

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao 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

CHIUDERE IL CONTRATTO PER UNA SVOLTA DI QUALITÀ

di Serafino Zucchelli

Negli ultimi giorni 2004, dopo un itinerario travagliatissimo ed a colpi di fiducia, è stata approvata la legge finanziaria 2005.

La somma destinata alla sanità è di circa 88 miliardi di euro più 2 miliardi di euro per gli anni dal 2001 al 2003.

La modifica delle aliquote fiscali voluta dal Presidente del Consiglio, che comporterà per 85mila medici dipendenti su 103mila un risparmio mensile di 40 euro, ha impedito che la trattativa tra le Regioni ed il ministero dell'Economia si concludesse su di una cifra più elevata, 93 miliardi di euro circa, e soprattutto ha ridotto l'entità della somma, destinata al rinnovo del secondo biennio economico, dal ventilato 5,5-5,7% ad un ben più modesto 4,1%.

La recentissima pronuncia della Corte Costituzionale ha costretto il Governo, nel testo finale della legge, ad eliminare l'esplicito blocco degli organici (assunzione del solo 20% dei cessati) sostituendolo con l'obbligo per le Regioni di rispettare un tetto definito di spesa per il personale medico.

La forma cambia ed è salva l'autonomia delle Regioni, ma la sostanza resta ed assisteremo inevitabilmente, quando andrà bene, ad un ulteriore e pericoloso incremento dei contratti atipici, solo in parte bloccati.

Nulla è stato previsto per gli investimenti edilizi e tecnologici, come se una macchina della complessità del Ssn potesse vivere senza di essi. È del tutto incomprensibile come un esecutivo che si richiama continuamente alla logica dell'impresa non capisca che gli investimenti in sanità non solo sono indispensabili, ma produttivi e generatori di salute, lavoro e ricchezza.

L'unica consolazione in questi tempi difficili è data dalla sostanziale tenuta dell'unità, nell'analisi e nelle proposte, di tutte le associazioni dei dirigenti medici e sanitari. Questo ci ha permesso, dopo un lavoro comune, di presentare alla stampa ed al Paese un articolato documento sullo stato del Ssn, contenente numerose proposte per superare le attuali criticità del sistema e per renderlo sempre più adeguato a rispondere alle esigenze nuove e crescenti di tutela della salute.

segue a pag. 13

Contratto 2002-2005 SULL'ORARIO DI LAVORO NON SI CEDE

Sull'orario di lavoro l'Anaao Assomed non cede. E se passasse la proposta dell'Aran, l'Associazione non firmerebbe il contratto. "Non siamo disposti - ha dichiarato Serafino Zucchelli alla ripresa della trattativa dopo la pausa natalizia - neppure a discutere una ipotesi che prevede il trasferimento ad attività assistenziali di 2 delle 4 ore, previste per l'aggiornamento, senza alcuna retribuzione aggiuntiva e l'introduzione dell'obbligo ad eseguire un plus orario (aggiuntivo alle 38 ore settimanali) la cui quantità verrebbe stabilita nella contrattazione del budget, anche in questo caso senza la previsione di una retribuzione corrispondente. Non accettiamo l'accusa, insita in queste proposte, di essere poco produttivi e responsabili delle lunghezze delle liste di attesa".

Alla preoccupazione per la distanza su alcuni punti, fa eco la soddisfazione di aver avviato, comunque, la fase clou della trattativa, passata dalle generiche affermazioni dei mesi scorsi, all'analisi dettagliata dei singoli articoli. Anche perché l'intenzione dell'Anaao Assomed è quella di mettere la parola fine a questo contratto, compreso il secondo biennio, in tempi brevi e comunque prima dell'appuntamento elettorale della prossima primavera. "Sia chiaro, però, - ha precisato Zucchelli - che non vogliamo un contratto a tutti i costi e che non ci faremo prendere per la gola firmando un qualsiasi accordo pur di chiudere la partita".

Sul rinnovo della parte economica del contratto relativa al secondo biennio pesano, inoltre, due questioni irrisolte: la prima riguarda la trattativa parallela che le Confederazioni stanno conducendo per ottenere una percentuale di aumento superiore al 4,1% stanziata nella legge finanziaria; la seconda attiene le maggiori disponibilità economiche opportunamente previste dal rinnovo della convenzione di medicina generale per risolvere i problemi previdenziali: riteniamo necessario che, in maniera proporzionale, siano rese disponibili anche per il rinnovo del contratto della dirigenza medica del Ssn.

Ma non saranno solo gli aumenti economici a valorizzare, o meno, questo contratto: la vera svolta sarà rappresentata da una "rivoluzione normativa" che permetta ai medici di superare il disagio che attualmente provano nel vivere la loro dimensione professionale all'interno delle Aziende. Devono essere riconosciute e valorizzate la qualità, la quantità, l'onerosità e il rischio della loro attività quotidiana. (S.P.)

FINANZIARIA 2005

Tanti controlli ma nessun investimento

Cifra record per il Fsn: 88,195 miliardi di finanziamento corrente per il 2005, più 2 miliardi per il ripiano dei debiti del triennio 2001/2003, pochi tagli e molte misure di controllo, nessun investimento in conto capitale e blocco del turnover, in più una miriade di piccole norme miranti sostanzialmente al controllo della spesa. Questo, in estrema sintesi, quello che prevede la Finanziaria 2005 per il comparto sanità. Il maxi emendamento, composto da un solo articolo con dentro ben 572 commi, è stato approvato, non senza fatica, dal Parlamento che ha dovuto fare gli straordinari durante il periodo natalizio per evitare l'esercizio provvisorio di bilancio.

All'interno punto per punto tutti i commi della Finanziaria 2005 che riguardano la sanità e i pareri delle forze politiche.

PRIMO PIANO

Prima di Natale l'Aran ha presentato ai sindacati la bozza 2002-2005 relativa al quadriennio normativo e al I biennio economico. Da qui si parte per il rinnovo del contratto. All'interno la scheda riassuntiva dei principali istituti normativi

A PAGINA 2

INTERVISTA A ZUCHELLI

Segnali positivi per il I biennio economico, ma per la parte normativa si registra una logica "padronale" antiquata, che umilia la responsabilità e l'autonomia dei medici

A PAGINA 3

SPECIALE REGIONI

Calabria e Umbria. Intervista agli assessori alla Sanità Giovanni Luzzo e Maurizio Rosi. Per l'Anaao Assomed i responsabili regionali Domenico Saraceno e Alfonso Lilli

SERVIZIO ALLE PAGINE 6-9

ATTUALITÀ

Presentato il 38° rapporto annuale del Censis che fotografa la situazione sociale del Paese. Cambia la domanda di salute

SERVIZIO ALLE PAGINE 11-12

PRESENTATA AI SINDACATI LA BOZZA PER IL QUADRIENNIO NORMATIVO E PER IL BIENNIO ECONOMICO

Contratto di lavoro 2002-2005: cosa propone l'Aran

Nell'ultimo incontro del 2004, prima della pausa natalizia, l'Aran ha consegnato ai sindacati una bozza completa del contratto relativa alla parte normativa ed una proposta relativa al primo biennio economico con cui Aran e Comitato di settore hanno scoperto le carte su quelli che saranno i contenuti e comunque l'orientamento per rinnovare il contratto di lavoro di oltre 100 mila professionisti. Dopo più di 5 mesi di incontri, discussioni e proposte più o meno ufficiali, dal 13 gennaio si entra nel vivo delle trattative con l'esame dettagliato dei singoli articoli proposti dalla controparte. Vi proponiamo di seguito una scheda riassuntiva dei principali istituti normativi così come proposti dall'Aran che rappresentano la base di partenza della trattativa. Rinviando il commento e le riflessioni del segretario nazionale dell'Associazione nell'intervista pubblicata a pagina 3

CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DEL CONTRATTO

Il terzo contratto della dirigenza medica e veterinaria si applica a tutti i dirigenti medici, odontoiatri e veterinari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, dipendenti dalle amministrazioni, aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale. È valido anche per i dirigenti dipendenti da aziende o enti soggetti a provvedimenti di soppressione, fusione, scorporo, sperimentazioni gestionali, trasformazione e riordino, ai dipendenti di istituti per i quali è prevista la costituzione in fondazioni o è previsto un processo di privatizzazione, ma solo fin quando non sarà stipulato il relativo contratto collettivo quadro per la definizione del nuovo comparto pubblico di destinazione. Il contratto è valido per il quadriennio normativo 1° gennaio 2002/31 dicembre 2005 e per due bienni economico: il primo dal 1° gennaio 2002 fino al 31 dicembre 2003; il secondo dal 1° gennaio 2004 al 31 dicembre 2005.

RELAZIONI SINDACALI

In sostanza la bozza dell'Aran riconferma il sistema di relazioni sindacali introdotto dal contratto vigente, pur con alcune integrazioni relative al coordinamento regionale. Alle Regioni, infatti, viene data la possibilità di emanare linee generali di indirizzo per lo svolgimento della contrattazione integrativa, previa informazione preventiva alle organizzazioni sindacali, nelle seguenti materie:

- utilizzo delle risorse aggiuntive regionali ed, in particolare, a quelle destinate alla retribuzione di risultato che dovrà essere sempre più orientata al raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali;
- realizzazione della formazione manageriale e formazione continua, comprendente l'aggiornamento professionale e la formazione permanente;
- metodologie di utilizzo da parte delle aziende ed enti di una quota dei minori oneri derivanti dalla riduzione stabile della dotazione organica del personale;
- modalità di incremento dei fondi in caso di aumento della dotazione organica del personale o dei servizi anche ad invarianza del numero complessivo di essa;
- criteri generali dei sistemi e meccanismi di valutazione dei dirigenti che devono essere adottati preventivamente dalle aziende;
- criteri generali per sviluppare a livello aziendale un sistema di controllo, monitoraggio e governo degli orari e delle prestazioni concordate e correlate al raggiungimento del risultato.

Sempre nel rispetto dell'autonomia aziendale, il sistema delle relazioni sindacali regionali, secondo i protocolli definiti in ciascuna Regione con le organizzazioni sindacali, prevederà gli argomenti e le modalità di confronto con le medesime su materie aventi riflessi sugli istituti disciplinati dal presente contratto al fine di verificarne lo stato di attuazione solo nei casi di eventuale incapienza dei fondi da utilizzare (situazione dei fondi dopo i con-

globamenti). Il confronto riguarderà, in particolare, la verifica dell'entità dei finanziamenti dei fondi di posizione, di risultato e delle condizioni di lavoro di pertinenza delle aziende sanitarie ed ospedaliere, limitatamente a quelle soggette a riorganizzazione in conseguenza di atti di programmazione regionale, assunti in applicazione del dlgs 229/1999, per ricondurli a congruità, fermo restando il valore della spesa regionale.

MOBBING

Il fenomeno del mobbing, denunciato con sempre maggiore frequenza, diventa anche materia contrattuale al fine di tutelare i lavoratori. Riconosciuto come forma di violenza morale o psichica attuata dal datore di lavoro o da altri dipendenti sul posto di lavoro nei confronti di un lavoratore, il mobbing va, infatti, prevenuto, rilevato e contrastato efficacemente. È caratterizzato da una serie di atti, atteggiamenti o comportamenti, diversi e ripetuti nel tempo in modo sistematico ed abituale, aventi connotazioni aggressive, denigratorie e vessatorie tali da comportare un degrado delle condizioni di lavoro e tali da compromettere la salute, la professionalità o la dignità del lavoratore stesso nell'ambito della unità operativa di appartenenza o, addirittura, tali da escluderlo dal contesto lavorativo. Al fine di contrastare il fenomeno, il contratto prevede che presso ciascuna azienda vengano istituiti specifici Comitati Paritetici con il compito di proporre misure preventive e repressive delle situazioni di criticità, anche al fine di realizzare misure di tutela del dirigente coinvolto. Le proposte formulate dai Comitati vengono presentate alle aziende per i conseguenti adempimenti tra i quali rientrano, in particolare, la costituzione ed il funzionamento di sportelli di ascolto, nell'ambito delle strutture esistenti, l'istituzione della figura del consigliere/consigliera di fiducia, la definizione dei codici. Le aziende favoriscono l'operatività dei Comitati e garantiscono tutti gli strumenti idonei al loro funzionamento, valorizzando e pubblicizzando con ogni mezzo, nell'ambito lavorativo, i risultati del lavoro svolto. I Comitati adottano, inoltre, un regolamento per la disciplina dei propri lavori e sono tenuti ad effettuare una relazione annuale sull'attività svolta.

CARATTERISTICHE DEL RAPPORTO DI LAVORO

Esclusività di rapporto – La proposta dell'Aran recepisce le novità introdotte dalla legge 138 del 2004. Pertanto:

- a decorrere dal 30 maggio 2004, data di entrata in vigore della legge n. 138, il rapporto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria può essere a rapporto esclusivo o non esclusivo. I dirigenti già a rapporto esclusivo, possono optare per il passaggio al rapporto non esclusivo entro il 30 novembre di ciascun anno, salvo diverse disposizioni regionali consentite dalla stessa legge;
- per i dirigenti che, a rapporto non esclusivo all'entrata in vigore della legge, decidono di optare per il rapporto

esclusivo, continua ad applicarsi il trattamento economico stabilito dal vigente contratto, salvo che per il termine dell'opzione anch'essa da effettuarsi entro il 30 novembre di ciascun anno;

- l'indennità di esclusività è confermata nell'entità attuale, non concorre a formare la massa salariale e compete a tutti coloro che, essendo a rapporto esclusivo, già la percepivano all'entrata in vigore della legge n. 138, salvo che, successivamente ad essa e, comunque, con decorrenza dal 1° gennaio dell'anno successivo, non abbiano espresso diversa opzione;

• il rapporto di lavoro esclusivo comporta la totale disponibilità del dirigente nello svolgimento delle proprie funzioni nell'ambito dell'incarico attribuito e della competenza professionale nell'area e disciplina di appartenenza;

• il rapporto di lavoro dei dirigenti che abbiano mantenuto l'opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo comporta totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione degli obiettivi istituzionali programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende – secondo criteri omogenei con quelli adottati per i dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo e sulla base delle indicazioni dei responsabili delle strutture – negoziano con le équipe interessate i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.

Effetti del passaggio dal rapporto esclusivo al rapporto non esclusivo e viceversa – Per effetto della legge n. 138, il passaggio dei dirigenti dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo non preclude il mantenimento o il conferimento di incarico di direzione di struttura complessa o semplice.

Pertanto:

- viene disapplicato l'articolo del contratto vigente relativo alla revoca degli incarichi in caso di opzione per il rapporto non esclusivo;
- ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo continua a competere il trattamento economico fondamentale attuale. Ai dirigenti di struttura complessa, divenuti tali dopo il 1° agosto 1999, ai quali non competono gli assegni personali, ma l'indennità di struttura complessa, con il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo tale indennità continua ad essere corrisposta senza soluzione di continuità dopo l'opzione;
- ai dirigenti che passano dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo, dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui è stata effettuata la nuova opzione, si applicano per la retribuzione di posizione e di risultato le regole stabilite dal contratto vigente. Dalla medesima data cessa di essere corrisposta l'indennità di esclusività. Agli stessi è inibita l'attività libero-professionale intramuraria;

segue a pag. 4

INTERVISTA A SERAFINO ZUCHELLI

La parte pubblica deve puntare sulla responsabilità, non sulle rigidità inutili

Ai sindacati non è piaciuta neanche la seconda stesura dell'accordo contrattuale consegnata dall'Aran negli ultimi giorni del 2004 e che avrebbe dovuto correggere quella proposta a fine novembre. Le ragioni di questo giudizio negativo le abbiamo chieste a Serafino Zucchelli, segretario nazionale dell'Anao Assomed

di Eva Antoniotti

Dottor Zucchelli, perché giudicate negativamente anche questa nuova proposta dell'Aran?

A novembre, quando finalmente, dopo mesi e mesi di attesa, ci fu consegnata una bozza del nuovo contratto, trasecolammo perché si trattava di un peggioramento ed un arretramento assoluti rispetto alla normativa vigente, sotto ogni aspetto. Per questo, insieme a tutti i sindacati di categoria, la respingemmo direttamente al Comitato di settore, invocandone l'autorità per modificare il testo. Infatti, l'Aran non ha ampi margini di manovra e in più di una occasione si è dichiarata impossibilitata ad accogliere le nostre reiterate richieste. Neppure questo tentativo, però, è andato a buon fine: il testo presentato prima della pausa natalizia, frutto, appunto, dell'intervento del Comitato, non ha fatto registrare alcun cambiamento nella direzione delle nostre richieste, anzi, come dicevo prima, c'è stato un netto peggioramento. Per essere più precisi, non è stata cambiata una virgola del primo testo e per di più alcuni punti critici, e cioè l'orario di lavoro e il coordinamento regionale lasciati in sospeso in un primo momento, sono stati definiti in un modo che non ci trova affatto d'accordo.

Ma sulla parte economica ci sono state aperture positive.

Riguardo alle proposte sul primo biennio economico, il giudizio è sostanzialmente positivo. Avevamo chiesto che si arrivasse entro il 31 dicembre 2003 all'equiparazione del tabellare dei dirigenti medici a quello degli altri dirigenti statali e questo, dopo le prime resistenze, è stato accolto. Di conseguenza tutte le acquisizioni del rinnovo contrattuale dovranno essere riferite alle parti fisse della retribuzione. Altrettanto positiva è la conferma, scontata nella sostanza, ma mai esplicitamente garantita, dell'aumento messo a disposizione dalle Regioni e già assegnato al personale del comparto, ovvero quello 0,32% in più che porta l'incremento complessivo a 5,98%.

I problemi restano aperti, però, riguardo al secondo biennio, dove voi chiedete che vengano avviate anche le innovazioni sul piano normativo.

Per il secondo biennio i problemi sono ancora molti, soprattutto economici. Prima

del taglio delle tasse voluto da Berlusconi, si ragionava intorno ad un incremento oscillante tra il 5,5 e 6%, che ci sembrava sostanzialmente accettabile e che quasi certamente sarebbe stato accolto anche dai sindacati confederali che pure continuano a chiedere l'8%. Ma quello che ci interessa maggiormente è che nel secondo biennio vengano introdotte alcune novità essenziali e che rappresentano il "cuore" del contratto.

Chiediamo, anzitutto, un maggiore potere di contrattazione delle organizzazioni sindacali in ambito aziendale, a fronte di un evidente tentativo della controparte di emarginarci proponendo di trasferire materie ora oggetto di concertazione alla sola informazione, con il pretesto di potenziare il livello regionale.

In secondo luogo devono essere definiti i volumi prestazionali, specificando le attività che sono dovute nell'orario di lavoro e quelle aggiuntive che debbono essere remunerate a parte in libera professione aziendale. Chiediamo un riconoscimento economico più significativo del lavoro disagio notturno, festivo e della pronta disponibilità. Chiediamo una più adeguata copertura assicurativa, una formazione continua assicurata in toto dalle aziende ed infine una maggiore trasparenza del sistema del conferimento degli incarichi, semplificazioni e maggiori garanzie del sistema delle verifiche.

Ovviamente novità di questo tipo possono essere introdotte solo per quella porzione di rinnovo contrattuale che riguarda il futuro, sia pure un futuro imminente, visto che il secondo biennio scadrà il 31 dicembre di quest'anno.

Proprio per questo siamo fortemente determinati a chiudere tutta la trattativa entro marzo, prima di entrare in piena campagna elettorale regionale.

Avete calcolato quanto ha realmente perso in termini economici, un medico ospedaliero in attesa del rinnovo contrattuale?

In un quadriennio abbiamo calcolato di aver perso circa il 16-17% del potere d'acquisto, cifra che – ne siamo certi – sarà solo parzialmente recuperata. Non vogliamo, però, rinunciare a quelle innovazioni di metodo che potrebbero migliorare sostanzialmente il nostro modo di lavorare.

Dunque le maggiori richieste e le maggiori difficoltà riguardano proprio la parte normativa. Cosa rimproverate alla parte pubblica?

La controparte in questa trattativa ha una logica antiquata, da "padrone" degli anni Cinquanta. E il testo proposto esprime appieno una sbagliata visione del rapporto tra Azienda e professionisti, considerati semplici impiegati e responsabili, a torto, di scarsa produttività e dell'allungamento delle liste di attesa.

Un atteggiamento, questo, che tende a mascherare le carenze programatorie ed organizzative di Regioni e Aziende. I medici vogliono un nuovo contratto che affermi il loro ruolo di professionisti da coinvolgere e mettere nelle condizioni di sviluppare appieno le potenzialità di cui dispongono. Quella della controparte è una risposta affannata e nervosa che ha conseguenze pericolose.

Perché ritiene che la linea "vetero-economicista" del Comitato di settore, così come la ha tratteggiata, sia pericolosa?

Non si può far lavorare i medici "a calci nel sedere", dimenticando che sono professionisti e per di più gelosi della propria autonomia. Gli si deve, invece, chiedere di lavorare in un progetto che, salvaguardando la loro autonomia, riconosca la giusta soddisfazione professionale. Pretendere, ad esempio, semplicemente un allungamento dell'orario di lavoro a parità di retribuzione è sciocco, oltre che provocatorio, perché nessuno potrà verificare la vera attività svolta in quell'orario. E oltretutto si cerca di risparmiare in maniera furbesca, come quando l'obbligo di assicurare il medico da parte dell'Azienda come è previsto dal contratto vigente viene sostituito solo dalla facoltà di farlo. Sono segnali chiari, questi, che spingono il medico a comportamenti difensivi e pericolosi per la struttura anche dal punto di vista economico. Tutti si riempiono la bocca di "governo clinico", che è diventata una formuletta buona solo a fare dichiarazioni e convegni e poi l'atteggiamento che si ha nei confronti dei medici è quello di un ottocentesco padrone "dalle belle braghe bianche", esibendo una anacronistica rigidità delle Regioni e delle Aziende. Se in una Regione non si razionalizza la rete degli ospedali non si potranno avere quei risparmi di gestione e strutturali che possono davvero risanare i bilanci.

segue da pagina 2

PRESENTATA AI SINDACATI LA BOZZA PER IL QUADRIENNIO NORMATIVO E PER IL I BIENNIO ECONOMICO

Contratto di lavoro 2002-2005: cosa propone l'Aran

- dalla data del passaggio del dirigente a rapporto non esclusivo, la relativa indennità costituisce risparmio aziendale;
- l'indennità per quanti tornano al rapporto di lavoro esclusivo è corrisposta dal 1 gennaio dell'anno successivo nella stessa misura già percepita all'atto dell'opzione per il passaggio a rapporto di lavoro non esclusivo con oneri a carico del bilancio.

ORARIO DI LAVORO DEI DIRIGENTI

L'orario di lavoro dei dirigenti è di 38 ore settimanali per poter assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e per favorire lo svolgimento delle attività gestionali e/o professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, nonché quelle di didattica, ricerca ed aggiornamento. I volumi prestazionali richiesti all'équipe ed i relativi tempi di attesa massimi per la fruizione delle prestazioni vengono obbligatoriamente definiti con le procedure stabilite dal primo contratto della dirigenza medica (1994/1997) nell'assegnazione degli obiettivi annuali ai dirigenti di ciascuna unità operativa secondo l'incarico conferito e la retribuzione di posizione e di risultato attribuita, stabilendo la previsione oraria per la realizzazione di detti programmi. L'impegno di lavoro necessario per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali concordati comporta una ulteriore presenza in servizio la cui entità è negoziata con le procedure e per gli effetti del Ccnl 1994/1996, coerentemente con i modelli organizzativi adottati. Il conseguimento degli obiettivi correlati all'impegno di servizio è verificato trimestralmente. Ai fini della riduzione delle liste di attesa l'azienda concorda le ulteriori eventuali prestazioni aggiuntive. Nello svolgimento dell'orario di lavoro previsto per i dirigenti medici e veterinari, due ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale - ivi compresa l'Ecm - la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata ecc. Tali ore non rientrano nella normale attività assistenziale, non possono essere oggetto di separata ed aggiuntiva retribuzione. Esse sono utilizzate di norma con cadenza settimanale ma, anche per particolari necessità di servizio, possono essere cumulate in ragione di anno per impieghi come sopra specificati. La fruizione di dette ore va resa in ogni caso compatibile con le esigenze funzionali della struttura di appartenenza e non può in alcun modo comportare una mera riduzione dell'orario di lavoro. Le altre due ore, già destinate ad attività non assistenziali sono finalizzate alla riduzione delle liste di attesa secondo modalità concordate a livello aziendale. La presenza del dirigente medico nei servizi ospedalieri delle aziende ed enti nonché in particolari servizi del territorio individuati in sede aziendale, deve essere assicurata nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni della settimana mediante una opportuna programmazione ed una funzionale e preventiva articolazione degli orari e dei turni di guardia. Con l'articolazione del normale orario di lavoro nell'arco delle dodici ore di servizio diurne, la presenza medica è destinata a far fronte alle esigenze ordinarie e di emergenza che avvengono nel medesimo periodo orario. L'azienda individua i servizi ove la presenza medica deve essere garantita attraverso una turnazione per la copertura dell'intero arco delle 24 ore.

ORARIO DI LAVORO DEI DIRIGENTI CON INCARICO DI DIREZIONE DI STRUTTURA COMPLESSA

I dirigenti di struttura complessa garantiscono la propria presenza in servizio per assicurare il normale funzionamento della struttura cui sono preposti ed organizzano il proprio tempo di lavoro, articolando in modo flessibile il

relativo orario per correlarlo a quello degli altri dirigenti, alle relative esigenze di servizio, all'espletamento dell'incarico affidato in relazione agli obiettivi e programmi annuali e per lo svolgimento delle attività di aggiornamento, didattica e ricerca finalizzata. Le aziende prevedono modalità ed oggettivi sistemi di rilevazione dell'attività svolta dai dirigenti di struttura complessa sia per la distinzione dell'attività istituzionale da quella libero professionale intramoenia che per l'applicazione della disciplina che regola il regime delle assenze a vario titolo ovvero di altre tutele, comprese quelle medico legali.

COPERTURA ASSICURATIVA

La novità della proposta dell'Aran consiste nel dare alle aziende la semplice possibilità di garantire la copertura assicurativa della responsabilità civile dei dirigenti, comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramoenia, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave. Alla copertura degli oneri relativi, aziende ed enti provvedono con le risorse già destinate alla copertura assicurativa, incrementate con la trattenuta di misura media pro capite di € 26 mensili posta a carico di ciascun dirigente in servizio al 31 dicembre dell'anno immediatamente precedente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale.

FORMAZIONE ED ECM

La formazione continua deve essere svolta sulla base delle linee generali di indirizzo dei programmi annuali e pluriennali individuati dalle Regioni e concordati in appositi progetti formativi. L'azienda garantisce l'acquisizione dei crediti formativi nell'ambito della formazione obbligatoria sulla base delle risorse finalizzate allo scopo. I dirigenti che vi partecipano sono considerati in servizio a tutti gli effetti ed i relativi oneri sono a carico dell'azienda o ente. Dato il carattere sperimentale della formazione continua, le parti concordano che nel caso venga accertata l'impossibilità di acquisire nel triennio il minimo di crediti formativi non può essere applicata alcuna penalizzazione. Qualora il dirigente, senza giustificato motivo, non partecipi alla formazione continua e non acquisisca i crediti previsti nel triennio, subirà una penalizzazione nelle procedure di conferimento degli incarichi da stabilirsi nei criteri integrativi aziendali.

VERIFICA E VALUTAZIONE DIRIGENTI

Verifica dei risultati e delle attività dei dirigenti - La proposta dell'Aran ribadisce che al collegio tecnico e al nucleo di valutazione è affidata la verifica:

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio, ai fini del conferimento di incarico;
- dell'attribuzione della fascia di indennità di esclusività immediatamente superiore e della retribuzione di posizione minima contrattuale.
- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale utile all'acquisizione della fascia di indennità di esclusività superiore.

Si ribadisce la verifica annuale per i risultati di gestione del dirigente di struttura complessa ed anche di struttura semplice e i risultati raggiunti da tutti i dirigenti in relazione agli obiettivi affidati, anche ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

La valutazione dei dirigenti - La proposta dell'Aran introduce la valutazione annuale al termine dell'incarico per verificare il livello di realizzazione degli obiettivi assegnati e della professionalità dimostrata. Oggetto della

valutazione sono: la collaborazione interna ed il livello di partecipazione multi-professionale nell'organizzazione dipartimentale; il livello di svolgimento delle funzioni affidate nella gestione delle attività; la capacità dimostrata nel motivare, guidare e valutare i collaboratori e di generare un clima organizzativo favorevole alla produttività, attraverso una equilibrata individuazione dei carichi di lavoro e la gestione degli istituti contrattuali; i risultati delle procedure di controllo con particolare riguardo all'appropriatezza e qualità clinica delle prestazioni, all'orientamento all'utenza, alle certificazioni di qualità dei servizi; la capacità dimostrata nel gestire e promuovere le innovazioni tecnologiche e procedurali, in particolare per quanto riguarda il rispetto dei tempi e modalità nelle procedure di negoziazione del budget in relazione agli obiettivi affidati nonché i processi formativi e la selezione del personale; il raggiungimento del minimo di credito formativo; l'osservanza degli obiettivi prestazionali assegnati.

Effetti della valutazione positiva - Per i dirigenti di struttura complessa o semplice è il presupposto per la conferma nell'incarico già assegnato o per il conferimento di altro della stessa tipologia di pari o maggior rilievo gestionale. Per gli altri dirigenti l'esito positivo è condizione per la conferma o il conferimento di nuovi incarichi di pari o maggior rilievo professionale o di struttura semplice. Per i dirigenti neo assunti l'esito positivo al termine del quinto anno può comportare l'attribuzione di incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché di direzione di strutture semplici. L'esito positivo comporta, inoltre, l'attribuzione ai dirigenti della retribuzione di risultato.

Effetti della valutazione negativa - L'accertamento della responsabilità dirigenziale a seguito dei processi di valutazione prima della formulazione del giudizio negativo, deve essere preceduto da un contraddittorio nel quale devono essere acquisite le controdeduzioni del dirigente anche assistito da una persona di fiducia. L'accertamento della responsabilità dirigenziale comporta l'assunzione di provvedimenti che devono essere commisurati alla posizione rivestita dal dirigente nell'ambito aziendale e all'entità degli scostamenti rilevati. Per i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa o semplice, l'accertamento delle responsabilità dirigenziali può determinare: la perdita della retribuzione di risultato in tutto o in parte con riguardo all'anno della verifica; la revoca dell'incarico prima della sua scadenza. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa la revoca del relativo incarico comporta l'attribuzione dell'indennità di esclusività della fascia immediatamente inferiore. I dirigenti di struttura complessa che non superino positivamente la verifica di conferma al termine del periodo di incarico sono mantenuti in servizio con altro incarico tra quelli professionali congelando contestualmente un posto di dirigente. Al termine dell'incarico, in presenza di valutazione negativa fondata su reiterata responsabilità definita in base ad elementi di particolare gravità, anche estranei alla prestazione lavorativa, resta ferma la facoltà di recesso dell'azienda, nei confronti di tutti i dirigenti.

I BIENNIO ECONOMICO

L'Aran propone l'equiparazione del trattamento economico tabellare alla Dirigenza statale, obiettivo da raggiungere entro il 31 dicembre 2003 mediante:

- l'utilizzo totale degli aumenti contrattuali previsti per il I biennio (5,66% della massa salariale senza esclusività);
- un ulteriore 0,32% messo a disposizione dalle Regioni;
- il conglobamento, nella voce tabellare dell'indennità integrativa speciale, di una parte della retribuzione di posizione e di risultato senza toccare le indennità di specificità medica e di rapporto esclusivo.

MANOVRA 2005: ECCO LE MISURE PER LA SANITÀ

Tanti controlli, ma nessun investimento

Il Parlamento in extremis ha approvato la finanziaria 2005. Per la sanità sono previsti pochi tagli ma molte misure di controllo. Per il Ssn 88,195 miliardi per il 2005 ma nessun investimento in conto capitale. Cancellato il blocco del turnover. I commenti delle forze politiche a pagina 10, dopo lo "Speciali Regioni"

La finanziaria 2005, quella del taglio all'Irpef e quella del maxi emendamento fatto di un unico articolo e 572 commi, è legge dello Stato. Un rush finale, senza voto di fiducia, ha evitato l'esercizio provvisorio. Con questa finanziaria si inaugura realmente un nuovo modo di votare la legge di bilancio: il Governo la presenta, il Parlamento la ratifica, così com'è. Nessuno alla fine ha veramente discusso nelle Aule e nelle Commissioni parlamentari il maxi emendamento essendo arrivato tardi, troppo tardi ha evitato il vero dibattito. Il Governo si è detto soddisfatto così come la Maggioranza. Critica l'Opposizione che grida all'imbavagliamento parlamentare e al bluff dei conti che salteranno in primavera. Critiche le Regioni e le organizzazioni di categoria. Entrando nello specifico della sanità, cifra record per il Fsn: 88,195 miliardi di finanziamento corrente per il 2005, più 2 miliardi per il ripiano dei debiti del triennio 2001/2003. A questo ci sono da aggiungere una miriade di piccole norme miranti sostanzialmente al controllo della spesa. Ecco una sintesi dei provvedimenti riguardanti la sanità

PUNTO PER PUNTO, COSA PREVEDE LA NUOVA FINANZIARIA PER LA SANITÀ

Per la spesa un tetto del 2%. *Comma 5.* La spesa complessiva del 2005 non può aumentare più del 2% della spesa effettiva effettuata nel 2004 (*ndr* questa norma, valida per tutte le pubbliche amministrazioni, nel caso del Ssn potrebbe provocare seri problemi in alcune Regioni, in quanto potrebbe "premiare" chi nel 2004 ha speso più della somma assegnata, rispetto a Regioni in pareggio o addirittura in attivo rispetto alle quote di finanziamento ricevuto).

Riduzione spesa personale. *Comma 93.* Anche gli enti del Ssn dovranno finalizzare i propri interventi di riduzione delle piante organiche, secondo quanto previsto dal comma 98, alla diminuzione di almeno il 5% della spesa per il personale.

Niente stop al turnover. *Comma 98.* A seguito della recente sentenza della Corte Costituzionale che ha dichiarato la parziale illegittimità delle norme in materia di turnover nel Ssn, il Governo è stato costretto a emendare la finanziaria laddove veniva previsto il blocco parziale del turnover anche per il triennio 2005/2007. Il nuovo testo prevede che saranno specifici decreti del presidente del Consiglio, da emanare previo accordo tra Governo, Regioni e Autonomie locali, a fissare criteri e limiti per le assunzioni di personale nel Ssn, fatte salve le assunzioni infermieristiche e previa attivazione delle procedure di mobilità. Tali misure dovranno comunque garantire economie di spesa lorde non inferiori a 215 milioni di euro per il 2005, 579 milioni per il 2006, 860 milioni per il 2007 e 949 milioni a decorrere dal 2008.

Il Fondo sanitario nazionale. *Comma 164.* Stanziati per il Ssn 88,195 miliardi di euro per il 2005; 89,96 per il 2006 e 91,759 per il 2007. Nelle cifre sono compresi i 50 milioni di euro annui per l'ospedale Bambino Gesù di Roma. Ripiano debiti: stanziati 2 miliardi di euro in più per ripiano disavanzi 2001/2003. Nella somma sono compresi 50 milioni di euro per la Regione Lazio, sempre riferiti al Bambino Gesù.

Spesa farmaceutica. *Comma 165.* Confermato il tetto del

13% per la spesa farmaceutica. Al via il confezionamento ottimale farmaci, che sarà realizzato almeno per le patologie più rilevanti. Prevista anche la confezione d'avvio per le terapie usate la prima volta.

Nasce la classe di farmaci Otc. *Comma 166.* Si aggiunge una quarta categoria nel Prontuario farmaceutico, che comprenderà i farmaci di automedicazione che hanno il diritto di fare pubblicità al pubblico.

Eliminata la controfirma sulle ricette. *Comma 167.* Abolizione della controfirma del medico prescrittore a certificazione del diritto all'accesso al farmaco soggetto a nota limitativa.

Campagna pro-generici. *Comma 168.* Stanziati un milione di euro l'anno per il triennio per un piano di comunicazione per favorire farmaco generico affidato all'Aifa.

Nuovi standard per i Lea. *Comma 169.* Prevista la determinazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo, di esito e quantitativi dei Lea (da determinare entro il 30 giugno 2005).

Nuovo tariffario. *Comma 170.* Previsione di nuove tariffe massime per prestazioni e funzioni assistenziali. Gli importi tariffari superiori restano a carico delle Regioni che li hanno determinati (da fissare entro il 30 marzo 2005 e poi ogni due anni)

Tariffe regionali ai non residenti. *Comma 171.* Obbligo di applicazione delle tariffe regionali indipendentemente dalla residenza dell'assistito.

Nuovi poteri per il Ministero. *Comma 172.* Potere di accesso del ministero della Salute oltre che nelle Asl e aziende ospedaliere anche negli Irccs, fondazioni, policlinici universitari. Il potere è integrato con la potestà di verifica dell'effettiva erogazione dei Lea secondo criteri di efficienza e appropriatezza e in riferimento ai tempi di attesa.

I vincoli per accedere ai finanziamenti. *Comma 173.* Condizioni per l'accesso delle Regioni ai maggiori finanziamenti rispetto all'accordo 2001 da stabilire d'intesa tra Stato e regioni che contemplino:

- conferma attuali adempimenti;
- individuazione casi nei quali debba essere previsto affiancamento alle Regioni dei ministeri Salute e Economia per migliore definizione delle misure da adottare;
- rispetto obblighi programmazione regionale per razionalizzazione offerta e domanda ospedaliera (riequilibrio posti letto acuti, lungodegenza e riabilitazione, incremento day hospital, aggiornamento personale);
- obbligo pareggio bilancio, avvio verifiche trimestrali.

Gli obblighi delle Regioni. *Comma 174.* Obbligo adozione provvedimenti regionali per pareggio economico finanziario. Diffida del Governo ad adottare provvedimenti in caso di inadempienza regionale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello in esame. Entro i successivi trenta giorni il presidente della Regione in qualità di commissario ad acta deve adottare i provvedimenti necessari, ivi inclusi aumenti addizionale persone fisiche e attività produttive. Tali aumenti possono essere adottati anche per l'esercizio 2004.

Via alle addizionali. *Comma 175.* Deroga alla sospensione della possibilità per le Regioni di aumentare aliquote addizionali sul reddito e sulle attività produttive

Stop ai finanziamenti per gli inadempienti. *Comma 176.* Blocco finanziamenti aggiuntivi alle Regioni in caso di mancato rispetto degli adempimenti di cui al comma 178.

Convenzionati a tempo indeterminato. *Comma 177.*

Facoltà alle Regioni di trasformare rapporti convenzionali a tempo determinato in tempo indeterminato in modo da assicurare una diminuzione della spesa del 20%.

La durata delle convenzioni. *Comma 178.* Fissata la durata quadriennale per la parte normativa e biennale per la parte economica delle convenzioni mediche.

I medici "controllori". *Comma 179.* Incarico ai medici di famiglia e pediatri di segnalare inefficienze gestionali e organizzative che comportino violazione degli obiettivi di contenimento dei costi di cui al comma 178. Per far questo si dispone che le due categorie siano messe in raccordo con le aziende sanitarie locali, quelle ospedaliere e gli altri istituti di cura e ricovero.

La collaborazione tra Regioni e Ministeri per il controllo della spesa. *Comma 180.* Accordi tra Regioni e ministeri Salute ed Economia, con supporto Assr, per individuazione interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico in caso di pericoli di sfondamento. La sottoscrizione degli accordi diventa pregiudiziale per accedere alla riattribuzione dei maggiori finanziamenti precedentemente sospesi.

Altri vincoli per i finanziamenti. *Comma 181.* L'erogazione alle Regioni di 1 miliardo di euro per il 2005, 1,2 per il 2006 e 1,4 per il 2007, compresi nei finanziamenti previsti per il Fsn, è condizionata al rispetto degli obblighi previsti dal comma 178 e all'obiettivo di ripianamento dello sfondamento del tetto della spesa farmaceutica per la quota a loro carico.

Limitatamente al 2004. *Comma 182*

- Facoltà alle Regioni di non ricoprire il 40% dello sfondamento del tetto alla spesa farmaceutica qualora il disavanzo conseguente sia stato comunque riassorbito nell'ambito del bilancio complessivo del sistema sanitario regionale;
- intesa Stato-Regioni per compensazioni effetti derivanti dal versamento delle quote a carico delle aziende farmaceutiche in caso di sfondamento della spesa farmaceutica.

Spesa farmaceutica in rosso. *Comma 183.* A partire dal 2005 la quota a carico delle Regioni in caso di sfondamento del tetto alla farmaceutica sale dal 40 al 50%.

I tempi del riparto del Fsn. *Comma 184.* Si stabilisce che sarà ripartito il 95% del Fsn e che l'ulteriore 5% sia erogato a seguito verifica adempimenti di cui ai commi 178 e 186.

In attesa del riparto definitivo si erogherà il 95% della quota corrisposta nel 2004 più il 2%.

Ancora un anno per la tessera sanitaria. *Comma 185.* La consegna della tessera sanitaria informatizzata a tutti i cittadini detentori di codice fiscale da parte del ministero dell'Economia è fissata entro il 31 dicembre 2005.

Meno spese per il sistema informativo. *Comma 186.* Riduzione del 5% della spesa per rinnovo contratti fornitura beni e servizi afferenti al funzionamento del servizio informativo sanitario.

Finanziamenti a Don Verzé. *Comma 187.* Assegnazione di 15 milioni di euro alla Fondazione San Raffaele del Monte Tabor.

Soldi "vecchi" per le nuove tecnologie. *Comma 188.* Obbligo per le Regioni che hanno ancora in corso interventi straordinari con finanziamenti ex legge finanziaria '88, di destinare quota finanziamenti a potenziamento e ammodernamento tecnologico.

Calabria

LA SANITÀ NELLA CALABRIA

Un Piano per cominciare

L'APPROVAZIONE DEL NUOVO PSR SE, DA UN LATO, FA COMPIERE UN PASSO IN AVANTI ALLA CALABRIA VERSO LA RIDEFINIZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE NEL SUO INSIEME, DALL'ALTRO, NON BASTA A COLMARE IL GAP CON LE ALTRE REGIONI. TROPPI I PROBLEMI CHE NON TROVANO UNA SOLUZIONE. LA CORTE DEI CONTI, PRIMA DI NATALE, HA LAMENTATO UNA SITUAZIONE DI "RITARDI E LACUNE" NELLA CONTRATTAZIONE COLLETTIVA PER IL COMPARTO SANITÀ; UN'INDAGINE DEL SENATO SUL SSN HA RILEVATO COME, IN CALABRIA, PER LA COSTRUZIONE DI UN OSPEDALE POSSANO VOLERCI ANCHE 20 ANNI; INFINE UNA SPESA FARMACEUTICA CHE, NONOSTANTE GLI SFORZI, CONTINUA AD ESSERE FUORI CONTROLLO. TUTTO QUESTO ALLA VIGILIA DELLE ELEZIONI AMMINISTRATIVE

di Stefano Simoni

Poco meno di due anni fa affrontammo la situazione della sanità calabrese. I problemi che assillavano il sistema sanitario erano fondamentalmente rappresentati da liste d'attesa lunghissime con un costante saldo negativo della mobilità sanitaria nei confronti delle altre Regioni sia per le prestazioni ad alta specialità che per prestazioni di base; notevoli differenze qualitative e quantitative nei servizi erogati sul territorio e un condizionamento della libertà di scelta dei cittadini. A tutto questo andava aggiunto un elevato costo di gestione, causa sprechi e inappropriata delle richieste e delle prestazioni ospedaliere di ricovero e dell'assistenza farmaceutica.

A distanza di due anni la situazione è pressoché invariata ad esclusione di una novità importante rappresentata dall'approvazione, lo scorso mese di marzo, del nuovo Piano sanitario regionale 2004-2006. Appena prima di Natale, però, la Sezione di controllo della Corte dei Conti nella relazione sugli esiti della contrattazione collettiva nel comparto sanità nel quadriennio 1998-2001 con aggiornamenti al 2003 ha fatto sapere che: "La situazione calabrese, relativamente alla sottoscrizione dei contratti integrativi aziendali, è caratterizzata, in via complessiva e generalizzata, da una persistente presenza di ritardi e lacune". Il pronunciamento della Corte ha fatto emergere come: "le aziende monitorate hanno stipulato solo alcuni dei tre contratti relativi alle aree di contrattazione e che le stipule sono intervenute con notevole ritardo sui tempi previsti ed addirittura a scadenza della tornata contrattuale sopravvenuta".

In Calabria l'incidenza della spesa del personale sulla spesa sanitaria corrente è del 42,5%, dunque più alta rispetto alla media nazionale che è pari al 34,6%. Questo è quanto emerge, ancora, dalla relazione della Sezione regionale di Controllo della Corte dei Conti. In Calabria, dove la sanità pesa per l'81,5% anche sull'esposizione debitoria complessiva, dalla relazione della magistratura contabile si evidenzia un andamento del costo del personale: "discontinuo - si legge nella relazione - e con oscillazioni che sembrano direttamente collegate ai tempi di approvazione dei contratti". Il monitoraggio della Corte ha riguardato le aziende sanitarie di Cosenza e Catanzaro e le aziende ospedaliere Mater Domini di Catanzaro e di Reggio che rappresentano poco più del 22% del totale regionale. Infine, in relazione al personale, nel periodo 1997-2003, il maggiore costo è stato fatto registrare dall'azienda del capoluogo regionale, che incide per una quota pari all'8%, mentre il minore costo, con il 2%, è appannaggio dell'azienda Mater Domini.

PIANO SANITARIO REGIONALE

Non solo ombre nel sistema sanitario calabrese ma anche qualche luce. Come abbiamo già visto in marzo è stato approvato dalla Giunta guidata da Giuseppe Chiaravalotti, con assessore alla Sanità Gianfranco Luzzo, il nuovo Piano sanitario 2004-2006 con legge regionale il 19 marzo.

Il nuovo Piano sanitario regionale (Psr), definito anche "Piano della salute", è conseguente e figlio di quell'Accordo tra Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, nel quadro di una necessità tutta economica di demandare alla piena e diretta responsabilità delle Regioni la tutela della salute dei propri cittadini, da garantire mediante una corretta gestione del Servizio sanitario in condizioni di equilibrio economico.

L'assessorato alla Sanità cerca, in questo modo, di fornire un quadro della sanità calabrese indicandone mali e rimedi, cercando al contempo di offrire anche soluzioni.

L'ultimo Piano sanitario era stato approvato circa dieci anni fa, con legge regionale n. 9 del 3 aprile 1995 in un contesto costituzionale, inutile a dirsi, completamente diverso.

"Il nuovo Piano - si legge nella presentazione a cura della presidenza della Giunta Regionale - costituisce il primo, fondamentale passo verso la ridefinizione del sistema sanitario regionale nel suo insieme, assumendo la funzione primaria di guida in relazione agli obiettivi di salute da perseguire, al funzionamento dei servizi sanitari, al reperimento delle risorse necessarie. Il Piano si concentra sia su aspetti legati al coordinamento e all'efficienza dell'intero sistema, sia su aspetti legati all'efficacia dell'organizzazione. Il nuovo assetto sanitario previsto dal Piano dà, infatti, grande impulso al Dipartimento Sanità, a cui fanno capo tutti i servizi sanitari. Il Dipartimento riveste un ruolo primario nella pianificazione degli interventi e nel controllo della spesa, e dovrà, quindi, avere una struttura organizzativa dinamica in grado di rispondere alle mutate esigenze strategiche e operative. Il Piano prevede anche la revisione di alcune modalità di erogazione di servizi attualmente carenti: la riorganizzazione della rete di emergenza/urgenza con modalità più efficaci di trasporto dei pazienti verso le strutture sanitarie che garantiscono il primo soccorso; l'integrazione effettiva delle strutture ospedaliere con le strutture socio-sanitarie del territorio, così da garantire forme di continuità assistenziale alla popolazione".

OSPEDALI

20 anni per la costruzione di un ospedale che alla fine non è nemmeno completato.

Questi i risultati desolanti presentati ad agosto dalla Commissione d'inchiesta del Senato sul Servizio sanitario nazionale presieduta dal Verde Francesco Carella. La Commissione ha compiuto una serie di sopralluoghi nelle strutture sanitarie del sud Italia, concentrando la sua attenzione, in particolare, sulla Calabria, la Campania e la Sicilia. Protagonista è il nuovo ospedale di Oppido Mamertina, nella Piana di Gioia Tauro, oltre a questo, la Commissione segnala la situazione del nosocomio di Vibo Valentia, dove sono stati chiusi i reparti di psichiatria, dialisi e ginecologia. Le segnalazioni delle disfunzioni da parte della Commissione hanno poi portato allo sblocco dei lavori per la ristrutturazione dell'ospedale.

SPESA FARMACEUTICA

"La Regione Calabria per l'anno 2004 ha subito un aumento pari al 5,36% nella spesa farmaceutica passando da 56 milioni di euro dell'anno 2003 a 66 milioni di Euro del 2004": a sostenerlo è la commissione Finanze e Tesoro del Senato.

Nonostante i controlli dell'assessorato, dunque, con questi dati è evidente che la regione rischi di rompere il patto di stabilità fissato dalla Conferenza Stato-Regioni. Nell'Azienda sanitaria territoriale di Cosenza c'è stato un eclatante e sproporzionato aumento pari al 17,54% attestandosi al primo posto in assoluto della Regione quale impegno di spesa.

L'incremento del 17,54% corrisponde a un aumento di 7 milioni di euro (pari a 14 miliardi di vecchie lire in più).

È del tutto evidente come una spesa fuori controllo di tale portata debba essere ricondotta nei limiti fisiologici previsti dalla media regionale. In più, un ulteriore motivo per porre sotto controllo questa anomala impennata è dato dal fatto che se non si interviene si rischia di incidere negativamente su tutto il bilancio aziendale.

L'ECCELLENZA

La sanità della Regione Calabria non presenta solo elementi di negatività. Tutt'altro. È da sottolineare, infatti, come abbia preso il via, nell'Azienda ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria, la Banca regionale delle cellule staminali da cordone ombelicale. Quest'iniziativa pone la Regione all'avanguardia nella ricerca biomedica. La Giunta regionale, con l'istituzione della Banca delle cellule staminali da cordone ombelicale raggiunge il duplice obiettivo di rendere concreta la possibilità di donare il sangue placentare nella Calabria e, unica Regione nel sud, di creare le condizioni per strategie terapeutiche innovative per un gran numero di patologie quali le malattie neurologiche a carattere degenerativo e traumatiche, alcune malattie pediatriche del sangue, il diabete insulino-resistente e l'insufficienza cardiaca post-infartuale.

Calabria

Popolazione: 2.043.288

Aziende Sanitarie Locali: 11

Aziende Ospedaliere: 4

Casi di cura accreditate: 38

Medici dipendenti: 3.876

Medici di famiglia: 1.659

“Non c'è solo il pareggio di bilancio”

**INTERVISTA A DOMENICO SARACENO
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED CALABRIA**

Dottor Saraceno, qual è il suo giudizio sul nuovo Psr?

Questo è un Piano che delude le aspettative del malato e del medico perché al centro di tutto c'è l'euro. Il Psr, nonostante sia stato approvato in marzo, ancora non viene attuato. Le norme attuative proposte dalle Asl alla Regione sono state respinte determinando un ritardo funzionale. Uno dei problemi di sempre della Calabria è il turismo sanitario ma gli amministratori non fanno niente per ridurre la mobilità e offrire risposte in tempi brevi con conseguente allungamento delle liste d'attesa.

Quali sono le maggiori criticità della Calabria?

La sanità va male sotto molti aspetti. Dal punto di vista ospedaliero abbiamo ospedali che non sono stati riconvertiti e ospedali che esistono sul territorio ma sono un rischio per il cittadino e per il medico. Si è scelta una politica di assoluto rigore al punto che i Dg devono attenersi scrupolosamente alle “direttive di consumo”. Questo significa: ridurre le guardie mediche, ridurre la pronta disponibilità, abolire i contratti atipici, contenere in modo “ossessivo” la spesa farmaceutica per farla rientrare. I Dg sono sottoposti a tali pressioni per contenere la spesa che impongono sacrifici anche alla popolazione malata e ai medici.

Le strutture ospedaliere dunque funzionano poco, cosa mi può dire invece del territorio?

L'offerta territoriale non è in grado di soddisfare le esigenze primarie della popolazione. I distretti sono rimasti sulla carta non essendo stati messi in condizione di lavorare con lo spirito previsto dal Psr e allo stesso modo le strutture ambu-

latoriali non possono lavorare in quanto gli manca la strumentazione essenziale, dall'arredamento minimo ai macchinari essenziali.

La scorsa primavera in Calabria sono stati nominati i nuovi Dg, dopo l'estate però, la stessa Giunta, ne ha revocati quasi la metà. Qual è la situazione in questo momento?

C'è una grande confusione. Credo che il valzer delle nomine non sia ancora finito. Dal mese di ottobre, infatti, la Giunta regionale ha mandato dei commissari per controllare i bilanci. È una cosa che non riusciamo a spiegarci in quanto questo dovrebbe essere compito dei direttori generali. La mansione dei commissari è di redigere il bilancio di quelle aziende i cui bilanci non sono stati approvati dai vertici regionali. In questo caso, la Giunta, invece di mandare a casa il Dg ha nominato un commissario ad hoc per fare approvare il bilancio. Una volta esaurita questa funzione sono tornati al loro lavoro all'interno della Regione.

Quali a suo giudizio i provvedimenti su cui intervenire per invertire la rotta?

Occorrerebbe creare una rete ospedaliera in grado di tener conto delle reali esigenze dell'utenza e non dei campanilismi; bisognerebbe lavorare per obiettivi riconoscendo un *quantum* per chi li raggiunge; controllare i finanziamenti che ancora vengono distribuiti a pioggia. Infine c'è il controllo di qualità.

Cosa intende?

Bisognerebbe rivedere le convezioni con il privato per il con-

trollo di qualità. Molte Asl per abbattere le liste d'attesa hanno accreditato professionisti senza verificarne i requisiti o i curriculum. Una volta accreditati i malati si sono rivolti a questi studi e si sono sottoposti agli esami del caso. Ciò ha comportato due conseguenze: la prima è stata una lievitazione della spesa perché il cittadino, che si rivolge indifferentemente ad una struttura privata piuttosto che a una pubblica, gode di prestazioni gratuite ad eccezione del ticket; la seconda conseguenza è che nessuno ha verificato la qualità dell'esame effettuato, nessuno sa se chi esercita ha i requisiti per poterlo fare e per essere accreditato.

Mi sembra di capire che lei, a breve, non vede una via d'uscita.

In Regione affermano che risparmiando, tagliando sul personale, razionalizzando la spesa, si potrebbe respirare un'aria diversa. Io però resto scettico perché segnali di cambiamento da quando è stato approvato il Psr ancora non ne ho visti. Quello che persiste è la difesa dei propri interessi, la difesa dello status quo, ci sono resistenze al cambiamento che investono tutti. Chi ne va di mezzo è il cittadino che quando è malato non può aspettare. Il diritto alla salute in Calabria è completamente negato.

Posso capire che la ristrettezza economica comporti scelte economiche impopolari ma quello che contesto è la scelta strategica che viene compiuta. Per ridurre gli sprechi in modo da far quadrare il bilancio non si può agire sul personale tagliando indistintamente. L'unica cosa che conta per la Giunta è il bilancio in pareggio in modo da rientrare nel patto di stabilità.

**INTERVISTA A GIOVANNI LUZZO
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE CALABRIA**

“Organizzare i servizi in coerenza con i bisogni sanitari”

Assessore Luzzo, la Calabria in marzo ha approvato il nuovo Piano sanitario 2004-2006. È già in fase di attuazione?

Quello che posso dire è che già dal mese di marzo la Giunta ha prodotto una delibera, la 157/2004, con la quale vengono formulati gli indirizzi alle Aziende sanitarie per i piani annuali di attività. Questi muovono in direzione dell'attuazione del Piano, non più quindi fondi erogati senza distinzione ma indirizzati ai piani di attività annuali delle Asl. Stiamo razionalizzando e riorganizzando la rete ospedaliera eliminando gli ospedali fotocopia. Con il finanziamento del Miur abbiamo sviluppato un progetto di informatizzazione per la medicina generale, le prestazioni specialistiche e la medicina ambulatoriale. C'è un accordo con l'Aiop per la riconversione delle cliniche private non in linea con le indicazioni del Psr. Infine una serie di obiettivi che ci siamo dati e che abbiamo già centrato: l'obiettivo sangue, l'obiettivo sulla psichiatria, sull'emergenza pediatrica.

Nel Piano viene individuato anche il numero dei posti letto per singola disciplina. State dunque lavorando su un'ipotesi di riordino della rete ospedaliera?

Il Psr individua quattro aree funzionali, medica, chirurgica, intensiva e materno infantile, al cui interno sono fissate le discipline con le varie patologie per un totale di 8030 posti letto. La terza Commissione ha individuato il “fabbisogno teorico per singolo territorio aziendale”, suddiviso tra le 11 Asl presenti sul nostro territorio che continueranno ad avere una loro funzione. La riorganizzazione riguarda il sistema ospedaliero nel senso che il numero di posti letto, fissato con la percentuale dell'4 per mille, è stato individuato in base alle pa-

tologie emerse dai dati epidemiologici suddivisi per le 11 Asl.

In altre parole, dove riscontriamo la presenza di due ospedali fotocopia cerchiamo la soluzione del presidio unico. Stiamo cercando di evitare doppioni sul territorio organizzando i servizi in coerenza con i bisogni sanitari.

La Calabria, come altre Regioni del sud, soffre il turismo sanitario con conseguenze pesanti sulla spesa. Cosa prevede in proposito il Psr?

Il Consiglio regionale ha affrontato le problematiche relative alle emergenze, alle eccellenze, alle patologie rare e via dicendo.

C'è la consapevolezza che sia un passaggio fondamentale da cui dipenderanno in futuro le migrazioni sanitarie verso altri ospedali del nord del Paese, con conseguente salasso di fondi per la sanità calabrese (la spesa è di circa 200 milioni di euro), e su cui si misurerà la capacità degli operatori sanitari di avviare progetti di ricerca in sinergia con il sistema universitario regionale.

In Calabria gli ospedali di varia specializzazione e profilo terapeutico sono 43, a servizio di un bacino di utenza di popolazione di poco meno di due milioni di cittadini. Un rapporto altissimo tra strutture e bisogno di salute, con inevitabili diseconomie di gestione, che stringono come un cappio al collo il bilancio del settore.

Recentemente la Corte dei Conti della Calabria si è espressa sulla contrattazione collettiva del comparto negli anni 1998-2001 lamentando ritardi e lacune.

La spesa sanitaria va monitorata non solo come fine a se stessa, ma per le implicazioni notevoli che comporta sul bilancio della Regione. Ove mai noi dovessimo perdere

il controllo della spesa sanitaria, rischieremo di travolgere in un tracollo finanziario tutto il bilancio regionale. Noi abbiamo recuperato fino ad oggi ben 350 miliardi all'anno di disavanzo che, chiaramente, dal 2000 graverebbero sul bilancio dell'ente o andrebbero ad essere ripianati con fondi regionali perché dal 2000 non ci sono più i famosi mutui a pareggio o a chiusura dei disavanzi sulla sanità. Il 2003 lo abbiamo chiuso a pareggio e il 2004 è avviato su questa strada.

Ci auguriamo che, per il 2005, le risorse che verranno alla Regione consentano di poter affrontare con serenità il contratto di comparto e quello sulla dirigenza medica che, al momento, trovano difficile collocazione nei nostri bilanci.

Come amministratore di una Regione del sud è preoccupato dal federalismo sanitario?

Siamo preoccupati dalla constatazione che già la finanziaria 2005 ci pone, a noi come ad altre Regioni, una serie di vincoli.

Questo ci crea difficoltà perché dovremmo imporre nuove tasse. Il federalismo è dunque già una realtà anticipata dalla finanziaria. Le Regioni devono avere la consapevolezza che questa nuova organizzazione di forma di Stato comincia da gennaio.

Da un certo punto di vista, questo può essere positivo in quanto ci impegna a ben gestire le risorse. Da un altro punto di vista però c'è preoccupazione perché dovremmo colmare il gap nei confronti di altre Regioni. Il fondo per il riparto 2005 prevede un incremento dell'8% per la spesa sanitaria, speriamo ci basti altrimenti continueremo ad avere i viaggi della speranza con relativo appesantimento dei costi.

LA SANITÀ NELL'UMBRIA

Umbria

Tante iniziative per la popolazione, ma tanti dubbi per i medici

PIANI DI ASSISTENZA PER ANZIANI E MALATI TERMINALI, PROGETTI PER LA RACCOLTA DEL SANGUE, PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI E PER LA SENSIBILIZZAZIONE SUI TRAPIANTI. SONO NUMEROSE LE INIZIATIVE DELLA REGIONE UMBRIA PER MIGLIORARE LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE. TUTTAVIA PER LA CATEGORIA MEDICA RESTANO TANTE QUESTIONI IRRISOLTE: CONTRATTI, INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA, RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ

di Lucia Conti

In Umbria si vive a lungo, tanto che, secondo le stime, nei prossimi anni la popolazione over 65 raggiungerà il 23,2% dei residenti, esattamente il doppio di bambini e ragazzi fino a 14 anni. Crescono, tuttavia, i tumori e sono oltre 1.700 i malati terminali che, ogni anno, fanno uso di cure palliative e dei relativi servizi. Resta alto anche il numero dei disabili: 51 su 1.000 abitanti contro i 48 della media italiana.

La situazione demografica ed epidemiologica della Regione impone, quindi, un carico assistenziale sostenibile solo con l'attivazione di politiche e modelli di intervento in grado di garantire una forte rete assistenziale in sintonia con il controllo della spesa. Questo, secondo l'assessore alla Sanità Maurizio Rosi, è realizzabile solo rendendo i cittadini informati, consapevoli, attivi e in grado di sostenere concretamente le scelte compiute e le politiche attuate.

Tra queste scelte c'è il "Patto per la salute degli anziani", attraverso il quale si intende avviare un programma concertato tra la Regione e i sindacati pensionati confederali, per sviluppare accordi per la promozione della salute degli anziani e il miglioramento dell'assistenza socio-sanitaria.

Approvate, inoltre, le Linee guida rivolte alle aziende sanitarie per il "Piano regionale per i malati terminali". "Intendiamo colmare - ha spiegato Rosi - il vuoto assistenziale che scarica sulle famiglie il peso di una situazione difficilissima, evitare la pratica dell'accanimento terapeutico in situazioni senza ritorno e rimettere al centro della scienza la dignità esistenziale dell'individuo e la possibile qualità della morte".

Il modello assistenziale previsto dalle Linee guida, si articola nella costituzione di una rete delle cure palliative domiciliari e nel ricovero in Centri residenziali per malati terminali. Le cure domiciliari si caratterizzano per un intervento assistenziale multidisciplinare, il cui lavoro è organizzato in équipe. Un ruolo fondamentale, infine, viene svolto dal supporto che le Associazioni di volontariato possono garantire in ciascun territorio, attraverso la stipula di specifiche convenzioni.

Nella ricerca di un sistema sanitario regionale razionalizzato, la Regione Umbria ha intanto raggiunto un importante traguardo per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, considerati un indice particolarmente significativo per valutare l'efficacia del governo del sistema sanitario: la Regione conquista, infatti, il primo posto in Italia per incremento dei ricoveri in day hospital nel 2001, con un più 10,53% rispetto al 2000. Gli interventi in day hospital raggiungono in Umbria il 47,30% del totale dei ricoveri (la media nazionale è del 33,61) e nella graduatoria assoluta dei ricoveri in day hospital l'Umbria è preceduta solo dall'Emilia-Romagna, in testa con il 51,09%. Risultati che, secondo l'assessore, rappresentano "un riconoscimento dell'impegno di tutti gli attori del Servi-

zio sanitario regionale, orientato ormai da diversi anni al raggiungimento della massima efficienza con il massimo risparmio di risorse".

IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2003-2005

È il quarto Piano della Regione e punta a migliorare la qualità dei servizi sanitari senza imporre ticket. Si pone come centrale lo sviluppo della prevenzione e della diagnosi precoce, prevedendo, tra vari strumenti, uno screening di massa sul tumore del colon-retto, il più diffuso in Umbria. Il Piano mira anche a ridurre, tramite l'opera di prevenzione, quelle che vengono definite le "morti evitabili" (specialmente sui luoghi di lavoro), mentre un intero capitolo viene dedicato alla riduzione dei danni provocati dagli errori medici. La prevenzione e la più efficace organizzazione dei servizi saranno oggetto di patti per la salute che Asl, Comuni, sindacati medici, sindacati degli anziani ed associazioni della società civile hanno già iniziato a sottoscrivere. Per i Comuni in particolare è previsto un percorso di "responsabilizzazione finanziaria" nella gestione dei servizi territoriali.

LA RETE OSPEDALIERA

Il Psr prevede il completamento sia della rete dell'emergenza-urgenza (a Perugia, Terni, Foligno, Città di Castello, Gubbio-Gualdo, Spoleto e Orvieto), sia di quella territoriale (Assisi, Castiglione del Lago, Città della Pieve, Gualdo, Narni-Amelia, Marsciano-Todi e Castiglione del Lago-Città della Pieve). Il progetto della Regione Umbria è accorpate alcuni ospedali cittadini in un'unica struttura, sita in posizione centrale rispetto alle zone degli ospedali dismessi. "Ogni anno che passa senza l'ospedale unico - ha spiegato Rosi - i due ospedali cittadini fanno spendere otto miliardi alla collettività. Avremo una rete ospedaliera regionale rinnovata e moderna". Gli ospedali non più funzionanti passeranno dalle Asl alla Regione e i proventi della loro eventuale vendita dovrebbero essere utilizzati per gli investimenti delle stesse Asl.

DDL SU SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Ultima novità dell'anno, datata 1° dicembre 2004, è stata un Ddl sul Servizio sanitario regionale. "Il pacchetto di iniziative legislative elaborato dalla Giunta - ha detto Rosi - è finalizzato alla realizzazione di reali economie, alla razionalizzazione della spesa, all'incremento di efficienza ed efficacia delle funzioni. Criteri che, insieme alla garanzia della qualità ed universalità delle prestazioni, hanno sempre ispirato le politiche sanitarie regionali". Il primo dei quattro provvedimenti riguarda il passaggio del territorio del Comune di Gualdo Tadino dalla Usl n. 3 (Foligno, Spoleto, Valnerina) alla Usl n. 1 (Alto Tevere, Alto Chiascio), con la conseguente ridefinizione formale dei due ambiti. Un provvedimento conseguente alla decisione di costruire un ospedale unico, Gubbio-Gual-

Umbria

Popolazione: 835.480

Aziende Usl: 4

Aziende Ospedaliere: 2

Medici dipendenti: 1.800

Medici in convenzione: 985

do Tadino, in località Branca.

Il secondo disegno di legge detta le norme in materia di reclutamento del personale e di dotazioni organiche delle aziende sanitarie, per il contenimento della spesa e l'ottimizzazione dell'utilizzo del personale. Il numero dei posti in organico in ogni azienda non dovrà superare quello "fotografato" alla data del 29 settembre 2001 e la copertura degli eventuali posti vacanti dovrà essere definita attraverso "piani annuali di reclutamento" redatti insieme alle organizzazioni sindacali di categoria. Al fine di collegare le dotazioni organiche con l'individuazione delle specifiche professionalità da inserire, la Regione e l'Università di Perugia definiranno d'intesa, entro il 31 marzo di ogni anno, la programmazione del numero degli iscritti al primo anno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie, nonché le discipline ed il numero dei posti da assegnare ai corsi di specializzazione.

Il terzo disegno prevede, invece, l'istituzione, in via sperimentale per tre anni, di un "Consorzio per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative". Gli obiettivi del nuovo organismo sovraziendale sono la razionalizzazione della spesa, l'omogenea applicazione degli indirizzi regionali e l'efficiente ed efficace partecipazione degli enti consorziati al processo di ottimizzazione delle risorse, attraverso strategie e procedure comuni. Il Consorzio sarà costituito dalle Aziende sanitarie, quali soci fondatori, e l'assemblea sarà composta dai direttori generali. Secondo le stime della Direzione sanità, il lavoro del Consorzio dovrebbe produrre un risparmio di circa 16 milioni euro l'anno, che saranno reinvestiti a favore degli operatori e per i servizi rivolti agli anziani non autosufficienti.

Con il quarto provvedimento, infine, si stabilisce che gli incarichi di direzione di struttura semplice o complessa del Servizio sanitario regionale possano essere conferiti esclusivamente ai dirigenti sanitari ed ai professori e ricercatori universitari in regime di rapporto di lavoro o di attività assistenziale esclusiva. "Si ripristina così - ha spiegato l'assessore Rosi - quanto previsto dalla legge 229/99 (Riforma Bindi), riaffermando la centralità del servizio pubblico e l'esigenza di una competizione corretta tra pubblico e privato in sanità".

Per la categoria medica restano molte questioni irrisolte

Dottor Lilli, quali sono i cambiamenti in atto nel sistema sanitario umbro?

C'è un progetto in evoluzione che prevede l'accorpamento di alcuni ospedali cittadini in un'unica struttura centrale. Questo progetto ha già preso il via in quella che era l'Azienda sanitaria composta dal Policlinico Monte Luce e dal Silvestrini. Si è proceduto ampliando quest'ultimo e concentrando in questo nuovo spazio tutti i servizi, compreso il pronto soccorso.

E in che modo è stata riconvertita la struttura di Monte Luce?

Le strutture chiuse verranno dismesse, e così Monte Luce non sarà più destinata alla sanità ma sarà utilizzata dal Comune per nuovi progetti. Da giugno dell'anno prossimo, comunque, non sarà più una struttura ospedaliera.

Sono cominciati anche i lavori per l'unificazione di Gubbio-Gualdo, il cui centro dovrebbe essere pronto per il 2006. È a buon punto anche il progetto che riguarda Castiglione del Lago-Città della Pieve, mentre sono ancora in cantiere, con qualche ritardo, i lavori per la strutture uniche di Narni-Amelia e Marsciano-Todi.

Credo, comunque, che si sia avviata una giusta riorganizzazione della rete ospedaliera, che permetterà una vera razionalizzazione dei servizi e delle risorse senza nulla togliere alla qualità dei servizi.

Questo significherà anche un potenziamento della medicina territoriale?

È un aspetto ancora da valutare.

Senza altro verrà potenziata anche la medicina territoriale, come accade un po' ovunque sul territorio nazionale. Intanto, comunque, si potrà garantire la copertura ospedaliera della Regione con alti risparmi sui costi di gestione delle strutture dismesse. Si tratta, tuttavia, di un progetto a divenire, che dovrà essere migliorato e sviluppato su altri aspetti, come appunto quello territoriale. È, comunque, la concretizzazione di una volontà di razionalizzazione, anche se molti altri problemi restano senza ancora una risposta.

Che tipo di problemi?

Innanzitutto il precariato, cioè i contratti libero professionali a cui sono legati molti medici. È stata inviata proprio in questi giorni, in Consiglio regionale, una proposta di legge su iniziativa della Giunta, e che le sigle sindacali hanno approvato, per cercare di risolvere questo pesante problema.

Qual è la quota di contratti precari in Umbria?

Su oltre 1.700 medici dipendenti abbiamo circa 200 di questi contratti atipici che hanno, invece, bisogno di stabilizzazione. Non so cosa potremo fare, ma è una questione che riteniamo di primaria importanza. E poi si tratta di contratti disomogenei, che creano confusione un po' in tutto il sistema. Un altro problema sul quale ci stiamo battendo, e per il quale è si è recentemente insediata una Commissione regionale, riguarda la direzione delle strutture complesse. Spesso, infatti, quando i primari vanno in pensione, la maggior parte del-

le strutture complesse vengono declassate tout court a struttura semplice, ma poi c'è sempre un medico che si prende carico delle stesse responsabilità del vecchio primario pur senza una formalizzazione di carica e contratto. In virtù di una legge regionale, infatti, tutte le apicalità vanno autorizzate dalla Regione, ma alla fine si ritiene sempre più facile declassare la struttura con semplice atto regolativo. E si va avanti così.

La terza criticità riguarda i medici del 118, ai quali non sono ancora stati fatti firmare i contratti da medici dipendenti a tempo indeterminato. A quanto pare, per smuovere la situazione sarebbe necessaria una delibera della Giunta regionale che, senza che se ne capisca bene la ragione, non riesce ad essere fatta.

Ultimo punto: il mancato rinnovo della convenzione con l'Università. L'assessore vorrebbe fare un po' la parte del notaio tra Rettore e organizzazioni sindacali, ma noi ci rifiutiamo di accettare questo ruolo. Riteniamo, infatti, che il nostro interlocutore debba essere l'assessore. E lo stesso assessore dovrebbe poi trattare con l'Università.

Il suo ruolo non può essere confinato a quello di un semplice notaio. La trattativa con l'Università, in definitiva, resta ferma.

Queste questioni sono state già tutte poste all'attenzione dell'assessore?

Sì, ma senza ricevere una risposta risolutiva. Con l'assessorato c'è apparentemente un buon dialogo, sembra che ci sia buona volontà, ma poi queste questioni restano irrisolte dopo oltre un anno.

INTERVISTA A MAURIZIO ROSI ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE UMBRIA

Nei primi mesi del 2005 regoleremo contratti e ruoli

Assessore, l'Umbria sta realizzando una forte riorganizzazione della rete ospedaliera.

Sì, ed è già a buon punto. Avevamo alcuni ospedali piccoli che abbiamo deciso di accorpare. In qualche zona abbiamo già compiuto i passi fondamentali, come a Gubbio-Gualdo, Todi-Marsciano, Amelia-Narni. Non abbiamo ancora determinato, ma siamo in dirittura di arrivo, la realizzazione della struttura per Castiglione del Lago-Città della Pieve. Di otto piccoli ospedali, definitiva, ne abbiamo fatti 4, altrettanto efficienti.

La popolazione umbra come ha risposto a questi cambiamenti?

Non abbiamo avuto forti opposizioni, perché abbiamo compiuto un percorso virtuoso che si è basato molto sull'accettazione dei singoli Comuni. Questo ha certamente reso l'iter un po' più lento, ma alla fine abbiamo avuto il consenso dei cittadini. Qualche problema in più c'è stato per Castiglione del Lago-Città della Pieve, ma dalle altre parti non c'è stata alcuna opposizione da parte della popolazione.

In che modo sono state riconvertite le strutture ospedaliere?

Gli ospedali piccoli, come quello di Assisi, Trevi, Umbertide e Passignano, sono rimasti centri di assistenza del territorio. Ma dipende dai servizi che erogavano precedentemente e dalla domanda della popolazione in quelle zone: ad Assisi, ad esempio, sono rimasti dei servizi legati al turismo, ad Umbertide abbiamo lasciato il Pronto soccorso con alcune strutture per anziani e un centro di riabilitazione, le strutture di Trevi e Passignano sono diventate centri di riabilitazione.

C'è stato anche un potenziamento della medicina territoriale?

Sì. Abbiamo avviato una forte distrettualizzazione. Anche i nuovi ospedali sono molto legati ai distretti e alle équipe territoriali composte dai medici di medicina generale. L'équipe rappresenta il secondo tassello della riorganizzazione del sistema sanitario regionale, perché abbiamo cercato di dare al territorio dei servizi più legati alle varie realtà locali. In questa nuova formula i medici di famiglia e la guardia medica svolgono un ruolo molto forte e significativo. Anzi, direi determinante, perché ha portato all'appropriatezza dei ricoveri e all'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche.

Per quanto riguarda la categoria dei medici dipendenti, in Umbria esiste una forte quota di contratti precari. Come pensate di procedere nei confronti di questi professionisti?

Abbiamo fatto tre leggi, che al momento sono al vaglio in Consiglio regionale. La prima riguarda, appunto, la precarietà dei contratti. È nostra intenzione, infatti, deprecarizzare i contratti dei professionisti che ormai lavorano da anni e che è giusto abbiano una posizione stabile. La seconda legge, che sta per essere votata in Consiglio, stabilisce che le funzioni apicali siano ricoperte solo dai medici che hanno scelto l'esclusività di rapporto con il Servizio sanitario nazionale. La terza riguarda un Consorzio regionale per acquisti di informatica e personale, che dovrebbe rappresentare un punto fondamentale per il controllo della spesa, dell'organizzazione informatica e tecnologica delle 4 Asl e delle aziende ospedaliere. Cioè, cercare di risparmiare con acquisti centralizzati.

Crede che l'iter di questi provvedimenti sarà lungo?

No, penso che saranno terminati tra gennaio e metà febbraio, prima di sciogliere il Consiglio regionale. Abbiamo,

inoltre, iniziato a intervenire sulla popolazione anziana, che in Umbria rappresenta una forte quota, ma il problema è la carenza di risorse. Il Fondo sanitario è del tutto insufficiente, soprattutto per il 2005. I nostri bilanci sono abbastanza in ordine, ma realizzare nuovi interventi è sempre problematico.

Tabella 1 - I costi della sanità umbra
Anno 2002, euro pro-capite

Livelli di assistenza	Regioni (media)	Umbria
A assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	54,59	57,93
B assistenza distrettuale	698,13	713,48
* assistenza di base	82,57	88,45
* attività di emergenza sanitaria	14,12	16,77
* assistenza farmaceutica	222,32	218,67
* assistenza integrativa	10,87	14,40
* assistenza specialistica ambulatoriale	181,21	191,14
* assistenza protesica	14,20	22,52
* assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	58,20	76,98
* assistenza territoriale semi-residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	33,52	33,46
* assistenza territoriale residenziale (disabili psichiatrici, disabili fisici, psichici, tossicodip., anziani, malati terminali e persone affette da AIDS)	79,43	57,52
* assistenza termale	2,44	0,41
C assistenza ospedaliera (comprensiva di PS.)	656,58	635,29
Totale	1.409,30	1.406,70

Fonte: Assr

FINANZIARIA 2005: IL PUNTO DI VISTA DI CARELLA (VERDI), LUCCHESI (UDC), MASSIDDA (FI), PETRELLA (DS)

Cala il sipario sulla manovra della discordia

Per mesi, come da tradizione fino alla sua approvazione, la finanziaria ha tenuto banco sulle cronache politiche ed economiche dell'informazione. Il centro-destra, in alcuni casi con poca convinzione, ha difeso il provvedimento. Il centro-sinistra, viceversa, l'ha bocciato su tutta la linea. "Dirigenza medica" ha raccolto le opinioni di due esponenti della maggioranza e di due esponenti dell'opposizione che si sono confrontati sulle misure contenute nella Finanziaria 2005

"UNA MANOVRA CHE HA BISOGNO DI CORREZIONI"

FRANCESCO CARELLA (Verdi)

Membro XII Commissione Igiene e Sanità - Senato

Onorevole Carella, qual è la sua opinione sulla manovra Finanziaria 2005?

Si tratta senz'altro di una Finanziaria di mantenimento che risponde ad interessi elettorali e alle promesse espresse nel Patto con gli italiani. La sanità, in ogni caso, è il settore che ha ricevuto maggiore incremento di finanziamenti, dedicati, tuttavia, esclusivamente alla spesa corrente per la copertura dei costi del sistema esistente. È opinione diffusa, d'altra parte, che l'attuale sistema sanitario in sé sia inadeguato a rispondere alla domanda di salute degli italiani. Una manovra di mantenimento rimane, dunque, insufficiente.

La legge Finanziaria prevede un declino degli investimenti.

Questo non può che intaccare ulteriormente il Servizio sanitario nazionale, il quale si basa, invece sullo sviluppo tecnologico, l'ammmodernamento delle strutture e la ricerca. Un'altra importante questione è quella del blocco del turnover e dei tagli del personale, dal momento che il funzionamento dell'intero sistema dipende dal lavoro dei vari professionisti.

Esiste il rischio che la riduzione delle tasse possa significare anche una riduzione del sistema del welfare?

La riduzione delle tasse potrebbe non influire troppo sul Ssn in una prospettiva a breve termine, proprio in virtù dell'incremento di risorse previsto per quest'anno. Tuttavia, la quota maggiore di finanziamento sanitario si basa sulla tassazione generale ed è quindi evidente che tale situazione non può essere che transitoria. Per il 2005, in definitiva, le risorse messe in campo dalla Finanziaria potrebbero riuscire a garantire una stabilità del sistema, ma le condizioni della legge potrebbero rappresentare, negli anni a seguire, un rischio per la tenuta del Servizio sanitario nazionale. Sarà certamente necessario trovare delle soluzioni alternative.

Il taglio alle tasse, d'altra parte, non porterà neanche miglioramenti all'economia del Paese, perché non sarà sufficiente a far crescere i consumi. Il denaro che gli italiani risparmierebbero in tasse, infatti, servirà a ciascuno per coprire gli aumenti di costo di ulteriori elementi della vita quotidiana, quali luce e benzina. I risparmi, in definitiva, saranno solo apparenti e, a fine anno, è prevedibile che il salvadanaio degli italiani sarà nuovamente vuoto.

"SONO NECESSARIE NUOVE FORME DI PARTECIPAZIONE"

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI (Udc)

Vice presidente XII Commissione Affari sociali

Camera dei deputati

Onorevole Lucchese. La finanziaria 2005 è stata appena approvata. Qual è la sua opinione in merito?

Questa finanziaria prevede maggiore spesa corrente e mi-

norì investimenti. Da parte del Governo è stata operata una scelta che in un'ottica futura può avere successo, bisogna vedere se alla prova dei fatti questa risponde alle aspettative oppure no.

La necessità, in questo momento, è prima di tutto quella di stabilizzare e razionalizzare la spesa, in qualche modo siamo di fronte ad una scelta obbligata che ha però una sua logica economica e politica.

Nelle settimane precedenti l'approvazione della finanziaria il dibattito politico si è concentrato principalmente sul taglio delle tasse, il provvedimento, al di là della sua consistenza reale, è stato criticato da più parti in quanto metterebbe a rischio il sistema di tutele sociali. Lei è d'accordo?

Credo che ci sia stata troppa enfasi sul taglio delle tasse. È vero che si sta aprendo una strada nuova che prevede un sistema diverso di welfare nella maggioranza, però, resta ferma la consapevolezza che chi ha di più deve aiutare chi ha di meno perché questo è l'unico modo per garantire il sistema sanitario. Allo stesso tempo non possiamo negare che dopo 25 anni di Servizio sanitario nazionale va rivisto il modello che prevede di dare tutto a tutti. Ecco dunque che va ridisegnata l'organizzazione nel suo complesso, stabilendo forme nuove di compartecipazione.

Il modello classico, quello per intenderci ospedalocentrico non regge più e va superato separando il territorio, che va incrementato, dall'ospedale.

"TAGLIO DELLE TASSE TAGLIO DEL WELFARE, È UN LUOGO COMUNE"

PIERGIORGIO MASSIDDA (Forza Italia)

Membro XII Commissione Affari sociali

Camera dei deputati

Onorevole Massidda, qual è la sua valutazione della finanziaria 2005 che per la sanità, se da un lato non prevede tagli, allo stesso tempo esclude qualunque investimento?

Non sono d'accordo nel sostenere che questa finanziaria non prevede investimenti. Nelle prossime settimane il Governo porterà a termine i contratti e le convenzioni che sono scadute da tempo. Questo è un investimento che comporterà costi ingenti, stiamo parlando di cifre importanti. Forza Italia ha spinto molto in Commissione affinché venissero approvati in tempi brevi i contratti, purtroppo non ci siamo riusciti, il ritardo che si è determinato è figlio di mille priorità ed emergenze. Tornando agli investimenti in sanità vorrei far notare come ci sono delle somme, che non compaiono direttamente nella legge di bilancio, che sono destinate alla ricerca, all'edilizia sanitaria o ancora al sociale in genere e che vengono date direttamente alle Regioni che le gestiscono in proprio grazie alla riforma del titolo V. Molti, sbagliando, hanno sostenuto la mancanza di investimenti, la verità è che dobbiamo imparare a leggere la legge di bilancio in una maniera nuova cambiando i parametri di analisi utilizzati in questi anni.

Lei quindi non è d'accordo con chi sostiene che dietro

al taglio delle tasse si nasconde un impoverimento del welfare.

Chi afferma che a una riduzione delle tasse corrisponde una diminuzione del welfare dice un luogo comune che è arrivato il momento di sfatare. Sono anni che sento dire che questa maggioranza sta smantellando tutte le sicurezze sociali costruite nel corso degli anni. Non è vero. La finanziaria ha aumentato la somma destinata al Fondo sanitario nazionale portandola quasi a 90 miliardi di euro. Tutto quello che cerchiamo di fare è ridurre gli sprechi. Nella sanità, a partire dal settore farmaceutico, si fanno molti sprechi. Sono d'accordo con chi sostiene che non si può tagliare indistintamente e che quindi bisogna operare agendo caso per caso, però è arrivato il momento di agire.

"SENZA INVESTIMENTI IL SISTEMA È A RISCHIO"

GIUSEPPE PETRELLA (Ds)

Vice presidente XII Commissione Affari sociali

Camera dei deputati

Onorevole Petrella, quella per il 2005 è una finanziaria di mantenimento che non prevede nuovi investimenti. Quali saranno gli effetti di queste misure per la sanità?

Penso che questa finanziaria rappresenti un rischio per il Servizio sanitario nazionale. Se andiamo a leggere il provvedimento vediamo che non sono previsti nuovi investimenti e questo ci porterà, inevitabilmente, a risultati deboli. Direi di più, vedo in concreto il rischio del fallimento per il sistema nel suo complesso. La cosa che preoccupa principalmente è che non vengono date prospettive ai giovani. Il provvedimento relativo al blocco del turnover e i tagli al personale hanno dei riflessi negativi sui nostri giovani. I giovani, i neolaureati, i dottorandi, sono una risorsa per ogni Paese, e proprio nei loro confronti si sarebbe dovuto fare l'investimento.

Lei afferma che si sarebbero dovuti fare maggiori investimenti specie sui giovani. Il problema, che lamenta questa maggioranza, è la mancanza di risorse.

Nelle forze di Governo c'è una sorta di schizofrenia. Da un lato, si lamenta la mancanza delle risorse, dall'altro, si sbandiera una finanziaria che taglia le tasse. Su questo punto poi credo che siamo in presenza di una presa in giro e nei prossimi mesi ce ne accorgeremo. Il Governo "ridurrà" le imposte, le Regioni per continuare ad offrire i servizi saranno costrette ad aumentarle. Siamo alle solite, con una mano si toglie con l'altra si prende.

Il welfare è in crisi in tutt'Europa, la Germania, tradizionalmente attenta alle tutele sociali, sta operando tagli importanti in questa direzione. Secondo lei, nel nostro Paese si sta aprendo una strada verso un nuovo sistema?

Credo di sì. E lo dico con rammarico. Dal 2001, da quando cioè è al Governo la maggioranza di centro-destra, stiamo assistendo ad un taglio sistematico della politica nel welfare, interventi nel sociale e nella sanità. L'obiettivo è privatizzare il Servizio sanitario nazionale. Questo sarà il "loro" sistema diverso..

LA SANITÀ NEL 38° RAPPORTO CENSIS SULLA SITUAZIONE SOCIALE DEL PAESE

Se la politica non risponde arrivano le "reti" locali

Sui temi del welfare si confrontano due tesi contrapposte: da una parte c'è chi è convinto che la "libertà per tutti" produca comunque benessere e ricchezza, dall'altra chi chiede maggiori finanziamenti per difendere i diritti di cittadinanza. Ma da nessuno dei due schieramenti arrivano risposte alle nuove domande, che vanno dalla long-term care alla richiesta di una complessiva qualità della vita. Sono piuttosto le reti relazionali locali che cercano di dare queste risposte, coinvolgendo famiglie e terzo settore, ma restando separate dalla politica delle amministrazioni regionali, che il Rapporto Censis definisce "neosignorile". E tra "fatuità" della politica e autorganizzazione sociale, il sistema sanitario rischia di sbriciolarsi

di Eva Antoniotti

Una crescente richiesta di personalizzazione dei servizi, da una parte, ma anche un forte attaccamento alle strutture essenziali del Ssn a cominciare dall'ospedale. È questa la forcella che, secondo quanto si legge nel Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese, descrive l'atteggiamento degli italiani riguardo la sanità.

Questa "miscela di individualismo e di voglia di tutela collettiva" si esprime in forma eclatante nei giudizi riguardanti le strutture ospedaliere (esaminate in dettaglio anche in uno studio del Censis Forum Biomedico pubblicato nei mesi scorsi) nei quali, alla positiva valutazione delle cure ricevute, si mescola la serenità derivante da un servizio erogato nella propria area di residenza, affine ad un orgoglio localistico che ha radici antiche nella nostra cultura e che rende difficile quella razionalizzazione della rete ospedaliera più volte annunciata ma mai veramente realizzata.

ITALIANI E OSPEDALI

L'88,5% degli italiani giudica positivamente l'ospedale, con punte fino al 94% nel Nord Est,

come si può vedere nella tabella che riproduciamo nella pagina a fianco (vedi tabella 2) proprio i medici, con l'84,1% di giudizi positivi, seguiti dalla serietà delle cure (83,6%), dal lavoro del personale infermieristico (78,2%), dalla qualità delle attrezzature tecnologiche (78,1%) e dal rispetto della privacy (76%).

Attualmente, i cittadini italiani hanno in media un ospedale a 8,3 chilometri di distanza dalla propria abitazione e la struttura nosocomiale di riferimento è prevalentemente situata nel territorio del comune di residenza (56%) o della provincia (36,6%).

Solo una minoranza della popolazione (25,8%) collega il frequente ricorso alle strutture ospedaliere con la scarsa presenza di servizi sul territorio, ma è invece fortemente radicata (48,3%) l'idea che l'utilizzo migliore delle risorse sanitarie sarebbe quello di destinarle alla prevenzione. In sostanza, si dimostra come sia indispensabile per realizzare le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera partire dalla crescita dell'offerta degli altri servizi sanitari territoriali (vedi tabella 3), questione particolarmente attuale ora in vista delle prossime scadenze elettorali re-

gionali, dove certamente peserà la percezione dei cittadini residenti riguardo ai servizi sanitari offerti sul proprio territorio.

NON AUTOSUFFICIENZA

La risposta pubblica è drammaticamente insufficiente sul terreno della non autosufficienza, destinata a "configurarsi come un'emergenza socio-sanitaria nei prossimi decenni" quando gli anziani disabili saranno sempre più numerosi (il Rapporto stima che saranno 5 milioni nel 2050), con un'incidenza senz'altro importante anche sulla crescita numerica delle patologie croniche (vedi tabella 1).

Attualmente solo il 5,5% degli intervistati interessati al problema riceve un supporto dal servizio pubblico, mentre la gran parte si affida alla famiglia (figli 40,8%, coniuge 19,4%) o alle badanti (18,6%).

Il Rapporto Censis offre un'interessante panoramica sulle altre realtà europee, a cominciare dall'esempio luminoso della Svezia dove, malgrado le recenti aperture verso il settore privato, il servizio pubblico copre almeno l'80% delle richieste nel settore della long-term care. Tornando

Tabella 1 - Le malattie croniche in Italia 1993-2003

Incidenza percentuale sul totale della popolazione

	Diabete	Ipertensione	Bronchite cronica	Artrosi Artrite	Osteoporosi	Malattie del cuore	Malattie allergiche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duodenale	
1993	3,4	10,0	7,4	20,5	4,6	3,7	6,8	5,1	3,8	
1994	3,4	9,7	6,9	19,7	4,6	4,0	6,3	5,2	4,0	
1995	3,4	10,2	6,9	20,3	4,8	3,8	6,8	4,9	3,9	
1996	3,4	10,3	6,9	20,6	5,2	3,8	7,2	4,9	3,9	
1997	3,4	10,3	6,3	19,3	5,2	3,8	7,1	4,4	3,5	
1998	3,5	10,3	6,0	17,8	5,0	3,7	6,6	3,8	3,0	
1999	3,5	11,1	6,0	18,1	5,3	3,8	7,7	4,2	3,2	
2000	3,8	12,1	6,4	19,0	6,4	3,9	8,1	4,3	3,6	
2001	3,9	11,7	6,3	19,1	6,3	3,7	8,2	4,0	3,2	
2002	3,8	12,5	6,4	19,0	5,9	3,7	8,4	3,9	3,2	
2003	Nord	3,3	13,0	6,0	17,7	6,2	4,1	9,1	3,7	3,2
	Centro	4,1	13,5	6,9	19,3	7,6	4,2	8,2	4,1	3,4
	Sud	4,6	12,4	6,7	20,0	7,1	3,4	7,9	4,5	3,3
	Italia	3,9	12,9	6,4	18,9	6,8	3,9	8,5	4,1	3,3

Fonte: indagine Multiscopo Istat 2004

Tabella 2 - Il giudizio degli italiani sugli ospedali

Per ogni aspetto si indica la percentuale di intervistati che li valuta positivamente

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
Impegno e serietà professionale dei medici	85,3	88,9	90,9	76,8	84,1
Risultati delle cure	85,2	88,8	89,2	76,5	83,6
Impegno e serietà professionale degli infermieri	79,3	90,5	86,9	65,7	78,2
Qualità e disponibilità delle attrezzature tecnologiche	83,6	90,0	85,5	63,1	78,1
Rispetto della privacy	79,8	83,6	84,6	64,1	76,0
Chiarezza delle informazioni	77,5	75,8	70,7	64,8	71,4
Rispetto e attenzione per la persona	72,2	82,9	80,8	56,6	70,6
Pulizia degli ambienti	73,8	85,4	82,8	53,3	70,6
Comfort degli ambienti	76,6	85,9	78,0	50,6	69,6
Capacità di ascolto	71,7	76,0	76,9	53,6	67,2
Qualità del cibo	68,8	76,7	76,4	46,8	64,2
Tempestività nella risposta al bisogno	65,9	71,5	69,8	50,0	62,2

Fonte: indagine Fbm-Censis 2004

Tabella 3 - Opinioni sulla chiusura dei piccoli ospedali per trasformarli in ambulatori o in strutture per lungodegenti, per ripartizione territoriale (Valori in percentuale)

	Sostanzialmente contrario	Sostanzialmente favorevole	Non so	Totale
Nord Ovest	56,0	36,1	7,9	100,0
Nord Est	59,5	30,1	10,4	100,0
Centro	56,3	38,6	5,1	100,0
Sud e Isole	55,0	36,8	8,2	100,0
Italia	56,4	35,6	8,0	100,0

Fonte: Indagine Fbm-Censis, 2004

all'Italia i dati sono davvero preoccupanti: solo 260.000 anziani (2,5% degli ultra 65enni) ricevono assistenza a domicilio, mentre 172.000 trovano ospitalità nelle Rsa.

I dati disponibili sono relativi all'anno 2002 e, come sottolineano i ricercatori del Censis, hanno registrato un discreto aumento rispetto agli anni precedenti soprattutto grazie all'Emilia Romagna e al Lazio, che hanno più che raddoppiato le loro offerte di Adi.

Il Rapporto sottolinea l'urgenza di interventi strutturali a lungo termine e si schiera decisamente a favore di un fondo specifico per la long term care che potrebbe costituire "una sollecitazione sia per gli enti locali che per il settore privato verso lo sviluppo di un sistema di offerta adeguato". Ma che si arrivi rapidamente a questa assunzione di responsabilità

della politica sembra ancora un risultato lontano da realizzarsi, visto che lo stesso studio sottolinea come finora gli interventi "di riordino generale, le grandi riforme, evidenziano quanto spuntate e autoreferenziali siano le armi del diritto e della volontà politica".

MENO DEVOLUTION, PIÙ TERZO SETTORE

Uno degli aspetti maggiormente valorizzati dal Rapporto è lo sviluppo di reti relazionali locali "capace di generare al loro interno le modalità più adeguate di convivenza e solidarietà anche per i soggetti più deboli".

Questo valore socio-economico, però, "stenta a farsi strada nella cultura operativa dei soggetti politici".

Il risultato, secondo l'analisi del Censis, è una progressiva "disillusione verso gli effetti concreti della devolution". Così, dal 2001 al 2004, la percentuale degli italiani che vuole dare maggiore potere alle Regioni si è ridotta dal 39% al 27,5%, mentre cresce il numero di coloro che vorrebbero offrire maggiore spazio di potere al cosiddetto terzo settore.

Ne discende un forte distacco dalla politica, più forte ancora proprio nei confronti delle istituzioni regionali cui è ormai affidata la gestione di tutto il comparto sanitario. E questo distacco secondo il Rapporto è stato incrementato dalla logica "neosignorile" che avrebbe segnato gli interventi delle amministrazioni regionali in questi anni. Un rischio grave per la tenuta del sistema sanitario nazionale, che potrebbe essere rafforzato o smentito a cominciare dall'imminente scadenza elettorale di primavera.

INTERVISTA A MARIA CONCETTA VACCARO

Italiani, statalisti e liberisti solo "di facciata"

Il 53,8% degli italiani accetterebbe una riduzione dei servizi in cambio di una riduzione delle tasse, ma per il 49,8% dei nostri concittadini la serenità è poter contare su pensione e servizi sanitari. Le opinioni degli intervistati dal oscillano tra questi due estremi e per interpretarle meglio abbiamo chiesto il contributo di Marica Concetta Vaccaro, la ricercatrice che nello staff del Censis si occupa dei temi socio-sanitari.

Dottoressa Vaccaro, si può pensare che il Paese sia diviso in due, tra liberisti e statalisti?

No. Secondo noi gli italiani sono un po' statalisti di facciata ma anche liberisti di facciata. Quello che ha certamente pesato sulle risposte è il fatto che si parlasse di tasse, questione che in Italia scatena sempre l'idea che siano eccessive e che non corrispondano ad una buona qualità di offerta pubblica.

Eppure molti apprezzano il servizio sanitario pubblico.

È così e quello che più ci sembra interessante è che il bisogno di welfare non si è mai espresso solo in chiave hard, ovvero come puntuale ed efficace risposta a un bisogno, ma anche una chiave soft, come esigenze di assicurazione, come elemento di serenità per una generale qualità della vita. Il giudizio positivo nei confronti dell'ospedale, ad esempio, non investe solo la qualità tecnica ma anche

la tranquillità che offre la sua stessa presenza. Insomma, sto meglio se so di avere un ospedale vicino.

Ma le politiche sanitarie più recenti non indicano l'esigenza di puntare sul territorio?

È vero, ma attualmente la risposta territoriale, o distrettuale, non esiste. Di fronte all'emergenza ciascuno di noi si rivolge all'ospedale. Non si tratta di avere una mentalità ospedalocentrica, ma di adeguarsi alle offerte reali del servizio. Anche dalla nostra indagine sugli anziani emergeva la stessa situazione: la risposta arriva solo dall'ospedale o dal medico di famiglia.

Gli interventi compiuti sul sistema del welfare negli ultimi anni, dai Lea alla riforma delle pensioni, hanno prodotto cambiamenti nell'atteggiamento dei cittadini?

Gli italiani continuano ad essere convinti che la priorità di intervento pubblico debba essere sul welfare: sanità, previdenza ed assistenza. Evidentemente gli sforzi di cambiamento non hanno prodotto grandi risultati in termini di qualità percepita dagli utenti.

Neanche il federalismo sembra dare risultati.

Anche nelle aree del Nord sta diminuendo la quota dei cittadini favorevoli al federalismo. In realtà l'adesione si lega alla qualità dei

servizi: se non migliora la qualità, il federalismo è deludente.

Cosa intende per qualità? È un valore tecnico o qualcosa di più?

Si sta affermando una richiesta di qualità della vita in senso più ampio. La gente non vuole solo la sanità, ma la buona sanità e magari anche capace di rispondere alle nuove domande di personalizzazione del servizio.

In Basilicata ho sentito un anziano reclamare la presenza di un istruttore per la ginnastica: è il segno di un cambiamento che si va realizzando al di là delle nostre stesse aspettative. E in cambio di una maggiore personalizzazione delle risposte le persone sono anche disponibili a una compartecipazione nella spesa.

Voi indicate anche la necessità di un Fondo per la long term care. Gli italiani sarebbero disposti a contribuire?

In linea di principio sono tutti d'accordo, perché l'esigenza è molto sentita. Certo, quando poi si va a toccare la tasca le cose cambiano. Ma dobbiamo essere tutti consapevoli che il costo delle badanti è destinato a salire, man mano che le persone straniere che oggi operano in questo campo regolarizzeranno la propria posizione e quindi le proprie richieste economiche.

(E.A.)

DECRETO LEGISLATIVO N. 66/2003

L'orario di lavoro nella direttiva comunitaria

di Francesco Maria Mantovani*

Con l'approvazione del Decreto legislativo 8 aprile 2003 n. 66 il legislatore, in applicazione delle direttive comunitarie n. 93/104/Ce e n. 200/34/Ce, ha inteso regolare ex novo i profili della disciplina del rapporto di lavoro connessi all'organizzazione dell'orario (orario normale e straordinario, pause e riposi, ferie, lavoro notturno). Le disposizioni contenute nel decreto n. 66/2003 si applicano a tutti i settori di attività, sia pubblici che privati. Pertanto le regole dettate dal D.lgs. n. 66 del 2003 valgono in astratto anche nei confronti del dirigente pubblico. Tuttavia, lo stesso D.lgs. n. 66 del 2003 detta l'esplicita esclusione dell'applicazione delle più importanti regole limitative in materia di orario nei confronti del personale con funzioni direttive, fra cui devono ritenersi ricompresi tutti i dirigenti pubblici, a prescindere dalla circostanza che rivestano o meno una posizione apicale. Infatti, il carattere particolarmente ampio della definizione consente alla stessa di ricomprendere, oltre che il personale dirigenziale in senso proprio, anche i dirigenti cosiddetti "minori". Anzitutto, il D.lgs. 66/2003 esclude l'applicazione delle regole in materia di orario di lavoro normale e massimo, nonché di lavoro straordinario. Al personale direttivo non si applicano nemmeno le regole in materia di riposi giornalieri e di pause. Tali esclusioni si fondano sull'idea della non controllabilità, da parte datoriale, dell'impegno lavorativo di personale con funzioni direttive, munito di poteri di autonoma determinazione del proprio orario di lavoro. Ne discende che il dirigente non è tenuto a svolgere un numero predeterminato di ore di lavoro, bensì ad organizzare autonomamente il proprio tempo di lavoro in relazione ai compiti ed agli obiettivi affidati.

Sul punto, va richiamato l'orientamento giurisprudenziale prevalente e consolidato secondo cui, viste le intrinseche caratteristiche di flessibilità dell'attività del personale direttivo, non si abbia lavoro straordinario, né sorga il diritto al relativo compenso, anche quando la prestazione lavorativa si protragga oltre i limiti normali previsti per i lavoratori con funzioni non direttive (Cass. 12 febbraio 1985 n. 1186; Cass. 4 maggio 1981 n. 2715). La giurisprudenza, tuttavia, riconosce che la mancanza della limitazione di orario per la categoria dirigenziale non equivale ad ammettere che la durata della prestazione sia illimitata. Esiste, infatti, un limite insuperabile di ragionevolezza, oltre il quale è compromessa l'integrità psicofisica del dirigente, che può essere determinato dal giudice in via equitativa temperando le esigenze della struttura aziendale con quelle di tutela della salute della persona (Corte Cost. 7 maggio 1975 n. 5245; Cass. 30 febbraio 1986 n. 604; Cass. 3 maggio 1990 n. 3680; Cass. 4 marzo 1992 n. 2595; Cass. 20 marzo 1997 n. 2476). Superato tale limite di ragionevolezza, la prestazione diventa lesiva della salute del lavoratore (il c.d. lavoro usurante). Pertanto, la violazione del limite dà al prestatore di lavoro il diritto al risarcimento dei danni causati dal "superlavoro", fermo restando che grava sul lavoratore la prova dell'esistenza del pregiudizio.

La stessa giurisprudenza riconosce anche la possibilità per la contrattazione collettiva di fissare in relazione alle suddette categorie di lavoratori un orario normale di lavoro. Il quadro legislativo e giurisprudenziale delineato fornisce una chiave di lettura della vigente disciplina contrattuale.

In particolare, per quanto concerne l'area di dirigenza medica, il relativo contratto collettivo nazionale, valido per il quadriennio 1998-2001, stabilisce che: "l'orario di lavoro dei dirigenti, che non rivestono ruolo di responsabile di

struttura complessa, è confermato in 38 ore settimanali, al fine di assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e per favorire lo svolgimento delle attività gestionali e professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, nonché quelle di didattica, ricerca ed aggiornamento". Deve ritenersi che il lavoro eccedente le 38 ore settimanali, data la natura dirigenziale del rapporto di lavoro, sia giustificato dall'attribuzione di incarichi affidati in relazione ad obiettivi e programmi da realizzare. Le 38 ore lavorative settimanali fissate dalla contrattazione collettiva costituiscono dunque un orario minimo di lavoro che può essere superato qualora sussistano esigenze organizzative, fra le quali anche la realizzazione dei programmi e dei progetti correlati al raggiungimento dei risultati prefissati. Pertanto, in via di principio, il lavoro svolto oltre il limite contrattuale delle 38 ore dovrebbe trovare compenso, non nella corresponsione di maggiorazioni retributive, bensì attraverso la previsione di un incentivo economico da illustrarsi contestualmente al conferimento dell'incarico (c.d. indennità di risultato: art. 65, comma 6, Ccnl 5 dicembre 1996).

In via di maggior favore, tuttavia la più recente disciplina contrattuale (art. 28, comma 2, del Ccnl integrativo del 10 febbraio 2004 che richiama sul punto le previsioni degli artt. 19 e 20 Ccnl 5 dicembre 1996 in materia di guardia notturna e di pronta disponibilità) stabilisce la corresponsione di emolumenti aggiuntivi a remunerazione dello straordinario in tre tassative ipotesi:

- svolgimento di turni di guardia notturna e festivi;
- attività prestata in caso di chiamata durante i servizi di pronta disponibilità;
- esecuzione di attività non programmabili.

In questi casi, le ore di lavoro straordinario effettuate per l'adempimento di tali attività sono retribuite mediante una maggiorazione ovvero possono essere compensate mediante la concessione di riposi compensativi.

La maggiorazione è pari al 30% per lavoro straordinario

prestato nei giorni festivi o in orario notturno (da intendersi come quello svolto dalle ore 22 alle ore 6 del giorno successivo), al 50% per quello prestato in orario notturno festivo. La "coda" contrattuale prevede anche una maggiorazione del 15% per lavoro straordinario diurno.

Quest'ultima maggiorazione deve ritenersi esclusivamente riferita all'attività diurna prestata nell'adempimento di attività "non programmabili" atteso che la stessa disciplina contrattuale (art. 28, comma 1) non prevede le ore aggiuntive effettuate durante gli ordinari turni di servizio diurni feriali tra le ipotesi in cui è ammessa la corresponsione delle maggiorazioni. Dunque il dirigente medico godrà della maggiorazione retributiva solo qualora lo svolgimento delle ore di straordinario diurno sia determinato da "eccezionali" esigenze di servizio (v. sempre l'art. 28, comma 1, del cit. Ccnl integrativo) dipendenti da eventi "non programmabili" ossia non previsti, né prevedibili (in tal senso, l'art. 28, comma 2). In aggiunta alle menzionate maggiorazioni, sempre la più recente contrattazione (il Ccnl integrativo del 10 febbraio 2004) prevede, a prescindere dall'effettuazione o meno di lavoro straordinario, la corresponsione di una "indennità notturna" nella misura di 2,32 euro per ogni ora di servizio prestato tra le 22 e le 6 (art. 8, comma 1), nonché di un'indennità pari ad 15,49 euro per il turno di servizio prestato nel giorno festivo (art. 8, comma 2). Quest'ultima indennità è ridotta alla misura di 7,75 euro se le prestazioni durante il giorno festivo risultino di durata pari od inferiore alla metà dell'ordinario turno di servizio di 12 ore (come delineato dall'art. 18, comma 3, del Ccnl per il quadriennio 1994-97).

Il dirigente non ha diritto all'indennità per lavoro festivo qualora il servizio prestato sia comunque inferiore alle 2 ore (art. 8, comma 2).

* Servizio Tutela lavoro
Anaaof Cref

segue dalla prima

CHIUDERE IL CONTRATTO PER UNA SVOLTA DI QUALITÀ

Il 13 gennaio è ripartita la trattativa contrattuale. Le distanze tra le parti sono ancora molto lontane sul piano normativo. Un discreto avvicinamento si è verificato sul primo biennio economico.

Insufficiente è ancora la dotazione finanziaria destinata dalla legge al secondo biennio economico (4,1%).

Il nuovo ministro della Funzione pubblica, Mario Baccini, ha annunciato, dopo 6 mesi di latitanza del Governo (l'ultima riunione risale al luglio 2004), una prossima convocazione delle Confederazioni sul rinnovo dei contratti.

L'Anaaof Assomed si adopererà con tutte le sue forze per giungere nei tempi più brevi possibili (prima delle elezioni regionali del 2005) alla definizione del nuovo contratto di lavoro, cominciando con il sollecitare un calendario di incontri molto più frequenti ed incisivi.

Sono ormai passati tre dei quattro anni di vigenza contrattuale, e i medici esigono questo rinnovo per recuperare almeno in parte la perdita del potere di acquisto delle loro retri-

buzioni ed affrontare alcuni nodi essenziali del loro modo di vivere la professione sui luoghi di lavoro. Dovrebbero sentirne il bisogno anche le Regioni e le Aziende che nel contratto dovrebbero trovare lo strumento per coinvolgere di più e meglio i loro dirigenti nelle attività degli ospedali e dei distretti, valorizzandone la responsabilità e le capacità professionali senza le quali è impossibile qualsiasi obiettivo di tutela della salute. Ci aspettiamo da Regioni e Aziende una svolta di qualità, il superamento di posizioni burocratiche e vetero-aziendali.

Il bastone del comando a volte fa brutti scherzi, dà sbagliate sensazioni di potere. In comunità di lavoro così complesse e delicate dove contano l'intelligenza e la passione, non si risolvono i problemi in termini autoritari, ma con la ricerca quotidiana ed instancabile della partecipazione e del consenso cui i medici non vogliono, né possono sottrarsi.

Serafino Zucchelli

a cura di Arianna Alberti

IL PUNTO

Irak e Guantanamo: i medici militari Usa cancellano il giuramento di Ippocrate

di Alberto Andrion

Fino a pochi mesi addietro era solo un sussurro, ma ora le testimonianze sono molte, inopugnabili e non di parte: nelle zone operative di guerra (Irak, Afganistan) o nei campi per prigionieri "speciali" (Guantanamo nell'isola di Cuba) il ruolo dei medici dell'esercito americano non è solo quello di soccorrere e curare i propri militari e i prigionieri, ma soprattutto quello di fungere da consulenti tecnici per meglio raggiungere gli obiettivi riguardanti le attività di interrogatorio, di raccolta di informazioni e di "dissuasione" nei confronti del nemico. La posizione assunta ufficialmente dal governo americano tramite le varie istituzioni preposte (Pentagono, Dipartimento di Stato) afferma che il medico militare americano è unicamente un tecnico in materia medica dotato di particolari conoscenze e capacità e che ad esso non è applicabile il vincolo etico che caratterizza storicamente il rapporto medico-paziente.

Per meglio esemplificare a coloro che fossero dubbiosi sull'argomento, basti ricordare che secondo numerose testimonianze ormai agli atti delle commissioni di inchiesta e in base a dichiarazioni ufficiali, i medici militari Usa forniscono consulenza e controllano le procedure inerenti le pratiche di: deprivazione dal sonno, manipolazione dietetica (riduzione del cibo e dell'acqua), deprivazione sensoriale e isolamento, riduzione dell'aria condizionata in condizioni di calura, reazione emotiva in presenza di cani "da lavoro", ecc. Queste pratiche e questa "nuova filosofia" sono state recentemente condannate dall'Associazione Medica Mondiale (WMA) e sono state oggetto di un dettagliato, interessante e chocante articolo comparso ad inizio gennaio 2005 sul prestigioso e autorevole New England Journal of Medicine (Bloche MG and Marks H: When doctors go to war. NEJM vol. 352, 6 gennaio 2005, pp 3-6). Purtroppo, per chi crede ancora ai valori dell'etica medica e di una vera solidarietà il 2005 non è iniziato sotto buoni auspici!

USA

La WMA ribadisce i principi deontologici della professione medica durante i conflitti armati

L'etica medica è identica sia in tempo di guerra sia in tempo di pace. È quanto ha voluto riaffermare la WMA, la World Medical Association, nel corso dell'assemblea plenaria che ha tenuto a Tokyo, lo scorso ottobre, durante la quale ha approvato degli emendamenti alla sua linea programmatica, tesi a ribadire questo principio e che sono stati accolti anche dai delegati statunitensi e britannici.

La presa di posizione della WMA segue la pubblicazione di un dossier pubblicato su "The Lancet", a firma di Steven H. Miles, medico e bioetico, che denuncia complicità dello staff medico statunitense negli abusi ai detenuti nelle carceri irachene, afgane e di Guantanamo e in particolare il coinvolgimento di un medico e di uno psichiatra nella "progettazione" e "monitoraggio" degli interrogatori ad Abu Ghraib. Questi abusi conclude Miles, sono stati il frutto di "ordini militari indifferenti ai diritti umani". Le accuse ovviamente sono state respinte con forza dal Dipartimento della Difesa che le ha definite prive di fondamento.

"Non è etico che un medico dia il proprio parere o supporto ad azioni non compatibili con la salute del paziente o tese ad indebolirne la forza fisica o mentale senza giustificazione terapeutica" ha ribadito la WMA, sostenuta nella sua presa di posizione dalla ASBH, l'American Society for Bioethics and Humanities. "La WMA ha perfettamente ragione a voler sottolineare questo principio. L'etica non può cambiare perché sei nell'esercito, dobbiamo insegnarlo ai nostri studenti" afferma Arthur Derse, presidente della ASBH, che l'agosto scorso ha inviato una lettera al presidente Bush nella quale si chiede l'avvio di un'inchiesta sul coinvolgimento del personale medico negli abusi. "Non si tratta di una presa di posizione politica bensì di andare dritto al nocciolo della questione e cioè il significato dell'essere un medico" sottolinea Derse. Già nel 2003 la World Medical Association aveva iniziato ad affrontare il problema della "doppia lealtà", ovvero del conflitto tra le "richieste o gli ordini impartiti dalle forze militari o di polizia di prendere parte a pratiche che violano i diritti umani fondamentali, come la tortura" e la responsabilità primaria che il medico ha nei confronti del/della paziente. "Gli emendamenti approvati non sono specificamente correlati alla questione irachena, ma sono espressione di una preoccupazione più ampia che riguarda la condotta del medico in tutti i conflitti nel globo" spiega il portavoce della WMA. Ed infatti in una risoluzione del 2003 sulla responsabilità del medico nel denunciare atti di tortura o trattamenti crudeli, inumani o degradanti di cui egli sia venuto a conoscenza era stata delineata una linea di condotta cui il medico deve attenersi per gestire e denunciare casi di tortura o di abusi.

GERMANIA

Tagli, ticket e stop a nuovi investimenti anche per l'efficiente Krankenkasse

Con i tagli previsti dalle nuove riforme per il riassetto del Krankenkasse, il Ssn tedesco, i medici potrebbero vedersi ridurre gli stipendi dell'8 per cento. Nonostante la dura reazione della categoria il governo assicura però che le nuove misure per la sanità stanno già funzionando.

La prima protesta dei camici bianchi è stata quella di 270 interni del Charite hospital di Berlino, il più grande polo ospedaliero europeo, i quali, in contemporanea, hanno fatto pubblicare annunci per nuovi posti di lavoro sul giornale di settore "Aerzteblatt", minacciando l'amministrazione ospedaliera di attuare il proposito di una fuga collettiva se le loro richieste non fossero state oggetto di un accordo. Ad esacerbare gli animi dei giovani medici le condizioni dei nuovi contratti imposti dall'azienda, e che ora con le nuove riforme della sanità si vanno estendendo anche nel resto del Paese: una riduzione dell'8% sul salario, un orario lavorativo più lungo e nessun bonus vacanze. Quella che a una prima occhiata poteva passare come una protesta locale si è però rivelata il segnale di una crisi più ampia che sta investendo uno tra i più efficienti sistemi sanitari d'Europa.

"Il Ssn tedesco, che copre circa il 90% della popolazione ed è finanziato dai cittadini, è strettamente dipendente dall'economia nazionale: più è florida più denaro affluisce agli ospedali e agli altri settori della sanità...ma con un livello di disoccupazione che tocca quasi quota 5 milioni le prospettive non possono essere rosee per la sanità" dice Sybille Golkoski, portavoce dell'Ordine dei medici berlinesi. "Inoltre - aggiunge - quando c'è crisi le fasce economicamente più deboli sono anche quelle più colpite nella salute, anche psicologica: pensiamo alle difficoltà di grandi compagnie come la Opel con migliaia di esuberanti...".

I governi che si sono succeduti in oltre vent'anni non sono riusciti, nonostante gli sforzi e un quadro economico migliore, ad armonizzare i costi del sistema sanitario con le finanze nazionali; ora, in un periodo di "vacche magre" (non solo per la Germania) gli ospedali si ritrovano con budget ancor più sottodimensionati e con un numero più alto di pazienti da

curare. "La sanità pubblica è fortemente sottofinanziata, molto di più che nel ventennio precedente - dice Ulrich Frei, direttore sanitario del Charite hospital - e questo non può che comportare dei tagli. Il Krankenkasse ha tagliato i fondi agli ospedali e di conseguenza gli ospedali devono tagliare sui costi del personale". Il ragionamento non fa una grinza ma per la portavoce dell'Ordine dei medici berlinesi la tattica dei nuovi contratti adottata dal Charite hospital non è che un "escamotage" per abbassare il costo del personale.

Un altro timore legato all'introduzione delle nuove riforme per il biennio 2005-06 riguarda il possibile stop a nuovi investimenti. Finora il sistema sanitario tedesco ha avuto un doppio canale di finanziamento: quello federale e statale che fornisce, ad esempio, le risorse per gli investimenti nell'edilizia ospedaliera e nelle attrezzature e quello delle assicurazioni che copre le spese su base giornaliera; da quest'anno invece tutto sarà pagato dalla sanità pubblica e il rischio potrebbe essere quello di uno stop immediato a nuovi investimenti e attrezzature obsolete.

Altro punto dolente, i Diagnosis Related Group, i ben noti Drg che la Germania ha mutuato dal modello australiano, ovvero il sistema che rimborsa gli ospedali su base case-by-case anziché con una quota giornaliera. I medici temono che la loro introduzione possa comportare delle defaillance nelle cure per la veloce dimissione ospedaliera indotta dal fatto che il rimborso è calcolato sulla base del Drg, indipendentemente dai giorni di degenza. Secondo il direttore sanitario del Charite un'altra conseguenza potrebbe essere una disparità di trattamento da ospedale a ospedale: "per lo stesso disturbo una clinica potrebbe, per esempio, offrire ai pazienti una serie di esami ematici o di raggi X mentre un'altra prescrivere dell'aspirina o una terapia antibiotica".

"La corretta codificazione del sistema dei Drg è estremamente importante: a ogni patologia è attribuito un valore e un codice e il medico deve scegliere quello giusto, il che non è sempre semplice quando un paziente presenta più di un disturbo" sottolinea la portavoce dell'Ordine berlinese. "Inoltre ogni fase deve essere documentata su

supporto informatico, dalla diagnosi iniziale a quelle successive, alle complicazioni e alle procedure effettuate. Si tratta di un carico ancor più gravoso per il medico che deve impiegare ancor più del suo tempo dinanzi a un computer". Per il governo invece il nuovo corso garantirà al paziente una migliore qualità delle cure e una maggiore trasparenza, prevenendo diagnosi fasulle per ottenere rimborsi più alti. Inoltre non verrà intaccata l'universalità delle cure, uno dei principi fondanti del Ssn tedesco sin dal 1883.

Che le misure introdotte funzionino, sottolinea il portavoce del ministro della Sanità, lo prova il fatto che il costo dei farmaci a carico del Ssn è sceso a settembre del 5%, rispetto al mese precedente, e, dopo l'introduzione di un ticket di 10 euro per la prima visita effettuata nell'arco di un trimestre, è diminuito significativamente anche il numero dei pazienti che si sono fatti visitare.

Le polemiche mosse al ticket da 10 euro da parte di medici di famiglia e pazienti sono "incomprensibili" per il cancelliere Schroeder perché misure come queste contribuiranno a riportare il Krankenkasse in attivo e stabilizzeranno, se non ridurranno, i premi assicurativi.

Per i medici però tutto ciò comporterà un carico burocratico ancor più pressante per la categoria, mentre per i pazienti economicamente più svantaggiati un minore accesso alle cure.

A dispetto delle critiche suscitate dalle riforme e dalle difficoltà economiche che sta attraversando la sanità tedesca, e nonostante il fatto che un numero crescente di medici tedeschi sia salpato o sia in procinto di salpare per i lidi più attraenti di States o Scandinavia, conclude il direttore sanitario del Charite, "il Ssn tedesco è ancora, a giudizio pressoché unanime, uno dei migliori d'Europa, un sistema accessibile a tutti a prescindere dai mezzi economici, a differenza di quello statunitense, equo, perché ognuno contribuisce effettivamente sulla base di quanto guadagna. Inoltre disponiamo di ottime attrezzature, a differenza dei nostri colleghi inglesi, e nei nostri ospedali i letti sufficienti e nessun paziente deve aspettare 6 mesi per un intervento".

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Corte Costituzionale

Incostituzionale il blocco del turn-over nel Ssn

È incostituzionale la norma prevista dalle leggi Finanziarie 2003 e 2004 che impone alle Regioni e agli Enti Locali un blocco al 50% del turnover nelle assunzioni del personale, anche nel settore sanitario (con l'esclusione degli infermieri). Lo ha stabilito la Corte Costituzionale con sentenza n. 390.

Di seguito si riportano ampi stralci della sentenza.

Sentenza n. 390/2004

1. – Con otto distinti ricorsi (iscritti ai numeri 14, 15, 18, 19, 21, 22, 25 e 26 del registro ricorsi del 2003), le Regioni Marche, Toscana, Piemonte, Valle d'Aosta, Campania, Umbria, Emilia-Romagna e Veneto hanno promosso giudizio di legittimità costituzionale, tra altre norme, dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2003), a norma del quale: (...)

d) “per le Regioni e le autonomie locali, nonché per gli enti del Servizio sanitario nazionale si applicano le disposizioni di cui al comma 11”

(così il comma 10) il quale dispone che

e) “ai fini del concorso delle autonomie regionali e locali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, con decreti del Presidente del Consiglio dei ministri da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo accordo tra Governo, Regioni e autonomie locali da concludere in sede di Conferenza unificata, sono fissati per le amministrazioni regionali, per le province e i comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti che abbiano rispettato le regole del patto di stabilità interno per l'anno 2002, per gli altri enti locali e per gli enti del Servizio sanitario nazionale, criteri e limiti per le assunzioni a tempo indeterminato per l'anno 2003. Tali assunzioni salvo il ricorso alle procedure di mobilità, devono, comunque, essere contenute (...) entro percentuali non superiori al 50 per cento delle cessazioni dal servizio verificatesi entro l'anno 2002 tenuto conto, in relazione alla tipologia di enti, della dimensione demografica, dei profili professionali del personale da assumere, della essenzialità dei servizi da garantire e dell'incidenza delle spese del personale sulle entrate correnti. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale possono essere disposte esclusivamente assunzioni, entro i predetti limiti, di personale appartenente al ruolo sanitario”; (...)

h) “per l'anno 2003 le amministrazioni di cui al comma 1 possono procedere all'assunzione di personale a tempo determinato, ad eccezione di quanto previsto all'art. 108 del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, o con convenzioni ovvero alla stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel limite del 90 per cento della spesa media annua sostenuta per le stesse finalità nel triennio 1999-2001. Tale limitazione non trova applicazione nei confronti delle Regioni e delle autonomie locali, fatta eccezione per le province e i comuni che per l'anno 2002 non abbiano rispettato le regole del patto di stabilità interno, nonché nei confronti del personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale” (comma 13).

La ricorrente osserva che la normativa in esame, prevedendo un vero e proprio blocco generalizzato delle assunzioni di personale per le amministrazioni pubbliche tra le quali sono comprese le Regioni, disciplina la materia delle assunzioni e delle dotazioni organiche delle amministrazioni regionali e degli enti facenti parte del Servizio sanitario nazionale che non è fra quelle per le quali lo Stato ha potestà legislativa esclusiva, limitata dall'art. 117, secondo comma, lettera g), Cost. al solo “ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali”. Pertanto, la materia “dell'ordinamento e organizzazione amministrativa delle Regioni, degli enti locali e degli enti pubblici sublocali” spetta inequivocabilmente alla competenza legislativa esclusiva delle Regioni che risulta così lesa dalla norma in questione.

Secondo la ricorrente non sarebbe possibile ricondurre le disposizioni impugnate entro i confini della materia – assegnata dall'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. alla competenza esclusiva statale – della “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, risultando quest'ultima eterogenea rispetto al blocco delle assunzioni e delle dotazioni organiche, in particolar modo, delle strutture del servizio sanitario nazionale.

Anche ove fosse possibile ricondurre la norma impugnata nell'alveo della materia – di competenza legislativa concorrente ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost. – della “tutela della salute” o della “armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica”, continuerebbero a sussistere profili di illegittimità costituzionale nella misura in cui le norme censurate non dettano principi fondamentali, ma disposizioni di dettaglio, direttamente applicabili ai destinatari e non cedevoli a fronte dell'eventuale esercizio della potestà legislativa regionale. Tanto più che, ai sensi dell'art. 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), compete alle Regioni la funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Né infine sembra alla ricorrente che possa rivestire un qualche rilievo l'eventuale richiamo all'interesse nazionale, categoria non menzionata espressamente dalle norme del Titolo V della Costituzione e, comunque, inidonea ad escludere o limitare la potestà legislativa regionale;

Sarebbe inoltre ravvisabile una violazione dell'autonomia di spesa riconosciuta e garantita alle Regioni dall'art. 119 Cost., secondo cui queste sono l'unico soggetto abilitato a prevedere procedure e criteri di controllo della propria spesa pubblica, almeno fino a quando lo Stato non avrà dettato i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario di cui all'art. 119, secondo comma, Cost.

Ancora, il comma 11 dell'art. 34, nel prevedere un'ipotesi di allocazione di decisioni amministrative presso la Presidenza del Consiglio dei ministri che incardina in organi statali le relative funzioni ed attività, vio-

la l'art. 117, sesto comma, e l'art. 118, Cost. che fissano, rispettivamente, una ripartizione rigida della potestà regolamentare tra Stato e Regioni e i parametri costituzionali per la corretta distribuzione delle funzioni amministrative tra gli enti che costituiscono la Repubblica. Infatti, il decreto impugnato, per un verso, disciplina materie riconducibili all'art. 117, terzo e quarto comma, Cost. in relazione alle quali la potestà regolamentare spetta esclusivamente alle Regioni e, per altro verso, non richiama, né sono diversamente rinvenibili, espressamente od implicitamente, specifiche ragioni di esercizio unitario della funzione amministrativa tali da consentirne la riserva al livello di governo sovra regionale.

Peraltro, la finalità del comma 11, di garantire “il concorso delle autonomie regionali e locali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica”, non consente al legislatore statale di intervenire in settori materiali dell'ordinamento che gli sono sottratti, come quello relativo all'organizzazione amministrativa della Regione e degli enti subregionali; né l'intervento legislativo censurato introduce norme di coordinamento della finanza pubblica, ma stabilisce dei vincoli alla politica delle assunzioni del personale di Regioni ed enti locali. D'altra parte, lo stesso art. 3 della legge 27 dicembre 2002 n. 289, nell'istituire un organo consultivo – l'Alta Commissione di studio – con il compito di indicare al Governo i principi generali del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, ai sensi degli artt. 117, terzo comma, 118 e 119 della Costituzione, con evidenza rinvia l'individuazione di questi ad un futuro provvedimento legislativo statale, in tal modo inscrivendo le norme oggi censurate nella sfera di competenza legislativa residuale della Regione.

Inoltre, la previsione di un accordo tra Governo, Regioni ed autonomie locali per fissare criteri e limiti per le assunzioni per l'anno 2003, se è coerente con il principio del coordinamento di cui all'art. 119 Cost., non può costituire lo strumento per applicare puntuali limiti fissati unilateralmente dal legislatore statale in violazione del medesimo art. 119 Cost. (...)

4. – Le censure mosse al comma 11 sono fondate nei limiti di seguito precisati.

Non è fondata la censura volta a contestare che la legge statale possa prevedere meccanismi e procedure – ed in particolare “l'accordo tra Governo, Regioni e autonomie locali, da concludere in sede di Conferenza unificata” –, volti a far sì che vi sia il “concorso delle autonomie regionali e locali al rispetto degli obiettivi di finanza pubblica”, e possa inoltre prevedere che quanto previsto in quell'accordo sia trasfuso in un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che fissi “per le amministrazioni regionali, per le province e i comuni con popolazione superiore a 5.000 abitanti che abbiano rispettato le regole del patto di stabilità interno per l'anno 2002, per gli altri enti locali e per gli enti del Servizio sanitario nazionale, criteri e limiti per le assunzioni a tempo indeterminato per l'anno 2003”.

Tale previsione, infatti, costituisce puntuale attuazione del precetto costituzionale che attribuisce alla legge statale il compito di provvedere al “coordinamento della finanza pubblica”: compito legittimamente assolto coinvolgendo nell'individuazione dei “criteri e limiti per le assunzioni a tempo indeterminato” le Regioni e le autonomie locali e, poi, cristallizzando in un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri l'accordo che fissa quei criteri e limiti.

La circostanza che il medesimo comma 11 disponga che “fino all'emanazione dei decreti (...) trovano applicazione le disposizioni di cui al comma 4” – e cioè il “divieto di procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato”, fatte salve le eccezioni ivi previste – non costituisce violazione di alcuna norma costituzionale: si tratta, infatti, non solo di un divieto temporalmente limitato, ma anche e soprattutto di un divieto funzionalmente collegato all'accordo da raggiungere in sede di Conferenza unificata, quale strumento destinato a disciplinare, con il concorso delle autonomie regionali e locali, la materia delle assunzioni del personale a tempo indeterminato. È evidente che, in assenza di quel temporaneo divieto, le finalità perseguite con l'accordo sarebbero frustrate se, nelle more, le Regioni e gli enti locali potessero procedere, senza limiti di sorta, alle assunzioni ritenute opportune: come è evidente che l'intervento della legge statale in senso limitativo dell'autonomia delle Regioni e degli enti locali non è meno legittimo per ciò che il divieto da essa posto è assoluto, ma la sua legittimità va affermata considerando il carattere strumentale di quel temporaneo divieto ai fini della efficacia ed effettività della futura disciplina che scaturirà in sede di Conferenza unificata.

Altrettanto ovvio è che in sede di accordo ben possono essere individuati profili della disciplina di cui ai commi 1, 2, 3 (rideterminazione delle piante organiche nel rispetto del “principio della invarianza della spesa” e loro tendenziale “congelamento”), da applicare alle Regioni ed agli enti locali, e che anche tali contenuti dell'accordo raggiunto in sede di Conferenza unificata ben possono essere trasfusi nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri.

Le medesime ragioni, che impongono il rigetto delle censure mosse alle disposizioni del comma 11 fin qui esaminate, comportano l'accoglimento di quelle rivolte alla previsione per cui le assunzioni a tempo indeterminato, “fatto salvo il ricorso alle procedure di mobilità, devono, comunque, essere contenute, fatta eccezione per il personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale, entro percentuali non superiori al 50 per cento delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno 2002”.

Si tratta, infatti, di una disposizione che non si limita a fissare un principio di coordinamento della finanza pubblica, ma pone un precetto specifico e puntuale sull'entità della copertura delle vacanze verificatesi nel 2002, imponendo che tale copertura non sia superiore al 50 per cento: precetto che, proprio perché specifico e puntuale e per il suo oggetto, si risolve in una indebita invasione, da parte della legge statale, dell'area (organizzazione della propria struttura amministrativa) riservata alle autonomie regionali e degli enti locali, alle quali la legge statale può prescrivere criteri (ad esempio, di privilegiare il ricorso alle procedure di mobilità: sentenza n. 388 del 2004) ed obiettivi (ad esempio, contenimento della spesa pubblica) ma non imporre nel dettaglio gli strumenti concreti da utilizzare per raggiungere quegli obiettivi. (...)

Respinte, pertanto, le censure che investono i commi 53, 54, 55, 58, 61 e 65, occorre passare all'esame di quelle che concernono il comma 60: norma pressoché identica a quella contenuta nel comma 11 dell'art. 34 della legge n. 289 del 2002, e per la quale vale quanto si è precisato sopra, n. 4, ribadendo l'infondatezza delle censure relative alla parte in cui si prevede che l'accordo raggiunto in sede di Conferenza unificata sia trasfuso in un D.p.c.m. che fissi criteri e limiti delle assunzioni a tempo indeterminato, nonché l'infondatezza di quelle relative alla disposizione a tenore della quale “fino all'emanazione dei decreti trovano applicazione le disposizioni di cui al comma 53”; l'illegittimità costituzionale della disposizione a norma della quale le assunzioni a tempo indeterminato “devono comunque essere contenute (...) entro percentuali non superiori al 50 per cento delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno 2003”.(...)

PREVIDENZA

Pensioni ridotte per il futuro

Anche se non raggiungono più il 100 per cento dell'ultimo stipendio, i dipendenti della pubblica amministrazione, e fra questi i dirigenti medici delle Asl, vanno in pensione con importi che si avvicinano a questo traguardo. Infatti il **sistema retributivo**, la regola che riguarda i dipendenti che al 31 dicembre 1995 potevano vantare almeno 18 anni di contribuzione, mantiene il calcolo della prestazione, legandolo all'importo del trattamento stipendiale. In particolare la pensione viene determinata sommando due quote: la quota a), per le anzianità maturate sino al 31 dicembre 1992, riferendo i coefficienti di rendimento, allora vigenti, allo stipendio ultimo in godimento; la quota b) correlando il calcolo alla media degli stipendi degli ultimi dieci anni. Ricordiamo, poi, che sino al 1994 i coefficienti di rendimento, cioè il moltiplicatore percentualistico utilizzato per ogni anno di anzianità utile a pensione, era piuttosto elevato – specie per gli anni da 35 a 40 di contribuzione – raggiungendo anche il 3, 4 per cento per anno, e quindi consentendo di arrivare, con 40 anni di contribuzione, al 100 per cento. La riduzione, dal 1995, ad un costante 2% per anno, anche se non permette più di arrivare al 100%, tuttavia, consente di avere una pensione più che discreta, soprattutto per chi potrà vantare stipendi elevati negli ultimi anni di lavoro.

Non sarà così per coloro che andranno in pensione con il **sistema di calcolo pensionistico contributivo**. Sono questi non solamente i nuovi assunti (dal 1996), ma anche coloro che non raggiungevano, al 31/12/95, almeno 18 anni di contribuzione. Quest'ultimi ricadono nel sistema "misto": per le anzianità ante 1996 la loro pensione sarà calcolata, ancora, con il sistema retributivo, ma per le anzianità successive, le pensioni saranno quelle con il calcolo contributivo. I trattamenti futuri si basano, infatti, non sulle retribuzioni, ma su quello che nel corso della vita lavorativa si è versato all'ente previdenziale. Al momento del pensionamento questa massa di denaro, il cosiddetto "montante", viene moltiplicato per un coefficiente percentualistico che varia in relazione all'età del richiedente il trattamento. Dal prodotto fra montante e coefficiente scaturisce l'importo

della pensione annua. Il sistema prevede importi pensionistici davvero più modesti degli attuali. Basti considerare che i contributi degli anni iniziali di attività sono, in quanto basati su stipendi di importo ridotto, modesti. E questo riduce il "montante" finale. Poi i coefficienti di trasformazione viaggiano da un 4,72% per coloro che volessero andare in pensione con 57 anni d'età, sino ad un, ancora, modesto 6,13% per i sessantacinquenni. Ricordiamo che, però, dal 2008, per la nuova riforma pensionistica, è prevista un'uscita dal lavoro, con il pensionamento contributivo, solamente a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne. Di solito, per individuare la consistenza dei trattamenti pensionistici, vengono utilizzati i cosiddetti **tassi di sostituzione**, ovvero il rapporto tra la pensione, calcolata al raggiungimento dell'età anagrafica e di contribuzione necessaria per ottenere la pensione e l'ultima retribuzione percepita. Da simulazioni prodotte è stato rilevato che, a parità di retribuzione, un lavoratore dipendente, con il sistema contributivo, otterrà un trattamento inferiore a quello del lavoratore, soggetto al sistema retributivo, ove andasse in pensione con i medesimi requisiti. Le disparità si riducono, solamente, con anzianità più elevate per il dipendente ricadente nel sistema contributivo. Per colmare il divario il dipendente di oggi e pensionato di domani sarà costretto ad attivare una forma di previdenza integrativa. La Covip, la commissione per la previdenza integrativa, ha calcolato che per ottenere, da un fondo a capitalizzazione, quel 18-20% per cento mancante a riportare il tasso di sostituzione vicino all'ultima retribuzione in godimento, il lavoratore dovrà utilizzare, per alcuni anni, versamenti intorno al 9-10% del suo stipendio. Per chi vorrà mantenere, anche in pensione, lo stesso tenore di vita di quando lavorava non resta che pensarci subito ad attivare strumenti previdenziali integrativi o complementari. Solamente così potrà garantirsi lo stesso livello di reddito su cui poteva contare quando era in attività.

Claudio Testuzza

MEDICI IN PENSIONE

Perequazione delle pensioni al vaglio Inpdap

L'Inpdap, l'istituto previdenziale dei dipendenti pubblici, con una specifica nota operativa (n. 24 del 26 ottobre) è intervenuto nel merito dell'attribuzione della perequazione automatica delle pensioni, sollecitato da numerosi richieste da parte dei pensionati.

I trattamenti pensionistici trovano il loro aggiornamento economico mediante la cosiddetta perequazione automatica dei loro importi, basata sulla variazione del costo della vita. Al primo gennaio di ogni anno gli istituti previdenziali provvedono ad aggiornare i trattamenti utilizzando le percentuali indicate dall'Istat in merito all'avvenuta inflazione dell'anno precedente. Ben poca cosa. Ma che tuttavia, pur trattandosi di importi modesti, vengono, ulteriormente, taglieggiati da una serie di disposizioni, susseguitesi nel tempo, che ne riducono l'effetto. Infatti già con la legge n. 41 del 28 febbraio 1986, era stato stabilito che la percentuale di aumento della perequazione automatica si applicasse sull'importo non eccedente il doppio del trattamento minimo del Fondo pensioni per i lavoratori dipendenti (412,18 euro mensili per il 2004). Per le fasce di importo comprese fra il doppio ed il triplo del trattamento minimo detta percentuale veniva ridotta al 90% e per le fasce di importo superiore al triplo del trattamento minimo la percentuale era ulteriormente ridotta al 75%. La legge finanziaria per il 1998, la numero 449, ha mitigato, in parte, questa riduzione, ponendo il limite oltre il quale non spetta l'intero trattamento di perequazione alle pensioni di importo superiore a cinque volte il trattamento minimo. Ultimamente, dal 2001, con la legge n. 388/2000, è stato disposto che la percentuale di aumento per variazione del costo della vita si applica per intero sull'importo di pensione non eccedente il triplo del minimo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti e che per le fasce di importo comprese tra il triplo ed il quintuplo del minimo la percentuale di aumento è ridotta al 90%, e per le fasce d'importo eccedenti il quintuplo del

minimo la percentuale di aumento viene ridotta al 75%. I pensionati ricorrenti, titolari di trattamenti pensionistici liquidati in data anteriore al 1 gennaio 1995, hanno più volte posto in diffida l'istituto previdenziale in quanto ritenevano che il diritto alla perequazione automatica dovesse essere attivato non prendendo in considerazione, ai fini della individuazione della fascia di importo su cui applicare gli aumenti percentuali, il complessivo trattamento pensionistico, ma, invece, i distinti importi dell'indennità integrativa speciale e della pensione. Alla base di tale richiesta, gli interessati hanno posto diverse indicazioni legislative che farebbero intendere che le percentuali di variazione debbano essere determinate separatamente sulle due voci costituenti il trattamento complessivo. L'istituto è invece di parere opposto. Anzi sottolinea che una sentenza della Corte dei Conti, la numero 430 del 14 marzo 2000 – sezione giurisdizionale del Lazio – afferma che "il costante riferimento al singolare 'importo' cui correlare gli aumenti non può che indicare il complessivo trattamento pensionistico, comprensivo dell'indennità integrativa speciale, sia la stessa ratio delle citate norme, ispirate dall'evidente intento del legislatore di graduare le percentuali di aumento in relazione al complessivo trattamento pensionistico in godimento". Peraltro, aggiunge l'Inpdap, operando nel modo richiesto dai ricorrenti, si configurerebbe un'evidente inaccettabile disparità di trattamento tra il personale collocato in quiescenza a decorrere dal 2/1/1995, in dipendenza della inclusione dell'indennità integrativa speciale nella base pensionabile, e quello già in pensione, in data precedente, nei cui confronti l'indennità integrativa speciale viene erogata come emolumento a sé stante, ancorché entrambi titolari di una pensione dello stesso importo complessivo.

(C.T.)

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

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

coordinamento editoriale
Cesare Fassari

hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Paola Carnevale, Lucia Conti
Francesco Maria Mantovani, Stefano Simoni
Claudio Testuzza
Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Editore

Italpromo Esis Publishing

Via dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299822

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Ancona

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di gennaio 2005