario regionale si è arenata e manca anche una programmazione che consenta di modificare i confini e gli ambiti territoriali delle aziende. In Veneto abbiamo 21 Ulss e 2 aziende ospedaliere ed è opinione comune che siano troppe. C'è un numero di ospedali esagerato ma, del resto, la loro chiusura andrebbe supportata da servizi sul territorio, così come la riduzione dei posti letto che dovrebbe poter contare sul potenziamento delle Rsa. Tuttavia non c'è, al momento, un programma che vada in questa direzione. Lo stato attuale determina il perdurare di situazioni di rischio per i cittadini e per gli operatori, che in determinate

strutture non possono contare su attrezzature di qualità. Ci dà coraggio, comunque, sapere che numerosi esponenti politici convengono con le nostre posizioni.

Quali sono i rapporti con l'assessorato?
L'anno passato lamentavamo una scarsa attenzione, ma c'è stato qualche progresso dopo l'affissione in tutti gli ospedali, nel maggio 2003, di un manifesto di protesta contro il degrado delle attrezzature, il mancato sviluppo dei servizi territoriali, la riduzione del personale e dei posti letto senza una programmazione, e contro il rifiuto della Regione a dar vita a un dialogo costruttivo con medici e veterinari dipendenti. Dopo questa forma di protesta c'è stato un miglioramento dei rapporti, anche se non dei risultati. Gli incontri con l'assessorato sono diventati più frequenti, ma i molteplici impegni dell'assessore Fabio Gava e del segretario generale per la sanità e il sociale Franco Toniolo fanno sì che il dialogo vada un po' a singhiozzi.

Secondo i dati la sanità Veneta è comunque tra le migliori di Italia. A co-

sa è dovuto questo risultato?

Anzitutto al modello di riferimento che storicamente ha sempre visto il servizio pubblico forte e in grado di mostrare tutte le sue potenzialità, la sua efficienza ed efficacia anche per il contenimento della spesa. La nostra preoccupazione, però, è che la mancata riorganizzazione del sistema sanitario regionale comporti non solo dei rischi per il cittadino e il medico, ma anche un aumento di spesa, insieme a fattori come l'invecchiamento della popolazione e il costo delle nuove tecnologie.

Qual è il ruolo del privato?

La sanità privata esiste e anche se l'assessore continua a negarlo si sta rafforzando. Una quota di sanità privata può senz'altro esistere e servire da confronto, stimolo e anche per l'ampliamento dei servizi. La popolazione, però, ha un enorme ventaglio di offerte già all'interno della sanità pubblica che, come affermano anche gli studi internazionali, è il sistema che più assicura equità ed efficienza.

Quali saranno le vostre prossime mosse?

Ci preoccupa il protocollo che la Regione e le Università stanno discutendo per la creazione delle Aziende ospedaliere universitarie integrate. La Commissione paritetica ha già presentato una bozza di protocollo intesa contro la quale, però, stiamo facendo delle barricate. Ci sembra troppo sbilanciato a favore degli atenei e non in grado di instaurare una nuova fase di integrazione e collaborazione tra le Università e il sistema sanitario.

Infine, chiediamo da anni un finanziamento aggiuntivo regionale come quelli che hanno avuto altre Regioni e che anche il Veneto in passato ha concesso. L'ultimo risale al 1999 ed era dovuto alla mancata riorganizzazione del sistema ospedaliero che costringeva i medici ad un aggravio delle prestazioni e degli orari di lavoro. Dal momento che una situazione del genere la stiamo vivendo tuttora, abbiamo ritenuto opportuno chiedere un nuovo finanziamento aggiuntivo nei confronti del quale, però, non abbiamo ancora ricevuto una risposta.

INTERVISTA A FRANCO TONIOLO
SEGRETARIO SANITÀ E SOCIALE REGIONE VENETO

Psr da rimandare alla prossima legislatura

Dottor Toniolo, a che punto è la discussione sul Piano sanitario regionale?

Il nuovo Piano parte dall'analisi dei bisogni di salute vista non solo come sanità e assistenza, ma come benessere psicofisico della persona e di tutta la Comunità, puntando anche sulla forte integrazione con le politiche ambientali, agricole, culturali e anche dei trasporti, in funzione di un quadro di salute totale. Queste sarebbero le caratteristiche del Piano, ma dico sarebbe perché è circa un anno che il testo giace in Consiglio regionale. Ci sono già state tutte le consultazioni con il mondo sociale, sindacale, istituzionale, ma quando è stato il momento di cominciare l'esame per licenziare il Piano ci siamo trovati di fronte ad un accavallamento di impegni consiliari che nessuno si sarebbe aspettato e che non ne hanno consentito l'approvazione definitiva. In particolare, si stanno rivelando più lunghi del previsto i tempi con i quali il Consiglio regionale sta cercando di licenziare lo Statuto. Insomma, stiamo rischiando un ingolfamento di fine legislatura ed è probabile che se le votazioni avranno luogo ad aprile il Piano e altre leggi importanti non faranno in tempo a vedere la luce.

Si dice da tempo che il numero delle Ulss in Veneto sia troppo elevato. L'ingorgo in Consiglio impedirà anche una ridefinizione degli ambiti territoriali?

La riduzione del numero delle Ulss è qualcosa su cui siamo d'accordo tutti. Il Piano non affronta questo argomento, che avrebbe bisogno di una legge a parte, ma la Giunta ha già esplicitato che in questa legislatura non ci sarà modo di rivedere gli ambiti territoriali. Presumibilmente, comunque, sia il Piano che le Ulss sono temi che saranno presi seriamente in considerazione all'inizio della prossima legislatura, magari anche in maniera contestuale.

Qual è la situazione della rete ospedaliera?

È stato realizzato il riordino seguendo proprio il concetto di rete, cioè immaginando una quarantina di ospedali come

altrettanti nodi di una rete così che non ci fossero doppiopoli né zone scoperte. Soprattutto si è pensato di partire dalle medie e basse specialità su base provinciale, in modo tale che il cittadino possa trovare all'interno della propria provincia circa il 95% delle risposte di cui ha bisogno. Per le alte specialità, invece, abbiamo stabilito un bacino di utenza sovraprovinciale o addirittura regionale.

Dal punto di vista dei posti letto non ci sono stati tagli ma riconversioni. Avendo noi una consistente sovrabbondanza di offerte rispetto ai parametri nazionali per le acuzie, abbiamo trasformato un certo numero di posti letto in post acuzie, dando anche indicazioni per una trasformazione dai ricoveri ordinari a day surgery e day hospital.

In sintesi, sono stati sottoposti a rifondazione circa 3.000 posti letto: 1.000 hanno avuto le caratteristiche che ho appena descritto e gli altri 2.000 sono stati studiati per adattare sempre più l'offerta all'effettivo bisogno del cittadino, spostandoli quindi in un ambito molto più sociosanitario, come per i malati terminali, per gravi forme di Alzheimer, Rsa ecc.

Abbiamo, infine, dato il via agli ospedali di Comunità, dove sono disponibili dai 10 ai 20 posti letto per la presa a carico di due tipologie di pazienti in particolare: coloro che vengono dimessi perché non hanno più bisogno di cure ospedaliere, ma comunque hanno bisogno di un'assistenza alla quale non riesce a rispondere l'Asl, e coloro che hanno bisogno di un tipo di cure per cui non è necessario il ricovero ospedaliero, come in certi casi accade per il paziente anziano.

Qual è il ruolo del privato in Veneto?

È un ruolo importante ma non prevaricante. Abbiamo una delle percentuali di privato minori in Italia, con una quota di posti letto e spesa sanitaria che si situa intorno al 12/13% a fronte di una media nazionale che credo sia del 19/20%. Il problema, in Veneto, è che il privato è concentrato in due tre Ulss con percentuali piut-

tosto significative e quindi in quelle aree esiste una qualche polemica in questo senso. Tuttavia ci sono anche aree in cui il privato è assente, per cui, ragionando in termini regionali, credo si possa dire che il rapporto è abbastanza giusto.

C'è in programma un finanziamento aggiuntivo per i medici dipendenti?

Nella passata legislatura un finanziamento aggiuntivo era stato concesso e anche quest'anno c'è stata una richiesta, ma è arrivata in un momento in cui sembra che i bilanci regionali non permetteranno concessioni extra. L'assessore Gava, sentito anche il parere del presidente Galan, non ha escluso questa possibilità ma ha deciso di dare una risposta solo quando si saprà con esattezza quali sono i numeri del bilancio del 2004. Del resto, stiamo già introducendo tasse e ticket e, quindi, non si può assecondare una richiesta del genere se non dopo una corretta analisi.

Inoltre, c'è da vedere quanto consistente sarà il quantum per la Finanziaria 2005 perché non basta sapere che ci sono 88,250 mld, bisognerà vedere come questi saranno spartiti. Appena queste cose saranno note, probabilmente nei primi giorni di novembre, daremo una risposta.

Le prime analisi sembrano avere evidenziato una sostanziosa difformità tra i bilanci delle diverse aziende...

Sì. Ci sono 8 aziende che da sole producono il 75% di tutto lo sbilancio regionale. Così, mentre per le altre sono state date indicazioni generali di riorganizzazione e contenimento della spesa, per queste 8 aziende sono stati preparati dei Piani triennali di rientro ad hoc, che saranno supportati da un particolare sistema di monitoraggio e da alcune commissioni di esperti che accompagneranno le aziende in questo percorso.

IL PUNTO

La necessità di un sindacato medico europeo

di Alberto Andrion

La notizia dell'interessamento della Commissione Europea teso a sollecitare un accordo tra professione medica e rappresentanti delle strutture ospedaliere circa l'annoso e dibattuto problema delle guardie/pronta disponibilità (on call time) è solo l'ultimo di numerosi segnali che pongono sul tappeto il tema di una rappresentanza sindacale europea della categoria. Negli ultimi anni (o mesi), sono comparsi sulla medesima lunghezza d'onda altri problemi quali, ad esempio, l'orario complessivo di lavoro, l'orario notturno, le modalità di remunerazione, il ruolo della professione medica nel contesto della medicina "manageriale", la difesa del mercato nazionale da professionisti provenienti da altre aree, comunitarie e non. Mentre a livello dei rispettivi Stati, la categoria medica esprime consolidate rappresentanze professionali e sindacali riconosciute da tutti come interlocutori, lo stesso non si può dire a livello europeo. Le "storiche" associazioni mediche europee sono nella maggior parte dei casi espressione di circoli accademici o di discipline specialistiche prive del background necessario – compreso il sostegno di una consapevole base categoriale – per elaborare e gestire politiche propositive e rivendicative (e perché no, anche difensive!). Se solo consideriamo i Paesi ad alto tasso di sindacalizzazione medica come Italia e Germania (ma l'osservazione vale anche parzialmente per Francia e Spagna), nessun sindacato medico esprime in modo diretto propri rappresentanti nelle associazioni "europee" e, soprattutto, nessun sindacato si è ancora posto il problema – a parte contatti episodici – di creare un tavolo permanente di consultazione a partire da pochi ma "grandi" temi comuni tipo quelli sopra ricordati. Un processo come quello suggerito non si improvvisa: occorrono anni per imparare a conoscersi e decidere assieme. Forse sarebbe bene cominciare a pensarci al fine di evitare che nel processo di "convergenza" non avvenga di perdere ciò che si aveva e di non guadagnare ciò che non si aveva.

FRANCIA

Rientrato lo sciopero dei chirurghi

Dopo un accordo con il governo, i duemila chirurghi che fanno capo al sindacato "Chirurgiens de France" hanno deciso di rinunciare allo sciopero calendarizzato per i primi giorni di settembre e di conseguenza al piano di "fuga" a Londra per una settimana, con partenza il 31 agosto, ideato per evitare l'obbligo di lavorare durante la protesta. Le 2mila prenotazioni aeree fatte sin da giugno non verranno loro rimborsate ma il sindacato non ha nascosto la sua soddisfazione per le rassicurazioni ottenute dal governo riguardo la formazione dei giovani chirurghi, gli aumenti per le prestazioni chirurgiche e i rimborsi del Ssn nonché il miglioramento delle condizioni lavorative (inclusa la modernizzazione delle sale operatorie). L'accordo negoziato con il governo si articola in 9 punti e costerà allo Stato francese 52 milioni di euro nel 2004 e 61 nel 2005. Uno dei primi obiettivi punta rimpolpare le fila della categoria, la cui età media si aggira sui 51 anni, e che le stime ufficiali prevedono potrebbe ridursi, entro il 2010, dalle attuali 23mila alle 17mila unità. "Con questo ritmo, se non si fosse fatto nulla – ha commentato il ministro della sanità Douze-Blazy – i francesi avrebbero corso il serio rischio di dover andare presto ad operarsi all'estero".

I chirurghi, dal canto loro, pongono l'accento sull'aspetto economico, le tariffe che il Ssn rimborsa loro per le prestazioni

chirurgiche non subiscono aumenti da 15 anni mentre i premi assicurativi sono lievitati ed erodono ormai un quarto del loro reddito.

L'accordo negoziato prevede che dal 1° ottobre le tariffe per la chirurgia vengano aumentate del 30% per chi lavora nel privato e del 15% per chi lavora negli ospedali a finanziamento pubblico. I chirurghi peggio pagati, ovvero quelli che possono applicare solo le tariffe standard previste dal Ssn, riusciranno a guadagnare 17mila euro in più e il loro reddito raggiungerà così i 70mila euro, eguagliando quello di un medico di famiglia; per la prima volta inoltre verranno pagate loro le guardie: 150 euro al giorno. Anche i chirurghi autorizzati ad applicare tariffe superiori a quelle stabilite dal Ssn, e che quindi possono guadagnare anche il doppio di altri colleghi, continueranno, nonostante gli aumenti, ad avere un reddito annuo inferiore a quello di un dermatologo, di un radiologo o un cardiologo, tanto per fare un esempio. Il ministro della Sanità si è poi impegnato a dialogare con le assicurazioni per mettere un freno ai premi che dal 1993 sono deuplicati, passando dai 1500 ai 16600 euro.

La mobilitazione non si è però del tutto placata e anche nei giorni successivi all'accordo con i Chirurgiens de France altri sindacati degli ospedalieri pubblici hanno proseguito le trattative con il governo minacciando di attuare varie forme di protesta.

OLANDA

Errori in medicina: una rete di comunicazione e vigilanza a livello nazionale

Il governo olandese sta lavorando all'ipotesi di allestire una rete di vigilanza e prevenzione degli errori in medicina sul modello di quella introdotta in Danimarca e Regno Unito. Le conclusioni contenute nel rapporto annuale 2003, elaborato dall'Ispettorato della sanità pubblica olandese, hanno messo in evidenza come un sistema che consenta al personale medico e infermieristico di riferire in maniera sistematica gli errori occorsi migliori di molto la sicurezza dei pazienti. Alla base però, si sottolinea nel rapporto, occorre un cambiamento culturale profondo che consenta di superare una forma mentis "punitiva". Il modello proposto prevede infatti che chi commette degli errori, sempre che esulino dal dolo o dalla colpa grave, non venga perseguito dal datore di lavoro, dall'ispettorato o dalla giustizia ordinaria e che il suo nome non venga reso pubblico, eccetto eventualmente alle persone coinvolte nella gestione della rete di vigilanza. Il rapporto dell'Ispettorato olandese parla di 2642 errori medici verificatisi nel 2003, cifra leggermente inferiore a quella del 2002, di cui 164 avrebbero provocato la morte del paziente. Ma è verosimile che questa sia solo "la punta di un iceberg" e che la mancata comunicazione di molti incidenti sia "sistematica", sottolinea il rapporto, che ipotizza che gli errori medici evitabili possano causare tra i 1500 e i 6mila decessi l'anno, un numero

ben più alto, per esempio, delle 1100 vittime di incidenti stradali. Un quadro che una rete nazionale di raccolta, registrazione e analisi dei dati sugli errori occorsi potrebbe decisamente migliorare.

"È necessario si adotti un sistema che consenta a chi commette un errore medico di poterlo riferire senza provare un senso di vergogna o colpa. Il timore di essere portato dinanzi un comitato disciplinare non deve esserle un deterrente a non denunciarlo" dice l'ex cardiologo Herre Kingma, ora ispettore generale della sanità, che cita come esempio emblematico il caso di un'infermiera, con 23 anni di "onorato" servizio, la quale un 'brutto' giorno commette un errore fatale e scambia una fiala di 'valium' con una di 'kalium' (in olandese 'potassio'). "Ebbene non sarebbe ben più utile per tutta la collettività indagare a fondo sulle cause e sui meccanismi che hanno indotto in errore piuttosto che semplicemente punire e cacciare dal servizio chi l'ha commesso?". Ma un sistema come quello cui stiamo lavorando non può certo avallare comportamenti poco attenti in un ambito così delicato come la salute, precisa l'ispettore Kingma, gli errori provocati da inettitudine, mancanza di autorevolezza o incompetenza devono essere sempre denunciati all'ispettorato.

UE

Nuova classificazione per guardie e pronta disponibilità: "lavoro" o "riposo"?

La Commissione europea sta sollecitando un confronto tra i rappresentanti della professione e le aziende sanitarie perché raggiungano un accordo in materia di guardie mediche, in particolare sull'ipotesi di dar vita a una nuova categoria nella quale far rientrare i cosiddetti "periodi di inattività" che attualmente sono conteggiati o nel normale orario di lavoro o nei riposi.

L'accordo non si presenta facile e certo non aiuta il fatto che la Commissione non abbia deliberatamente chiarito se i periodi di inattività in reperibilità debbano intendersi quelli trascorsi sul posto di lavoro, in ospedale, o anche al di fuori dell'ospedale, nella propria abitazione.

L'Ordine dei medici britannico, la Bma, ritiene che le ore passate obbligatoriamente in ospedale debbano rientrare, come di fatto ora sono, nell'orario di lavoro e che invece i periodi trascorsi a casa non debbano essere conteggiati nell'orario. È comunque d'accordo sul fatto che le ore trascorse in reperibilità, sia pure al di fuori dell'ospedale, non debbano essere, come attualmente sono, classificate come "riposi". Per Simon Eccles, presidente del Comitato dei Junior doctors della Bma sono un ibrido tra lavoro e riposo: "dopo tutto non ci si può rilassare completamente, bisogna mantenersi sobri, non allontanarsi troppo dall'ospedale ed essere sempre reperibili...". Il governo di Londra è orientato a considerare come periodi di inattività le ore trascorse in reperibilità sul posto di lavoro, ma è comunque del parere si debba trovare una "rapida soluzione legislativa" al problema che rientra nell'ambito della nuova normativa sull'orario di lavoro che prevede un massimo di 48 ore settimanali. D'altronde i risvolti, soprattutto economici, non sono di poco conto.

I giudici della Corte europea di Giustizia si sono espressi chiaramente in materia, sottolineando in precedenti pronunce come non possano essere considerati periodi di riposo quelli che il medico, rendendosi pienamente disponibile, trascorre in un luogo preciso, determinato dal proprio datore di lavoro, anche se non svolge alcuna attività lavorativa.

Riguardo all'applicazione della nuova normativa sull'orario di lavoro ricordiamo le perplessità espresse dal governo tedesco che ha stimato costi aggiuntivi per 2 miliardi di euro e un fabbisogno di circa 20mila medici, e le posizioni di Spagna, Germania e Olanda che hanno deciso di disapplicarla in ambito sanitario.

POLONIA

Un esodo "annunciato" di medici potrebbe mettere a rischio il Ssn

Un terzo dei medici polacchi tra i 25 e i 35 anni progetta di andare a lavorare in alcuni Paesi dell'Europa occidentale secondo un sondaggio condotto su internet e pubblicato sul quotidiano "Gazeta Wyboreza". Un esodo di circa diecimila medici che potrebbe mettere a repentaglio il sistema sanitario del Paese che ha appena varcato la difficile soglia dell'Unione.

I timori sono confermati dall'Ordine dei medici polacco che pur vedendo con favore esperienze all'estero per i suoi camici bianchi non nasconde le sue preoccupazioni per una migrazione così massiccia quale quella che va configurandosi.

Ad allettare i giovani medici sono senz'altro gli stipendi più alti dell'Occidente, anche di dieci volte, come nel caso della Germania (un medico polacco guadagna in media sui 6200 euro l'anno), ma il quadro demoralizzante di un Ssn affetto da cronico sottofinanziamento, corruzione, scandali e scioperi fa senz'altro da ottimo propulsore.

L'Ordine dei medici ritiene che ci sarà una forte migrazione anche di pazienti, una volta che i cittadini polacchi diverranno più consapevoli delle possibilità offerte dalla nuova normativa comunitaria in materia di cure all'estero e critica i Paesi dell'Europa occidentale per il loro atteggiamento un po' troppo attivo nel reclutare lo staff medico polacco. "Fanno moltissima pubblicità sul nostro bollettino mensile, specialmente il Regno Unito, che poi è la destinazione più in voga in vista dell'apertura del mercato del lavoro. Noi non vediamo di buon occhio questi annunci pubblicitari perché se il reclutamento di medici rappresenta una soluzione per questi Paesi non lo è certo per il nostro" dice Marek Szweczynsky della Polish Chamber of Physicians. Affermazioni condivise anche dai colleghi della Germania, che insieme a Svezia, Danimarca e Norvegia è molto attiva nel reclutare staff medico dalla Polonia e da altri Paesi dell'est europeo: "Sono d'accordo con l'Ordine polacco, i nostri Ssn non possono essere sostenuti da una migrazione che danneggia i cittadini polacchi. Dobbiamo far fronte ai deficit strutturali attivandoci in loco" dice Andreas Crusis presidente dell'Ordine dei medici del Mecklenburgo-Pomerania occidentale.

Ricordiamo che la Germania, una volta che la direttiva europea sull'orario di lavoro troverà piena applicazione, si dovrà confrontare con la non rosea situazione di dover supplire a un fabbisogno di almeno 10-15mila medici. Un quadro che in Paesi come la Polonia (40milioni di abitanti e un rapporto di 2,2 medici ogni mille abitanti, contro i 3,6‰ della Germania) potrebbe tingersi di tinte ancora più fosche.

SANITÀ PRIVATA A Berlino la 39° Assemblea annuale Aiop

L'Ospedalità Privata ricorre alla Ue contro lo Stato italiano

Libertà di scelta, terzietà nei controlli e nei finanziamenti, attuazione dei processi di accreditamento istituzionale senza preferenze e a parità di requisiti, opzione della qualità nella valutazione e nel controllo dei risultati.

Sono le richieste che l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop) ha avanzato nel corso della Assemblea Annuale tenutasi quest'anno a Berlino, assieme alla decisione di ricorrere alla Corte di Giustizia Europea contro lo Stato italiano colpevole di adottare "un comportamento distortivo della libera concorrenza" con impedimento di una reale concorrenza tra le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Mentre il Paese diviene sempre più piccolo, in un mondo sempre più globalizzato, "gli imprenditori vedono ogni giorno allargarsi le frontiere, anche quelle del sapere e della ricerca, e non riescono a capire come possa sopravvivere una politica della limitazione a danno di una politica dell'espansione regolata, della crescita nella qualità, dell'universalismo solidaristico che non dovrebbe più permettere sprechi in sanità attraverso la "copertura" dei disavanzi e delle "ruberie", negando spesso nei fatti il diritto dei cittadini alla libera scelta".

La profonda insoddisfazione manifestata dagli imprenditori della sanità nei confronti del Governo nazionale e delle Regioni trae origine dalla convinzione che non vi è conoscenza dei problemi sanitari o una conoscenza del tutto superficiale, che si accompagna ad un disinteresse per la cosa pubblica e per la "voce dei cittadini" con un grande spreco di risorse finanziarie. Un esempio per tutti è l'attuale ministro della Salute, Girolamo Sirchia, che pur potendo contare su di un'ampia maggioranza e sulle Regioni più importanti non è riuscito a portare a casa alcun provvedimento, né attuare il programma del Governo in Sanità.

"Le risorse vengono suddivise premiando gli amici, specie se dissipatori del denaro pubblico. Gli accreditamenti sono fermi in moltissime Regioni, preferendo i 'pre-accreditamenti' che altro non sono che lo scivolamento del vecchio convenzionamento. Persiste la politica dei tetti di spesa, del blocco dei volumi di attività, dei tetti finanziari, degli abbattimenti sul fatturato, immotivati e tardivi (spesso dopo anni!). Il tutto, forse, per far vivere il privato nel precario e nell'incertezza, per meglio condizionarlo".

Tutto questo mentre è improrogabile realizzare davvero un "Servizio Sanitario Pubblico a gestione mista, pubblica e privata, al cui interno sia possibile utilizzare al meglio le risorse professionali, imprenditoriali, organizzative e finanziarie oggi disponibili su tutti i fronti". Ed inoltre è necessario partire sempre di più e sempre meglio dai "bisogni reali del cittadino che, oggi, si presenta come un soggetto cresciuto socialmente, culturalmente, economicamente e come tale desideroso di ottenere servizi di qualità in ogni ambito, anche in quello ospedaliero".

Confrontarsi per crescere, attraverso forme di collaborazione e di competizione, resta un obiettivo voluto e praticato nell'interesse del Paese.

Del resto è ormai affermato e riconosciuto l'onere di dover contribuire, da parte dei privati, ad un miglioramento complessivo del sistema di offerta di servizi ospedalieri e della cultura di governo dei medesimi.

E ciò appare anche dal 1° Rapporto Annuale/Ospedali & Salute 2003, commissionato da Aiop ad Ilesis, in cui vengono sfatati i due luoghi comuni più noti. Innanzitutto che l'ospedalità privata rifiuta o non è in grado di fare grossi interventi e si limita a ricoverare le piccole patologie ed inoltre che rifiuta l'emergenza e, in caso di complicità, trasferisce nell'ospedale pubblico tutte le rogne".

È al contrario ben dimostrato come il valore del "peso medio" e dei Drg sia praticamente sovrapponibile tra ospedali pubblici e privati, con prevalenza anzi del privato in alcune Regioni, e che i trasferimenti avvengono in entrambe le direzioni e sono oggettivamente ascrivibili alla carenza di alcuni reparti specialistici nelle piccole strutture, specie se monospécialistiche, sia pubbliche che private.

Inoltre, è dimostrato che vi è una domanda di servizi ospedalieri privati che appare essere rilevante e contemporaneamente inespansa, a fronte di giudizi decisamente e diffusamente positivi nei confronti della libera scelta del cittadino. Vi è un orientamento "laico" degli italiani verso le diverse tipologie di ospedali, ispirato essenzialmente al perseguimento di obiettivi di qualità dei servizi che le differenti componenti del sistema debbono soprattutto dare al di là del fatto che siano pubbliche, private-accreditate o private.

In sintesi "l'opinione pubblica oggi guarda (e in parte si comporta) come esistesse a pieno titolo un Servizio Sanitario Pubblico a gestione mista. Ed anzi sottolinea la necessità di rispettarne i principi fondamentali: il diritto di scegliere e di essere informati come cittadini e il dovere di far competere e di far opportunamente misurare le imprese pubbliche e private che operano nel campo della salute".

Ma vi sono altri elementi che dimostrano le migliori performances riscontrate percentualmente nel privato nei confronti del pubblico: la certificazione di qualità con procedure Iso 9000, l'incidenza dei casi attribuiti di Drg più diffusi di alta specialità, il confronto sulla dotazione di apparecchiature di maggiore sofisticazione (risonanze magnetiche, Tac, camere iperbariche, apparecchiature di emodialisi, acceleratori lineari). Il tutto nella direzione di far capire che l'Ospedalità privata è dalla parte del cittadino; che co-

sta meno pur offrendo una qualità certamente non inferiore; che le liste di attesa si possono abbattere con la collaborazione pubblico/privato; che essendo più flessibile è in grado di dare un contributo insostituibile alla programmazione regionale e nazionale.

L'EUROPA

La dimensione europea si è affermata nel corso degli ultimi anni come una delle priorità strategiche e l'iniziativa di ricorso alla Corte Europea di Giustizia, per distorsione della concorrenza, parte dalla consapevolezza che il ruolo della sanità privata deve ormai essere tutelato anche presso le istituzioni dell'Unione Europea.

"Questa prospettiva potrebbe apparire in controtendenza con la devolution e il regionalismo sanitario sempre più accentuato, ma va rilevato da un lato che l'Europa è, per molti aspetti, anche un'Europa delle Regioni, dall'altro che finalmente si cominciano a gettare le basi per lo sviluppo di una politica sanitaria europea, destinata ad avere conseguenze sempre più concrete sugli assetti di livello nazionale e sulla vita delle nostre aziende". La libera circolazione degli operatori sanitari, la mobilità dei pazienti, la libertà di scelta e di erogazione delle prestazioni sanitarie, i servizi d'interesse generale, tra i quali è annoverata la sanità, il futuro dei servizi sanitari in Europa e la direttiva sui servizi, attualmente in fase di redazione, sono alcuni dei temi ormai ben presenti a livello di istituzione europea.

IL RICORSO

Nasce da tutto questo la scelta di un ricorso alla Ue. Infatti, di fronte alla perdita di una reale certezza tariffaria o meglio in presenza di vere e proprie regressioni tariffarie che finiscono con l'azzerare il valore di parte delle prestazioni rese e dunque senza più garanzie di pagamento, le diversità di trattamento all'interno dello stesso Servizio Sanitario Pubblico, tra erogatori pubblici e privati, stanno assumendo caratteri sempre più evidenti.

Alcune importanti iniziative europee sono già intervenute a censurare il comportamento che alcuni Stati hanno adottato in contrasto con il rispetto di norme comunitarie: gli aiuti alle imprese operanti nel Mezzogiorno, gli aiuti al settore automobilistico, la normativa in materia di Iva, il decreto salva-calcio. "È possibile che, a partita iniziata, il dischetto del rigore sia spostato in avanti o indietro a seconda della squadra che calcia il rigore? O che le porte siano di dimensione diversa? O che la barriera sia avvicinata a 3 metri o allontanata a 20 metri? O che una squadra venga messa in situazione di avere la copertura per pagare gli stipendi ai propri giocatori e un'altra no? O che ad una squadra sia dato il finanziamento per rifare il manto erboso del campo di calcio e ad un'altra no? O, infine, che per una squadra i minuti di recupero siano sempre 10 o di più e per un'altra soltanto uno o forse nessuno? Ma cosa centra tutto questo?"

Se il finanziamento del manto erboso diventa il finanziamento per rifare le sale operatorie (attrezzature comprese); se il tempo di recupero è quello necessario per adeguarsi alle norme sui requisiti: a qualcuno da subito, ad altri entro 5-10 anni (o forse a tempo indeterminato); se la barriera corrisponde agli ostacoli posti lungo il cammino; e infine, se a qualcuno viene garantito il pagamento delle retribuzioni mediante la copertura del costo dei contratti di lavoro mentre per altri si bloccano le tariffe non garantendo alcuna copertura dell'incremento del costo dei dipendenti.

Ma le aziende sanitarie sono imprese economiche? E agiscono in un mercato sanitario? In Europa esiste una libera scelta? E che significa questa libertà? E il cittadino italiano che può scegliere tra il ricovero in Germania o in Italia, può farlo anche tra ospedale pubblico e Casa di cura?

E la Commissione Europea e la Corte di Giustizia Europea si sono già pronunziate in proposito e, sempre, rispondendo positivamente a queste domande.

Ed ecco la ricetta secondo i "privati":

1. una forma di governo e di indirizzo, da parte del soggetto pubblico, ispirata alla "terzietà" nei confronti dei diversi soggetti erogatori dei servizi (siano essi pubblici, privati accreditati o privati tout court);
2. una forma di finanziamento non più differenziata com'è oggi, visto che gli ospedali accreditati sono (giustamente) misurati e pagati in base ai Drg effettuati (peraltro successivamente "decurtati" attraverso il meccanismo annuale dell'abbattimento tariffario), mentre il settore pubblico deve ancora percorrere la strada della gestione generalizzata attraverso i Drg, con le ovvie conseguenze di un continuo ripianamento dei bilanci, che mortifica una ricerca credibile dell'efficienza e crea problemi alla spesa pubblica;
3. non accontentarsi di un Fondo Sanitario cresciuto di uno zero virgola qualcosa sul Pil, con il costo della vita aumentato del 2-3% e smetterla di litigare sul modo di ripartire il Fondo tra le Regioni (popolazione pesata o meno) e concentrarsi sulla necessità che il finanziamento non diminuisca in termini reali, per non dover continuare a ripianare disavanzi, disincentivando così gli amministratori seri e dando spazio a chi male amministra.

Fabio Florianello

CORSO NAZIONALE - EVENTO ECM

Privacy e consenso informato nelle aziende sanitarie: due profili di responsabilità professionale

Pescara 19 novembre 2004

Programma

VENERDÌ 19 NOVEMBRE

08.30/09.00 Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico
 09.00 Presentazione del corso **Aristide Paci**

I SESSIONE - IL CONSENSO INFORMATO

09.30 Aspetti giuridici e legislativi del consenso informato **Gianfranco Iadecola**
 10.15 Aspetti etici e deontologici del consenso informato **Luigi Conte**
 11.00 Problematiche connesse alla raccolta del consenso informato nelle aziende sanitarie **Gabriele Gallone**
 12.00 Un panel di criticità: i minori, gli anziani incapaci, i pazienti

psichiatrici, le religioni e credenze
 Discussione in aula con tutors **Luigi Conte, Gabriele Gallone, Aristide Paci, Gianfranco Iadecola**
 13.30 Pausa pranzo

II SESSIONE - IL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

14.30 Aspetti giuridici e legislativi **Roberto Longhin**
 15.15 Aspetti etici e deontologici **Aristide Paci**
 16.00 Aspetti medico legali **Mauro Barni**
 16.45 Criticità applicative della norma nelle Aziende Sanitarie e presentazione di un testo di Regolamento aziendale **Gabriele Gallone**
 17.15 Discussione in Aula del testo con tutors **Aristide Paci, Gabriele Gallone, Mauro Barni, Roberto Longhin**
 18.15 Compilazione questionario di valutazione finale
 18.30 Chiusura lavori, firma d'uscita

CORSO NAZIONALE - EVENTO ECM

Risk management in sanità

Napoli 17-18 dicembre 2004

Programma

VENERDÌ 17 DICEMBRE

09.00 Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico e compilazione questionario iniziale di valutazione
 09.30 Presentazione del corso

I SESSIONE - DEFINIZIONE E DIMENSIONI DEL PROBLEMA MALPRACTICE

10.00 Caratteristiche e costi del fenomeno malpractice nei moderni sistemi sanitari
 10.45 Il glossario del rischio: errore medico, rischio clinico, evento avverso
 11.15 Anatomia dell'errore: errore umano, errore organizzativo, errore manageriale, catena dell'errore
 12.00 Presentazione di un caso
 12.15 Audit a piccoli gruppi con "auditor" tutori sul caso presentato, con discussione e analisi finale dei risultati

II SESSIONE - STRUMENTI E FINALITÀ DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

14.30 Fattori di rischio per eventi indesiderati nella pratica clinico-assistenziale
 15.15 Il risk management: organizzazione e ruolo nelle Aziende Sanitarie
 16.15 Prevenzione e gestione degli eventi indesiderati: i soggetti coinvolti,

gli strumenti linee guida, clinical audit, procedure sicurezza etc., la formazione, il technology assessment
 17.15 Coffee break
 17.30 Modalità e criticità della rilevazione degli eventi indesiderati: raccolta dati, sistema informativo e incident reporting
 18.15 Presentazione di un modello di rilevazione degli eventi indesiderati
 18,30 Audit a piccoli gruppi con "auditor" tutori sul modello presentato con discussione in aula dei risultati dell'audit

VENERDÌ 18 DICEMBRE

III SESSIONE - IL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE

09.00 Registrazione partecipanti, firma d'ingresso
 09.00 La medicina difensiva
 09.45 La Medicina legale e la malpractice: perizie e periti
 10.30 La giurisprudenza e la malpractice: responsabilità civile e penale
 11.30 Illustrazione di una sentenza della Corte di Cassazione su una causa di malpractice sanitaria
 11.45 Audit a piccoli gruppi con "auditor" tutori e discussione finale in aula con i relatori
 13.30 Colazione di lavoro

IV SESSIONE - LA TUTELA DEL RISCHIO PROFESSIONALE

14.30 Le criticità della tutela assicurativa: premi, risarcimenti, coperture
 15.15 Gli obblighi assicurativi delle aziende sanitarie e dei professionisti
 15.45 L'arbitrato: l'esperienza di Trento
 16.30 Audit a piccoli gruppi con "auditor" tutori sull'esperienza presentata
 17.30 Test finale di apprendimento, questionario di gradimento e consegna attestati di frequenza al corso