

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 ROMA N.11/2006

IL DOCUMENTO FINALE DEL CONSIGLIO NAZIONALE - STRESA 6 E 7 LUGLIO 2007

I medici chiedono soluzioni concrete

Il Consiglio Nazionale dell'Anaao Assomed, riunito a Stresa il 6 e 7 luglio 2007, approva la relazione del Segretario nazionale ed esprime piena consapevolezza dello stato di profonda insoddisfazione che vive oggi la categoria.

A due mesi dallo sciopero nazionale di tutta la Dirigenza Medica del 4 maggio, ancora nessuna delle motivazioni che lo hanno sostenuto ha trovato una soddisfacente risoluzione.

Il Comitato di settore non ha ancora emanato l'atto di indirizzo necessario all'apertura del tavolo contrattuale per il rinnovo del Ccnl 2006-2009 che ha subito una preoccupante svalutazione del suo potere di acquisto. Anche per questo appare preoccupante l'assenza di riferimenti nel Documento di programmazione economica e finanziaria (Dpef) alla necessità di assicurare una rivalutazione economica della indennità di esclusività di rapporto che ha perso potere di acquisto in questi anni (16,8%), legando le risorse destinate al suo finanziamento alla massa salariale e alla sua dinamica di crescita.

segue in ultima

**SUL NUOVO NUMERO DI "INIZIATIVA OSPEDALIERA"
LA FOTOGRAFIA DEI SISTEMI SANITARI DI 25 PAESI DELLA UE**

La sanità in Europa

Quali sono le differenze dei sistemi assistenziali nei Paesi dell'Unione Europea? Quanto stanziava ogni Stato per la sanità, e come vengono amministrati e gestiti gli ospedali? E ancora, quali sono le norme che regolano il percorso formativo e la vita professionale dei medici?

A questi ed altri quesiti darà risposta l'ultimo numero di "Iniziativa ospedaliera", la rivista di approfondimento monografico dell'Anaao Assomed, che ha fotografato lo stato dell'arte dei sistemi sanitari di 25 Stati membri nel 2006. Il riconoscimento dei titoli di studio e la libera circolazione dei professionisti nella Ue impongono, ora più che mai, la conoscenza dell'organizzazione dei sistemi sanitari vigenti nei Paesi dell'UE. A tale fine questo lavoro offre uno strumento estremamente valido e consente, inoltre, di poter effettuare una comparazione tra le varie strategie politico-sanitarie adottate in Europa. Dai dati elaborati si evince che nella maggior parte dei Paesi il finanziamento

avviene con fondi provenienti dalla fiscalità generale e dalle assicurazioni obbligatorie pubbliche e private. In generale la copertura sanitaria è universale con un contributo da parte dei cittadini; a Cipro per il 40% della popolazione, le cure sono a carico del cittadino, mentre in Austria il paziente ricoverato paga un contributo giornaliero. La media dei posti letto per acuti è di 4 ogni mille abitanti, invece in Finlandia e Olanda è rispettivamente di 2,3 e 3 p.l. Nella maggior parte dei casi i medici ospedalieri sono a rapporto di dipendenza e con Ccnl, poche le eccezioni come in Olanda dove le retribuzioni avvengono in base all'impegno orario e alla patologia trattata. Solo in Francia e Danimarca la specializzazione non è necessaria per lavorare in Ospedale. Per quanto riguarda la Libera professione è libera in Austria, Regno Unito, Irlanda e Danimarca, è consentita a chi non lavora in esclusiva in Spagna e Portogallo, ai soli Direttori di struttura in Germania.

PRIMO PIANO

*Le proposte
dell'Anaao Assomed
sul Dpef 2008-2011*

A PAGINA 2

PRIMO PIANO

*Interviste ai senatori
Ignazio Marino
e Antonio Tomassini.
Lo stato dell'arte
dei provvedimenti
sanitari in Parlamento*

ALLE PAGINE 3-4

L'INTERVISTA

*Il presidente
della Fnomceo
Amedeo Bianco
fa il punto sui risultati
raggiunti e gli obiettivi
futuri della Federazione*

A PAGINA 5

SPECIALE REGIONI

*Focus su Emilia
Romagna e Lazio.
Interviste agli assessori
alla salute
Giovanni Bissoni e
Augusto Battaglia
e ai segretari regionali
Anaao Assomed
Claudio Aurigemma e
Donato Antonellis*

ALLE PAGINE 6-9

ATTUALITÀ

*Il Rapporto
sull'attività di ricovero
negli ospedali italiani*

ALLE PAGINE 10-12

L'ANAAO ASSOMED TRA DPEF E FINANZIARIA

Indennità di esclusività, precariato, previdenza: le priorità del sindacato

Rivalutazione dell'indennità di esclusività, interventi sulla previdenza obbligatoria, lotta al precariato. Sono queste alcune delle proposte che l'Anaao Assomed ha avanzato nella fase preparatoria del Dpef 2008-2011 e che restano valide in vista della prossima Finanziaria

Le "risorse umane e professionali" costituiscono il capitale più importante in tutte le aziende che producono servizi, a maggior ragione se la "mission" di queste è prevalentemente di tipo etico, come quelle pubbliche e sanitarie.

La cura di questo capitale, gli investimenti necessari per garantire una performance qualitativa adeguata e l'accrescimento del grado di "fidelizzazione" del personale dipendente, costituiscono pertanto gli obiettivi prioritari non solamente di queste aziende, ma in primis "dell'azienda Stato" a cui appartengono.

In considerazione della maggiore rilevanza ed attualità di questo tema rispetto al passato, l'Anaao Assomed intende partecipare costruttivamente al dibattito in atto nel Paese ed attraverso il presente documento suggerire un'azione programmatica che auspichiamo possa essere presa in considerazione in occasione della stesura del Dpef per gli anni 2008-2011, di prossima emanazione. Il documento si completa con osservazioni relative a ulteriori argomenti che presumibilmente troveranno una soluzione nel Dpef.

INDENNITA' DI ESCLUSIVITA' DI RAPPORTO

Il Decreto legislativo 229 del 1999, fra i diversi cambiamenti apportati al precedente decreto 502 del 1992, ha introdotto, come è noto, il principio legislativo dell'esclusività di rapporto dei dirigenti medici e veterinari dipendenti del Ssn ed una nuova visione dell'istituto della libera professione, considerata non solamente un diritto per i medici ospedalieri, ma anche un'opportunità importante per i cittadini ed una risorsa aggiuntiva per la medicina pubblica. Per tali motivi la legge ha ritenuto necessario garantire ai medici ospedalieri la possibilità di esercitare la libera professione in condizioni idonee all'interno delle aziende sanitarie, sottoponendola a precise norme regolamentari. Contestualmente è stato introdotto un sistema premiante per il rapporto di lavoro esclusivo (indennità di esclusività di rapporto), a parziale indennizzo della rinuncia al diritto individuale di esercitare la libera professione senza sottostare a regole definite poste dall'azienda. Gli importi e le modalità distributive di tale indennità sono stati individuati dal Ccnl 1998-2001 dell'area della Dirigenza medica e veterinaria.

Da allora ben poco è stato fatto dalle Regioni e dalle Aziende sanitarie per rendere fruibile a tutti i medici e veterinari tale diritto in regime intramoenia. Le stesse aziende frequentemente hanno preferito spingere i loro dirigenti medici e veterinari verso la ricerca di soluzioni "temporanee" al di fuori della struttura pubblica (libera professione intramoenia allargata). Contemporaneamente i valori economici dell'esclusività sono rimasti fermi a quelli individuati inizialmente nel 1999, malgrado negli an-

ni l'inflazione abbia eroso una parte rilevante del loro reale potere d'acquisto e malgrado gli altri istituti contrattuali siano stati nel frattempo rivalutati più volte con i Contratti collettivi nazionali.

Recentemente il Governo, con il disegno di legge n. 1558 attualmente all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato, ha inteso rafforzare ulteriormente il principio ed i vincoli derivanti dall'esclusività per i medici ospedalieri, ponendo fine in questo modo alla possibilità di esercitare la libera professione intramoenia cosiddetta "allargata" e negando l'opzione del rapporto non esclusivo per i direttori di struttura complessa e per i responsabili di struttura semplice a cui è affidato un budget.

L'attuazione delle norme sopra citate comporta, paradossalmente, una penalizzazione per chi ha scelto di lavorare in modo esclusivo per la Medicina pubblica. L'obiettivo del legislatore non era questo, bensì l'opposto.

L'Anaao Assomed ritiene pertanto necessario ed urgente correggere tale distorsione. L'Associazione chiede, pertanto, che nel Dpef di prossima emanazione sia prevista la rivalutazione economica dell'indennità di esclusività a partire dal 31 dicembre 2007 e che venga inserita nel bilancio economico dell'anno 2008 e successivi, attribuendole lo stesso incremento medio contrattuale introdotto in questi anni dal Ccnl (16,8%) al fine di riportarla agli indici di potere di acquisto dell'anno 2000 (cfr. tabella). Le risorse necessarie per la rivalutazione dell'indennità sono state calcolate in circa 170 milioni euro/anno, ad invarianza di numero di dirigenti esclusivi, da reperire attraverso un finanziamento extra-contrattuale, riproponendo il meccanismo utilizzato in fase di prima applicazione dell'esclusività di rapporto.

L'Anaao Assomed, al fine di evitare le sperequazioni sopra descritte, chiede inoltre che le risorse complessive destinate al suo finanziamento siano ricomprese nella massa salariale a partire dal 31 dicembre 2007 e che siano quindi definitivamente corrispondenti alla sua dinamica di crescita a partire dall'anno 2008.

L'importanza e la congruità di questa richiesta ha trovato recentemente un riconoscimento ufficiale anche nel ministro della Salute, che in ripetute dichiarazioni ufficiali ha assicurato a tal proposito il Suo impegno per soddisfarla.

ASSETTI PREVIDENZIALI

Per quanto riguarda gli assetti previdenziali non può sfuggire al Governo la grave penalizzazione dei giovani dirigenti medici il cui ritardato ingresso nel mondo del lavoro è dettato solo dal prolungamento dei corsi di specialità previsto dalle normative Cee. Tale condizione, comune a tutti i giovani laureati, è più evidente per la Dirigenza medica il cui accesso ai concorsi è possibile solo dopo il completamento di un lungo iter di studi (corso di lau-

rea della durata di 6 anni e successivo corso di specializzazione obbligatorio della durata di ulteriori 4 o 6 anni). È evidente che l'accesso alla professione ad un'età media di oltre 35 anni e comunque superiore al 30° anno non consente un congruo trattamento pensionistico.

Una iniziale risposta al problema è stata data dal varo dei primi atti normativi della previdenza complementare, il cui iter peraltro, nel Pubblico impiego, risulta essere complesso e difficoltoso nonostante una chiara e favorevole volontà politica. Tuttavia occorre anche agire sulla previdenza obbligatoria favorendo il riscatto dei corsi di laurea e di specializzazione con incentivi e prevedendo il riconoscimento degli anni di studio non solo ai fini economici ma anche per i giovani neoassunti a regime contributivo puro. Con favore ed attenzione abbiamo appreso che sono allo studio provvedimenti in tal senso, indispensabili per non penalizzare le professioni intellettuali specialistiche. L'Anaao Assomed si dichiara inoltre favorevole all'abolizione del divieto di cumulo di altri redditi alla pensione perché non solo non incrementerebbe i costi, ma potrebbe costituire una risorsa sia favorendo un auspicabile turnover nella pubblica amministrazione e sia favorendo le attività e le contribuzioni da parte dei pensionati. Infine ci auguriamo che i dipendenti del Ssn delle autonomie possano essere equiparati alla restante dirigenza statale per quanto attiene tutte le prestazioni previdenziali.

DETAZZAZIONE E DECONTRIBUZIONE DEGLI STRAORDINARI E/O DEGLI AUMENTI CONTRATTUALI E RIASSORBIMENTO DEL LAVORO PRECARIO

L'Anaao Assomed, si dichiara inoltre favorevole nei riguardi di alcune innovazioni ipotizzate sul trattamento fiscale delle prestazioni lavorative, quali in particolare la detassazione e la decontribuzione degli straordinari o degli aumenti contrattuali. Tali innovazioni dovranno essere previste anche per il Pubblico Impiego ed in particolare per il settore della Sanità, solo in questo modo potrà essere rilanciata la produttività della Pubblica amministrazione.

L'incentivazione al lavoro straordinario tuttavia non può però prescindere dal superamento del lavoro precario. Tale processo è recentemente iniziato nell'Amministrazione dello Stato, grazie allo stimolo indotto dall'ultima Legge Finanziaria con dei finanziamenti aggiuntivi che però sono stati negati al Ssn, nonostante l'ampiezza e la gravità di tale fenomeno in un servizio fondamentale per lo sviluppo del Paese.

L'Anaao Assomed, chiede che il processo di riassorbimento del lavoro precario sia tempestivamente esteso al Ssn ed a tal proposito il Dpef lo preveda come suo obiettivo a cui destinare specifiche risorse.

Perdita del valore dell'indennità di esclusività di rapporto per mancati aumenti contrattuali

Qualifica	Indennità esclusiva con 13 ^a al 31.12.99	Aumenti 2000-2001 e coda contrattuale 3,22%	Aumenti 2002-2003 5,98%	Aumenti 2004-2005 4,31%	Aumenti 2006-2007 4,46%	Totale perdita annuale attuale
Struttura complessa	17.900,48	18.476,86	19.581,79	20.425,76	21.336,75	3.436,27
> 15 anni	13.427,88	13.860,26	14.689,10	15.322,20	16.005,57	2.577,69
> 5 anni	9.852,71	10.169,97	10.778,13	11.242,69	11.744,09	1.891,38
< 5 anni	2.441,08	2.519,68	2.670,36	2.785,45	2.909,68	468,60

Nb: non si tiene conto del passaggio tra scagioni. L'indennità di esclusività è ferma al 31/12/1999. I valori degli aumenti 2006-2007 sono quelli previsti dalla legge finanziaria 2007.

Perdita percentuale	100%	96,78 %	90,99 %	87,07 %	83,19 %	- 16,81%
---------------------	------	---------	---------	---------	---------	----------

Fonte: elaborazione Anaao Assomed su dati Ccnl dal 2000 al 2005 e previsione per il 2006-2007

NON DECOLLANO IN PARLAMENTO I MAGGIORI PROVVEDIMENTI CHE INTERESSANO IL MONDO SANITARIO

Lusenti: “Vogliamo i fatti”

Il tempo dei rinvii è scaduto. Governo e Ministro devono tenere fede agli impegni presi. È questa la richiesta avanzata dall'Anaa Assomed, dal momento che i maggiori provvedimenti che interessano il futuro professionale dei medici – Libera professione intramuraria e rischio clinico, ammodernamento del Ssn, interventi sull'Università, testamento biologico (pubblichiamo in queste pagine le sintesi) – non tagliano ancora il traguardo.

Soprattutto, rischia di rimanere al palo, se non ci sarà un'accelerazione, il Disegno di legge che deve decidere del destino dell'intramoenia allargata: i tempi sono, infatti, strettissimi dal momento che entro il 31 luglio il Parlamento deve trasformare in legge il provvedimento, prima che venga vanificato dalla scadenza stabilita

dal decreto Bersani.

L'Anaa Assomed ha quindi chiesto al Governo, e in particolare al ministro della Salute, Livia Turco, di “tenere fede agli impegni assunti trasformando il Ddl sull'intramoenia e sull'esclusività di rapporto con il Ssn in un Decreto legge e garantendone la conversione prima della pausa estiva”. Anche perché, come ha affermato a chiare note il segretario nazionale, Carlo Lusenti, se i tempi di approvazione del provvedimento non verranno rispettati, i medici e gli altri dirigenti del Ssn non assisteranno passivamente alla possibilità di esigere un loro diritto. Soprattutto quando ci sono Regioni e aziende sanitarie ancora inadempienti nei confronti degli obblighi normativi sanciti dalle leggi. Peraltro, ha spiegato Lusenti “ciò aprirebbe

la strada a un contenzioso di massa teso a bloccare improvvisate iniziative delle aziende. E sarebbe un problema di credibilità politica del Governo e del ministro della Salute. È giunto il momento di capire – ha concluso – se la sanità è governata dal ministero della Salute o se essa è affidata a temporanee soluzioni lasciate al caso”.

Sullo stato dell'arte dei provvedimenti hanno detto la loro i senatori, Ignazio Marino e Antonio Tomassini. Marino ha ricordato che la Commissione parlamentare ha lavorato e sta lavorando alacremente sui provvedimenti ma, sottolinea, è anche tempo di stringere. Più polemico il senatore dell'opposizione Tomassini che sul Ddl intramoenia ha lanciato pesanti bordate al ministro Livia Turco.

I PARERI DI MAGGIORANZA E OPPOSIZIONE

**Intervista a Ignazio Marino,
Presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato**

“Premiare il merito e sanzionare il demerito”

Presidente Marino, a che punto sono i lavori per il provvedimento sull'intramoenia allargata?

In questi mesi abbiamo lavorato intensamente, anche con un'indagine conoscitiva molto approfondita, per dare alla Libera professione intramoenia risposte efficaci, anche perché la scadenza del 31 luglio è alle porte. Siamo fortemente intenzionati a riportare la Lpi all'interno delle Aziende, per motivi organizzativi ma soprattutto assistenziali. Se un chirurgo opera un paziente per un tumore al fegato la mattina e il pomeriggio svolge la Lp in uno studio privato a 15 km di distanza, è chiaro che in caso di complicità quel paziente non potrà ricevere immediatamente le sue cure. Inoltre, credo che i medici abbiano tutto da guadagnare a lavorare nella struttura che offre risorse, strumentazione e team con cui è abituato ad operare.

Per quanto riguarda le polemiche sui comportamenti “non virtuosi” dei medici, si tratta solo di una minoranza. Abbiamo comunque previsto dei provvedimenti che consistono, in sintesi, in un maggiore controllo amministrativo da parte dell'Azienda, in particolare nella gestione delle prenotazioni e dei pagamenti delle prestazioni.

In ogni caso, e lo vogliamo sottolineare anche nel provvedimento, non si può certo dire che la colpa di quanto accaduto fino ad oggi sia esclusivamente dei medici. Lo dimostra il fatto che, nonostante le risorse a disposizione per realizzare gli spazi ad hoc, vi sono Regioni che negli ultimi 7 anni non hanno neanche avviato

le procedure per richiedere i finanziamenti. È chiaro che in queste situazioni la responsabilità è degli amministratori. Per risolvere questo nodo sarà inserito un meccanismo sanzionatorio per chi non svolge il proprio dovere: se non verranno presentati al ministero i progetti per la realizzazione di spazi entro un lasso di tempo – che dovrebbe essere di 18 mesi – il Governo centrale potrà esercitare un potere sostitutivo e nominare dei commissari ad acta, togliendo questa funzione ai Dg.

Quali sono, secondo lei, i passaggi più importanti del Ddl sull'ammodernamento del Ssn?

Il provvedimento è ancora in fase di scrittura al ministero della Salute. Con il ministro Turco abbiamo condiviso la necessità che, in sanità, la politica compia un passo indietro. Si potrà occupare di programmazione ma senza interferire con le nomine per i posti apicali, che devono essere fatte sulla base del merito e delle competenze e non dell'appartenenza politica.

segue a pag. 4

**Intervista ad Antonio Tomassini,
componente della Commissione Igiene e Sanità del Senato**

“Poco spazio per gli atti di iniziativa parlamentare”

Senatore Tomassini, qual è lo stato dell'arte dei provvedimenti allo studio del Senato?

I provvedimenti sulle Aziende ospedaliere universitarie e sulla tutela della salute e sicurezza del lavoro sono pronti per l'Aula di Palazzo Madama. Il Ddl sull'intramoenia è in discussione e ha guadagnato 50 emendamenti. Soprattutto c'è stato un dibattito solo sul testamento biologico, intramoenia e sicurezza del Ssn. Quello che constato è che da inizio legislatura ad oggi, tranne per quei provvedimenti su cui occasionalmente e forzatamente c'è stata la possibilità di esprimerci, ossia Finanziaria o Ddl Bersani, per gli atti di iniziativa parlamentare non c'è stato grande sviluppo.

Affrontiamo la questione intramoenia.

Qui la maggioranza non ha parlato, lo ha fatto il Ministro Livia Turco con un disegno di legge e per questo riteniamo che la Commissione debba sentirsi profondamente tradita. Il Ministro aveva, infatti, preso l'impegno con una lettera agli atti della commissione

a non intervenire sull'argomento se non dopo aver preso visione delle raccomandazioni e delle osservazioni finali dell'indagine conoscitiva sulla Lpi svolta dalla Commissione. Ma nel Ddl della Turco non c'è traccia delle nostre osservazioni, anzi è pieno di prese di posizione unilaterali, demagogiche e in più non argomentate. Su questo daremo battaglia.

Sul testamento biologico?

Il percorso si sta riempiendo di difficoltà. Nella scorsa legislatura abbiamo lavorato nell'ombra e con discrezione, mentre adesso c'è troppo clamore, troppa sovraesposizione. Comunque in questo momento la Commissione non ha una direzione precisa. La proposta del Presidente e del relatore è che si vada alla discussione generale su tutti i provvedimenti partendo dal fatto che i punti discordanti sono minori rispetto a quelli concordanti. Questo è un metodo che non condivido perché il relatore deve prendersi la responsabilità o di creare un comitato ristretto o di comporre un Ddl che sintetizzi tutti quelli presentati. L'impressione è che la Commissione faccia melina perché non sa dove andare.

Com'è la situazione sul settore universitario?

Stiamo per andare in aula. C'è stata larga intesa con la maggioranza su elementi emendativi importanti che hanno sostanzialmente riportato le Università ad aderire al progetto del D.lgs 517 nell'ottica di aumentare i poteri regionali sulle Aziende ospedaliere-universitarie. Anzi, su questa materia, la commissione ha battuto

segue a pag. 4

Le proposte di legge per il “Testamento biologico”

I principi condivisi

Il cittadino, pur non avendo l'obbligo, può indicare in anticipo le cure che accetta o rifiuta nel caso in cui non può intendere o volere. Nomina da parte del paziente di un fiduciario che interpreta il suo volere. Possibilità di modifica in ogni momento delle volontà espresse nel testamento biologico.

No all'accanimento terapeutico.

I punti di conflitto

1) Interruzione dell'alimentazione forzata e dell'idratazione. Per medici e tecnici sentiti nelle audizioni possono essere interrotte in quanto sono terapie. Non sono d'accordo le teo-dem Binetti e Baio Dossi in quanto sostengono che bere e mangiare non

sono terapie e pertanto non possono essere interrotte. 2) Se il fiduciario del paziente e il medico sono in conflitto, il soggetto neutro che decide è il giudice o il Comitato etico dell'ospedale? 3) Il medico sarà obbligato a rispettare la volontà del paziente o può esercitare obiezione di coscienza? 4) Chi decide quando la terapia sconfina nell'accanimento terapeutico?

Ignazio Marino

“Premiare il merito e sanzionare il demerito”

segue da pag. 3

Comunque penso che un passaggio essenziale per l'ammodernamento del sistema sia quello di stabilire obiettivi certi che, se non saranno raggiunti, comportino la rimozione del Dg. Ci sembra, infatti, che in questo momento stabilire seri controlli e conseguenti serie sanzioni sia l'unico in grado di dare una svolta alla sanità italiana.

Stare lavorando anche sulla questione dell'età pensionabile?

Non so se sarà inserita nel testo del Ddl per l'ammodernamento del Ssn. Credo che occorranza limiti rigorosi, anche perché è inimmaginabile inserire nel mercato del lavoro figure professionali giovani estendendo sempre di più l'età pensionabile. Inoltre, determinate attività non richiedono soltanto preparazione, intelligenza e precisione, ma anche u-

no sforzo fisico che dopo una certa età declina per natura. Non si può pensare di far affrontare ore e ore di interventi delicati a un chirurgo di 73 anni.

Come sta andando invece la discussione sul testamento biologico?

La Commissione sta lavorando su dieci proposte di legge. Oltre al testo base che ho presentato personalmente, gli altri nove pur essendo simili divergono su pochi ma importanti aspetti.

Per esempio io penso che se si creano dei conflitti tra il medico e i familiari o il fiduciario, che interpreta le volontà del paziente scritte nel testamento biologico, si debba ricorrere al comitato etico e la questione vada risolta all'interno dell'ospedale. Ma c'è chi ritiene, come Rifondazione Comunista, che debba invece intervenire la magi-

struttura. Insomma, vi sono posizioni divergenti su cui occorre trovare un punto di incontro. C'è anche chi ritiene che il Ddl debba essere elaborato in tempi più lunghi, per eseguire ulteriori approfondimenti. Ma ne discutiamo ormai da tre legislature. Mi sembra che di materiale e tempo per riflettere ce ne sia stato abbastanza. Il cittadino ora ha bisogno di risposte e la politica deve prendersi le proprie responsabilità. (L.C.)

medicina. Nei casi di inadempienza, dopo sei mesi dall'entrata in vigore della legge, sarà nominato un commissario ad acta per procedere al trasferimento dei beni.

Rischio clinico. Previsto un finanziamento di 200mila euro per il 2007, e di 1 mln di euro dal 2008 per adottare misure di controllo e gestione del rischio clinico, incluso il rischio di infezioni nosocomiali, nonché di monitoraggio degli errori e degli eventi avversi delle procedure diagnostiche e terapeutiche.

Contenuti del Ddl “Interventi per il settore sanitario e universitario”

Aziende integrate ospedaliere-universitarie. Sono aziende di diritto pubblico e raggrupperanno le Ao, i policlinici universitari a gestione diretta, i presidi e le Ao collegati ai corsi di laurea in medicina e chirurgia e tutte le altre strutture di diritto pubblico in ambito ospedaliero-universitario.

Beni immobili. Alle aziende integrate saranno trasferiti a titolo gratuito gli immobili attualmente di proprietà dello Stato, del demanio e dell'università utilizzati dalle facoltà di

Antonio Tomassini

“Poco spazio per gli atti di iniziativa parlamentare”

segue da pag. 3

in termini di tempo il Governo con due elementi particolarmente qualificanti e significativi. Il primo è quello di avere prodotto un ordine del giorno, impegnativo per l'Esecutivo, che definisce l'unità di valutazione del rischio tecnologico e del rischio clinico, ed è stato approvato all'unanimità. L'altro principio riguarda la turnistica. A norma di legge i turnisti di alcuni servizi pubblici, quindi anche degli ospedali, non possono avere meno di undici ore di riposo tra un turno e l'altro. Il principio, sacrosanto da un punto di vista dei diritti, deve però fare i conti con le esigenze di conduzione di un'azienda da parte del Direttore ge-

nerale che si vede nell'impossibilità di assumere, nell'impossibilità di non far fare le ferie, nell'impossibilità di estendere gli straordinari, nell'impossibilità di sostituire gli uni con gli altri perché uno strumentista non è sostituibile con un tecnico di radiologia e via dicendo. Insomma, la norma è difficilmente rispettabile e il rischio è di incorrere in grosse multe che puntualmente poi paga l'ospedale, il che si traduce con meno servizi per i cittadini. Il lavoro che sta facendo la Commissione è di trovare dei meccanismi, nel rispetto dei diritti sindacali dei lavoratori, che permettano delle deroghe e una modulazione di queste norme che altrimenti bloccano il sistema. (S.S.)

Contenuti del provvedimento su sicurezza Lpi ed esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario del Ssn*

*Al momento di andare in stampa si profila la possibilità di stralciare gli articoli sulla sicurezza nelle strutture sanitarie

Cure sicure. Istituzione in ogni struttura di un soggetto per la gestione del rischio clinico.

Esclusività del rapporto di lavoro. È obbligatoria per tutta la durata dell'incarico per i direttori di struttura complessa. Per i direttori di struttura semplice solo nei casi stabiliti dalle Regioni.

Gestione diretta. L'Lpi sarà gestita direttamente dalle Asl attraverso: tariffario equo e adeguato a garantire la copertura dei costi dei servizi resi; affidamento a personale dell'Asl della prenotazione, da eseguirsi in tempi e sedi diversi rispetto a quelli ordinari, e della fatturazione delle prestazioni in Lpi. Ciò per evitare abusi e illeciti e garantire che i volumi di prestazioni in Lp non superino quelli eseguiti nell'orario di lavoro.

Ingegneria clinica. L'istituzione di questo servizio in ogni struttura sanitaria dovrà garantire l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici, prevedendo procedure specifiche e più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le

verifiche periodiche di sicurezza.

Opzione sull'esclusività. È consentita la scelta tra rapporto esclusivo e non esclusivo, e viceversa, alla scadenza dei contratti individuali per tutti i dirigenti del ruolo sanitario che non ricoprono incarichi di direzione di strutture complesse o, in alcuni casi, anche di strutture semplici.

Proroga di un anno. Le Regioni entro il 31 luglio 2008 dovranno realizzare gli spazi interni alle strutture per garantire pienamente l'esercizio della Lpi.

Risarcimenti più celeri. Varo di norme per facilitare la soluzione delle vertenze per danni derivanti da prestazioni fornite dagli operatori sanitari.

Spazi alternativi per l'intramoenia. Le Regioni potranno acquisire spazi ambulatoriali alternativi esterni, tramite acquisto, locazione o convenzione, per far svolgere la libera professione ai medici.

Contenuti della bozza del Ddl “Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale”

Area omogenea di Medicina generale. Di nuova istituzione comprende tutti i medici convenzionati con il Ssn che operano nell'assistenza primaria, continuità assistenziale e medicina dei servizi.

Assr. Avrà un nuovo regolamento e funzioni più marcate per il monitoraggio dell'efficienza, economicità e funzionalità dei servizi sanitari.

Cittadino. È al centro del sistema di cure e partecipa, attraverso associazioni alle politiche della salute.

Collegio di direzione. Con il Direttore generale e il Collegio sindacale a discrezione delle singole Regioni potrebbe essere un organo dell'azienda sanitaria. Comunque la sua qualificazione è rimessa alla determinazione regionale. Concorre alla pianificazione strategica dell'attività aziendale. Fanno parte del Collegio il Di-

rettore sanitario e amministrativo, i Direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

Dipartimenti. Il Direttore è nominato dal manager dell'azienda fra una terna di direttori di strutture complesse. La programmazione delle attività dipartimentali è garantita dalla partecipazione attiva dei dirigenti e altri operatori che compongono il comitato di dipartimento.

Direttore di struttura complessa. È nominato dal Dg su una terna scelta dalla Commissione di selezione costituita da 5 elementi scelti dal Collegio di direzione di cui uno dell'azienda e gli altri 4 in una rosa di 8 nominativi di Direttori di struttura complessa della stessa disciplina, individuati attraverso sorteggio del personale della stessa regione e di almeno tre regioni. La Commissione valuta in modo anonimo i curricula dei candidati e ne se-

leziona tre che saranno sottoposti ad un colloquio attitudinale alla presenza del Dg che dovrà motivare per iscritto la scelta.

Direttori generali. Saranno pubblici i curricula degli aspiranti. Le associazioni degli utenti saranno coinvolte nella valutazione.

Distretto. A livello territoriale dovrà garantire oltre l'assistenza primaria anche la piena integrazione sociosanitaria. La sua attività è monitorata da una relazione annuale che le Regioni presentano all'Assr.

Governo clinico. Governo clinico e conseguenti scelte strategiche sono assicurati anche dal coinvolgimento del Collegio di direzione.

Limiti di età. I dirigenti sanitari possono lavorare nelle strutture del Ssn fino al compimento del 65° anno di età. I direttori di

struttura complessa, previo loro assenso, fino a 70 anni. Stessa cosa vale per il personale medico universitario, che cessa comunque l'attività assistenziale a 70 anni.

Linee guida e Technology assessment. La Salute attraverso un Comitato strategico, promuove la definizione di linee guida e di percorsi diagnostici e valutazioni di impatto sanitario ed economico e di analisi del rapporto costo-beneficio e rischio-beneficio, secondo l'approccio del Technology assessment.

Psn. Durerà 5 anni e non più di 3, alla sua stesura contribuiranno anche le Regioni. Può subire modifiche anche nel periodo in cui è in vigore. Prevista anche una “attiva partecipazione dei cittadini”.

Sistema nazionale di valutazione. È istituito presso la Salute e avrà il compito di valutare la garanzia del diritto alla salute

e il perseguimento degli obiettivi. A esso fanno capo le informazioni prodotte dal Nsis, le attività di monitoraggio della Assr e quelle di ricerca dell'Iss e dell'Aifa.

Specializzandi. Dovranno svolgere l'attività professionale, in misura non inferiore al 70% dei crediti formativi, in strutture integrate del Ssn che costituiscono la “Rete formativa” individuata dalle Regioni per ogni singola specializzazione. A partire dal penultimo anno di specializzazione, i medici vengono inseriti nelle Uo del Ssn, con un trattamento economico integrativo al contratto di formazione e pari complessivamente al 70% della parte fissa della retribuzione dei medici dipendenti.

Unità di assistenza primaria. Saranno istituite presso ogni distretto o Casa della salute, delle Unità di medicina generale e Unità di pediatri di libera scelta.

RISULTATI RAGGIUNTI E OBIETTIVI PROSSIMI DEL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO, AMEDEO BIANCO

Bianco: "La professione medica deve far crescere autorevolezza e affidabilità"

di Eva Antoniotti

Avevamo ascoltato Amedeo Bianco nella primavera del 2006, poche settimane dopo il suo insediamento nell'incarico di presidente della Fnomceo, pubblicando un'ampio intervento sul numero 4/2006 di Dirigenza Medica.

Allora, il neopresidente aveva tracciato le linee del suo programma, sottolineando con forza che si proponeva di essere il "presidente di tutti", rafforzando l'identità dell'istituzione ordinistica e affrontando i temi caldi della professione, dalla formazione ai nodi etici posti dallo sviluppo delle tecnologie scientifiche. A distanza di poco più di un anno, abbiamo chiesto ad Amedeo Bianco di tracciare un primo bilancio di questa esperienza.

Presidente Bianco, è riuscito a realizzare almeno in parte i suoi propositi?

Sono stati mesi faticosi e, al di là dei programmi che autonomamente si era posta questa dirigenza, abbiamo dovuto inseguire alcune scadenze politiche generali che non ci eravamo scelti ma che certo non potevamo eludere. Abbiamo cercato però di ricondurre queste occasioni all'interno del nostro progetto complessivo.

Penso ad esempio al dibattito suscitato dalla vicenda dolorosa di Piergiorgio Welby, che è stato un motivo in più di riflessione nel lavoro di riscrittura del nostro Codice di Deontologia. Un lavoro che era già avviato da tempo, che ha tenuto conto delle sollecitazioni proposte dalla realtà esterna e che si è concluso alla fine dello scorso anno. Abbiamo dato una risposta responsabile, adeguata alle aspettative della professione, senza sacrificare nulla dei grandi principi di responsabilità e autonomia.

Sulla riscrittura del Codice deontologico ha pesato anche il decreto Bersani sulle liberalizzazioni?

Certamente quella norma ci ha costretto a intervenire in materia di pubblicità e la questione resta ancora in parte aperta, con un confronto anche vivace con l'Autorità per il mercato e la concorrenza. È sempre più chiaro che non è possibile pensare di chiudere le tematiche etiche e deontologiche una volta per sempre, ma si tratta invece di un work in progress, un lavoro sempre aperto con problemi, sfide, grandi mediazioni civili, tecnico-professionali, etiche da condurre dialogando con una società sempre più complessa. Proprio per questo, ad esempio, abbiamo organizzato un grande Convegno ad Udine dedicato all'etica di fine vita nel corso del quale abbiamo presentato anche i risultati di una ricerca sui comportamenti e le opinioni dei medici su questo tema, condotta con metodo scientifico e di grande portata. Sono certo che sarà uno studio di riferimento non solo per il nostro Paese ma anche a livello europeo.

A novembre la Fnomceo ha dedicato un Convegno alla formazione in medicina. Ad aprile ce n'è stato uno centrato sulla problematica dell'errore e della sicurezza. Qual è lo scopo di questi eventi?

La moderna assistenza non chiede più soltanto una buona medicina e delle buone pratiche ma delle buone scelte: il medico deve saper offrire, con tutte le sue conoscenze ma anche con tutta la sua empatia e umanità, un ventaglio di scelte civili ed etiche per consentire al cittadino di esprimere nel miglior modo possibile il suo diritto a scegliere.

Siamo convinti della funzione positiva che questa professione deve avere nella società moderna. Ripetutamente abbiamo detto che le sfide della modernizzazione della società, della cultura, dei servizi sono oggettivamente dei costanti momenti di destabilizzazione della professione medica, che non possono essere ignorati vagheggiando un ritorno all'antico. L'atteggiamento di chi si sente accerchiato, di chi sente minacciata la professione di medico, credo che non sia né giusto né utile. La verità è che questa professione, più di altre, è esposta ai grandi cambiamenti della società e non può non seguire questi cambiamenti nei valori, nei bisogni, nelle scelte. Siamo su una linea di confine e questo vuol dire soffrire: da una parte bisogna corrispondere ai legittimi interessi dei cittadini, e quindi tutelare i diritti, dall'altra parte bisogna tener conto delle compatibilità delle risorse umane, finanziarie, civili.

Il messaggio forte che noi vogliamo lanciare, anche attraverso questi grandi convegni, è quello di uscire dalle trincee, accettare la sfida della modernizzazione.

Una grande sfida è anche quella che vi riguarda direttamente: la riforma delle professioni.

Non ci siamo mai barricati dietro all'idea che non andassero riformati i servizi professionali. Abbiamo però richiamato con forza il fatto che i nostri servizi professionali non possono essere calati in una logica esclusivamente di mercato, perché riguardano i diritti, il diritto fondamentale alla salute.

Nel nostro ordinamento devono esserci istituzioni professionali moderne. Al di là delle funzioni storiche che l'ordinamento assegna agli Ordini professionali, noi pensiamo che essi debbano diventare soggetti regolatori della qualità, della sicurezza, del decoro nel senso più alto del termine. Devono essere l'elemento che garantisce e promuove l'*accountability* dei servizi professionali erogati ai cittadini, cioè l'affidabilità della professione. Non si tratta di un compito esauribile in senso notarile, ma investe la formazione, la sicurezza, l'etica. E dobbiamo dimostrare ai cittadini che possono avere la maggiore garanzia di servizi professionali solo se i professionisti sono autonomi e responsabili, perché se i professionisti dovessero invece obbedire ad autorità e logiche "altre" i cittadini davvero non sarebbero più tutelati nel loro diritto. Ma garantire la nostra autonomia vuol dire assumersi, davanti a tutto il Paese, una grande responsabilità che può essere agita solo sviluppando la massima trasparenza.

A proposito di trasparenza, lei sta promuovendo anche lo sviluppo di rapporti trasparenti tra medici e aziende farmaceutiche. A che punto è questo progetto e quali sono gli obiettivi?

È un lavoro importante, perché non si tratta solo di mettere qualche paletto in più, ma di costruire un modello di relazioni, e dunque una nuova prospettiva culturale, che valorizzi il "positivo" dell'industria. Generalmente si è portati a pensare che i rapporti con l'industria siano "inquinati", "pericolosi" per il medico. E questo perché non sono trasparenti. L'industria invece ha in sé valori positivi, fondamentali per la nostra professione. Ecco: dobbiamo sviluppare i rapporti con le aziende che fanno davvero ricerca e innovazione e metterci in gioco, chiedendo ad esempio che pubblicino anche i trials che non danno risultati favorevoli ai pro-

dotti sperimentati, ma che possono fornire molte informazioni utili.

Cosa pensa di uno dei problemi più sentiti dai giovani medici, la precarizzazione?

Uno dei grandi patrimoni del servizio sanitario nazionale sono i professionisti. E per un professionista la struttura in cui opera è la propria casa professionale. Il precariato distrugge questo legame e costringe i giovani ad una logica da "mordi e fuggi". Questo è l'esito peggiore di una politica economicista sul personale, che peggiora la qualità del servizio reso ai cittadini e che in prospettiva, se non si inverte la rotta, potrebbe creare danni terribili.

È soddisfatto del lavoro della Commissione Ecm?

La formazione continua è davvero questione essenziale, non solo perché coinvolge un enorme numero di professionisti ma perché ne definisce il loro profilo. Sembrava però che l'Ecm avesse ormai un destino segnato, gestita dalle Regioni e organizzata in prospettiva esclusivamente aziendale. Con un lavoro non facile, siamo riusciti a mettere nuovamente al centro di questo sistema i professionisti. Ora occorre concludere i lavori di questo tavolo, ma credo che ora sia lecito aspettarsi un risultato positivo, raggiunto anche attraverso una ricerca di unità dell'identità della professione medica, che ha fatto superare differenze che rischiavano di indebolirci. Non dimentico la mia storia di sindacalista, e anzi ne sono orgoglioso, ma ci sono momenti in cui è bene valorizzare l'unità.

Allora sente di essere riuscito ad essere il "presidente di tutti"?

Da molti mesi ormai la Fnomceo, gli Ordini, lavorano insieme alle rappresentanze sindacali mediche e odontoiatriche e anche alla Fism, cioè alle Società scientifiche. Le grandi tematiche che abbiamo di fronte hanno bisogno di soluzioni unitarie e condivise, dove ognuno ha qualcosa da dare e non solo da chiedere. Su questi temi, le differenze che pure ci sono devono trovare una sintesi di identità.

Quali saranno i prossimi appuntamenti della Fnomceo?

Accanto ai lavori aperti su Ecm, riforma degli Ordini, revisione delle linee guida sulla pubblicità sanitaria, stiamo organizzando due eventi. Il primo affronterà le questioni poste dalla progressiva femminilizzazione della professione medica. Non si tratta di registrare un fenomeno antropologico, ma di adoperarci fin d'ora perché questo cambiamento sia assecondato da altri cambiamenti, di organizzazione, di gestione, di cultura, di accesso, di rimozione delle sperequazioni, così che questa professione si arricchisca nel cambiamento.

Il secondo sarà invece dedicato alla multiculturalità. La presenza di tanti stranieri nel nostro Paese produce molti cambiamenti anche in campo medico: occorre sviluppare la conoscenza di nuove patologie o recuperare quella di malattie che avevamo dimenticato, ma soprattutto occorre capire come la malattia viene vissuta in altre culture, in altre sensibilità, in altri orizzonti etici. Solo affrontando temi come questi, potremo uscire da una logica difensiva, accettare il cambiamento e renderlo occasione di rafforzamento.

LA SANITÀ NELLA REGIONE

Emilia Romagna

Una Regione dove i conti tornano

UN SERVIZIO DA SEMPRE MODELLO DI EFFICIENZA E CAPACITÀ DI RISPOSTA AI BISOGNI DI SALUTE. E LA STABILITÀ DEL SISTEMA PERMETTE ORA DI CONCENTRARSI SU UN ASPETTO: LA RIDUZIONE DEL PRECARIATO IN SANITÀ. TUTTAVIA NON MANCA QUALCHE PUNTO D'OMBRA. PER L'ASSESSORE BISSONI OCCORRE RIORGANIZZARE I SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO E ACCORCIARE ULTERIORMENTE LE LISTE D'ATTESA. A PREOCCUPARE IL SEGRETARIO REGIONALE, CLAUDIO AURIGEMMA È IN PARTICOLARE IL PROTOCOLLO SSR-UNIVERSITÀ

di Lucia Conti

Sessantacinque milioni di visite ed esami specialistici, 851.123 ricoveri ospedalieri con una diminuzione per quelli acuti (799.947 nel 2005 contro gli 818.091 dell'anno precedente), 84.000 persone assistite a domicilio (con una grande impennata, se si considera che erano 73.497 nel 2004).

Questi alcuni dei numeri che caratterizzano la sanità dell'Emilia Romagna, una di quelle realtà da sempre presa a modello di efficienza e capacità di risposta ai bisogni di salute dei 4 milioni di cittadini residenti. Non che sia tutto rose e fiori. I conti si fa fatica a farli quadrare anche in una Regione virtuosa come questa. E l'evoluzione epidemiologica e demografica rende necessario un sistema sanitario in continuo movimento.

LA STRUTTURA DEL SSR

Il Servizio sanitario regionale è costituito da 11 Aziende Usl; da 4 Aziende Ospedaliero-Universitarie di Bologna, Modena, Parma e Ferrara; dall'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e dagli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna.

A partire dal 2001, il Servizio sanitario regionale è finanziato da risorse provenienti dal gettito Irap, dall'addizionale regionale all'Irpef, dalla compartecipazione all'accisa sulla benzina e da una compartecipazione regionale all'Iva. A queste fonti di finanziamento si aggiungono le entrate proprie delle Aziende sanitarie e il saldo attivo della mobilità sanitaria. La Regione Emilia Romagna, secondo i dati dell'Agenzia per i servizi sanitari, ha registrato per il 2004 un saldo migratorio attivo di 60.805 ricoveri, seconda solo alla Lombardia (con 119.091 ricoveri).

I programmi pluriennali di investimento per realizzare nuove strutture ospedaliere e territoriali, ammodernare quelle esistenti e rinnovare il parco tecnologico complessivo hanno comportato investimenti per oltre 2 miliardi e 370 mila euro negli ultimi 16 anni. Oltre a questi programmi, le aziende sanitarie, con propri fondi, hanno contribuito al miglioramento e all'ammodernamento del patrimonio edilizio, realizzando negli ultimi dieci anni interventi per 750 milioni di euro.

LA RETE OSPEDALIERA

Sul finire degli anni '90 la rete ospedaliera dell'Emilia Romagna è stata interessata da un profondo processo di riorganizzazione teso a migliorare la qualità dell'assistenza e ad assicurare continuità delle cure (e quindi il collegamento con i servizi sanitari e socio-sanitari del territorio).

La riorganizzazione ha rideterminato il numero dei po-

sti letto e per questo è stata contestuale allo sviluppo e al potenziamento di servizi collegati e alternativi al ricovero ordinario: assistenza domiciliare, assistenza residenziale, sviluppo dell'assistenza in day hospital, della lungodegenza riabilitativa ospedaliera e della attività ambulatoriale.

Il potenziamento dell'assistenza distrettuale ha portato all'aumento dei posti letto per persone anziane, con disabilità, disagio psichico, dipendenze patologiche nelle strutture residenziali e semi-residenziali. Nel 2004 è stato inoltre istituito il "Fondo regionale per la non autosufficienza" con l'obiettivo di estendere e qualificare gli interventi a favore delle persone (in gran parte anziane) che hanno problemi di non autosufficienza.

L'ACCORDO SULLA STABILIZZAZIONE LAVORO PRECARIO COMPARTO SANITÀ

Lo scorso maggio l'assessore alla Sanità, Giovanni Bissoni, e le rappresentanze regionali sindacali del Comparto sanità hanno siglato un protocollo sulla stabilizzazione del lavoro precario in sanità. Lo stesso sta avvenendo per la Dirigenza medica, dove il tavolo di lavoro è ancora aperto, ma una bozza dell'intesa è già stata elaborata. Si prevede che nel triennio 2007/2009 venga raggiunta, compatibilmente con i vincoli economici stabiliti dalla Finanziaria 2007, una graduale stabilizzazione del personale precario operante nel Servizio sanitario regionale. L'accordo stabilisce, infatti, che le Aziende sanitarie predispongano apposi-

ti piani triennali per ricondurre nell'ambito del contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato le posizioni lavorative riferite ad attività istituzionali e connotate da stabilità, attualmente ricoperte con contratti a tempo determinato, collaborazioni coordinate e continuative (co.co.co) e contratti libero-professionali.

L'assessorato alla sanità procederà a un costante monitoraggio dell'attuazione del protocollo e del rispetto dei principi contenuti, dandone informazione alle organizzazioni sindacali firmatarie in incontri da tenersi almeno ogni sei mesi.

LA SPESA SANITARIA

È stata di 7 miliardi di euro la spesa complessiva dell'Emilia Romagna nel 2005: il 50,67% assorbito dall'assistenza distrettuale e il 45% da quella ospedaliera. Nel confronto con le altre Regioni italiane, l'Emilia Romagna presenta già da diversi anni un profilo complessivo considerato da più parti tra i migliori del Paese. Il crescente saldo attivo della mobilità sanitaria unitamente agli alti indici di soddisfazione dei cittadini della Regione testimoniano la buona qualità dei servizi, nel sostanziale equilibrio economico e finanziario. L'evoluzione della spesa regionale nel decennio 1995-2005 ha, infatti, mostrato indici di crescita più contenuti rispetto a quelli osservati complessivamente nel Paese.

Le difficoltà, però, esistono anche per le Regioni cosiddette virtuose. L'assessore alla Sanità, Giovanni Bissoni, l'ha spiegato in un'intervista rilasciata lo scorso marzo al Resto del Carlino: "Nel 2006 abbiamo affrontato difficoltà spaventose. È stato l'anno in cui si è verificato, a livello nazionale, lo scostamento più alto tra spesa e Fondo sanitario nazionale. Una somma di circa 10 miliardi". E il bilancio 2006 è in rosso anche per l'Emilia Romagna. Pur se di poco: 350 milioni. Come si copre? Il Governo, spiega Bissoni, si è fatto carico di 2 miliardi da dare alle Regioni per coprire i deficit. Di questi, 150 milioni sono andati all'Emilia Romagna. E gli altri 200 milioni? "Cinquanta milioni - ha spiegato l'assessore - vengono dalla maggiore mobilità sanitaria". Gli altri 150 arrivano dal bilancio e dalla manovra fiscale", che tuttavia, annuncia Bissoni, non sarà sufficiente a coprire il disavanzo 2006. "Ma il ministero dell'Economia vuole che si chiuda la partita entro quest'anno. Per questo - ha annunciato l'assessore - dobbiamo destinare al 2007 una somma di 100 milioni previsti per il 2008". Con questi soldi, e con l'aggiunta del Fondo sanitario e di 100 milioni di tassazione generale, l'Emilia Romagna conta di chiudere questo anno in pareggio".

Emilia Romagna

Popolazione: 4.187.544

Asl: 11

Aziende ospedaliero-universitarie: 4

Ao: 1

Ircs: 1

Medici e odontoiatri: 7.938

Infermieri: 22.218

Medici di medicina generale: 3.302

Pediatri: 539

Posti letto pubblici: 16.820

Posti letto accreditati: 3.710

Distretti attivati: 39

“Una Regione virtuosa, ma ci preoccupa il protocollo con le Aziende universitarie”

Dottor Aurigemma, cosa rende l'Emilia Romagna tra le Regioni più virtuose d'Italia in materia sanitaria?

Sicuramente la nostra Regione può essere considerata virtuosa e tale virtù è figlia di una tradizione di comportamenti, sia programmatori che regolatori, orientati alla centralità dei bisogni dei cittadini nel rispetto degli oneri sostenibili. Per questo motivo le azioni di razionalizzazione e contenimento della spesa, che anche da noi sono avvenuti, sono stati diluiti negli anni con un minore impatto sociale.

Quali sono i punti ancora deboli del vostro sistema sanitario regionale?

Veri e propri punti deboli non ne vedo, piuttosto si deve ancora migliorare l'integrazione con il territorio, che ancora non ha subito la trasformazione che necessariamente deve avere con la riduzione del numero dei posti letto che ha trasformato gli ospedali in vere e proprie strutture per soli acuti. Inoltre, ancora non vedo declinato nelle Aziende quanto da anni il nostro assessore afferma sul coinvolgimento, autonomia e responsabilità dei professionisti e sul quale sono sempre stato d'accordo a patto che dal proposito si passi all'esecutività.

Come valuta l'organizzazione della rete ospeda-

liera della vostra Regione?

L'organizzazione della rete ospedaliera in Emilia Romagna è di buon livello, ancora qualcosa potrebbe essere razionalizzato, ma ciò che non è stato ancora fatto per la prevalenza di interessi locali su quelli generali e di sistema sarà inevitabilmente fatto in futuro. Comunque posso dire che l'efficienza è elevata al pari della qualità media, forse a discapito di qualche eccellenza in più che avevamo in passato: dal punto di vista del cittadino è sicuramente una rete di ottimo livello con un indice di qualità percepita molto elevato, come dimostrato anche dal tasso di attrazione che il nostro sistema continua ad avere.

Qual è la condizione del precariato in sanità?

Un accordo per la stabilizzazione del precariato relativo al personale del comparto è già firmato. Per la Dirigenza abbiamo un tavolo ancora aperto che ha come obiettivo la stabilizzazione dei posti collegati ad attività istituzionali ed attualmente coperti con forme di precariato. La bozza in discussione prevede che nel triennio 2007/2009 si procederà alla stabilizzazione mediante l'individuazione, in accordo con le OoS della Dirigenza, delle posizioni interessate. Più di 700 posizioni per la sola Dirigenza Medica dovrebbero essere trasformate, secondo i nostri calcoli, e per questo motivo nell'accordo firmato a mag-

**INTERVISTA A CLAUDIO AURIGEMMA,
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED EMILIA ROMAGNA**

gio sui residui Ria abbiamo reso disponibile, nel triennio interessato, il 10% del fondo su base aziendale per coprire gli eventuali maggiori costi delle stabilizzazioni, dando così un segnale tangibile di solidarietà ai colleghi che per anni si sono trovati nella condizione di precariato.

Come sono i rapporti tra Servizio sanitario regionale e Università?

Con la Legge 29 del 23 dicembre 2004 e la sottoscrizione del nuovo protocollo di intesa Ssr/Università del 14 febbraio 2005 si è aperto un aspro confronto tra AnaaO e Rer che ha portato a cinque ricorsi al Capo dello Stato e allo stato di agitazione regionale (il primo che si ricordi). Infatti, il nuovo protocollo è stato sottoscritto evitando completamente il confronto con le OoS. Tra i tanti elementi negativi segnaliamo l'incremento di disponibilità di strutture a direzione universitaria, anche sulla base di esigenze per formazione specialistica, in violazione del Dlgs 517/99, il meccanismo di "clinicizzazione automatica" di strutture ospedaliere, l'introduzione di Dipartimenti e programmi interaziendali che assecondano il dichiarato intento universitario di ottenere delle Aziende ospedaliere multipresidio, ovvero ulteriori sbocchi direzionali per i medici universitari ed infine, il mancato riconoscimento della didattica ospedaliera, pur previsto dal Dlgs 517/99.

Una tregua di conciliazione, siglata nel maggio 2006 su precisi presupposti, attende la verifica entro l'anno dall'esito degli atti aziendali delle quattro Aziende ospedaliere universitarie e le soluzioni per la didattica ospedaliera prevista nel nuovo protocollo per la formazione medico specialistica siglato nel novembre 2006.

**INTERVISTA A GIOVANNI BISSONI,
ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE EMILIA ROMAGNA**

Assessore Bissoni, la sanità dell'Emilia Romagna ha fama di efficienza. Ma c'è qualche punto debole?

Credo che possiamo essere molto soddisfatti della qualità del nostro sistema sanitario. Ma indubbiamente i punti deboli sono ovunque, anche in Emilia Romagna, seppure meno critici che in altre Regioni. Liste di attesa e il Pronto soccorso vanno senz'altro migliorati e vi stiamo lavorando da sempre. Forse non riusciremo a risolvere definitivamente queste criticità, ma abbiamo l'obiettivo concreto di miglioramento continuo e quotidiano per ridurre il più possibile i disagi ai cittadini. Nel frattempo, siamo impegnati su altri obiettivi rilevanti: la costruzione delle nuove Aziende, affinché siano più partecipate, in cui si dia una risposta concreta ai temi del governo clinico, si valorizzino e responsabilizzino gli operatori. Stiamo anche puntando sulla ricerca e sulla nuova organizzazione della medicina generale, compreso l'ambizioso progetto dell'integrazione sociosanitaria.

L'andamento della spesa vi preoccupa?

Le preoccupazioni ci sono, ma non sono paragonabili a quelle dell'anno passato. Il 2006 è stato l'anno nero per la sanità, il peggiore dell'ultimo decennio. La distanza tra spesa e finanziamento del Ssn è stata enorme. Con il Patto per la salute si sono poste premesse certamente migliori, con i finanziamenti del triennio 2007-2009. Sei miliardi in più al Servizio sanitario è una cifra significativa e se a questo aggiungiamo una capacità di controllo della spesa che il Servizio sanitario regionale ha maturato negli ultimi anni - incidendo in maniera strutturale, riorganizzando il sistema, puntando sull'autonomia ma anche la responsabilità degli operatori e dei servizi - credo che saremo

Un sistema stabile, che punta a migliorare

in grado di tenere i bilanci sotto controllo.

Naturalmente, non grazie alla sola crescita del Fondo. Anche perché l'Emilia Romagna non ha fatto ricorso ai finanziamenti aggiuntivi. Circa 240 milioni di euro sono stati ricavati attraverso la leva fiscale: all'incirca 100 milioni di euro andranno al fondo sanitario regionale e altri 100 al fondo per la non autosufficienza, che pur non essendo prettamente sanitari sono servizi che aiutano a contenere la pressione sulla sanità, dando risposte a problemi che prima erano a totale carico del Fsr.

State lavorando anche alla stabilizzazione del lavoro precario. In che modo?

Il precariato è la conseguenza dei livelli di spesa pubblica e dei vincoli imposti dalle ultime Finanziarie. La Finanziaria 2007 ha portato importanti cambiamenti, perché pur mantenendo dei vincoli permette alle Regioni con il bilancio in pareggio di compiere qualche passo in più. E così è stato per l'Emilia Romagna, che ha chiesto alle Aziende di dotarsi di un piano triennale per il superamento del precariato. Non di tutte le forme di precariato, ma di coloro che lavorano in servizi istituzionali e stabili. Voglio dire, un'infermiera che sostituisce un'altra infermiera in maternità non è precariato. Abbiamo già siglato un accordo attuativo con il comparto sanità e siamo in dirittura di arrivo per firmare un'intesa simile con l'area della dirigenza. Il te-

sto al quale stiamo lavorando è già sostanzialmente concordato e ci sono tutte le condizioni per siglare l'accordo entro l'estate. Successivamente, partiranno i piani triennali delle Aziende.

Credo che questo sia un passo positivo per i professionisti sanitari ma anche per il sistema sanitario regionale. La qualità dei servizi, infatti, dipende anche dalla qualità delle condizioni di lavoro degli operatori.

Qualche divergenza con la dirigenza sembra esserci riguardo al protocollo tra Regione e Aziende ospedaliere universitarie...

La mia opinione è che quel protocollo inserisca molti elementi di miglioramento al rapporto tra Ssr e Università. Per altro, è completamente conforme a quanto stabilito nelle norme nazionali con le leggi 502 e 517.

L'AnaaO aveva inizialmente sollevato delle forti critiche. Molti erano state risolte prima della firma dell'accordo. I restanti dubbi credo che si siano sciolti nella fase di attuazione del protocollo, che mi sembra stia dando buoni risultati.

Nelle quattro aziende ospedaliere universitarie sono stati siglati o si stanno siglando anche gli accordi riguardanti i dipartimenti integrati. Era uno dei nodi principali della questione, ma mi sembra che il percorso stia avvenendo in accordo sia con la componente universitaria, che con la componente ospedaliera.

LA SANITÀ NELLA REGIONE

Lazio

La coperta corta del deficit regionale

IL PIANO DI RISANAMENTO DELLE DISASTRATE FINANZE DELLA REGIONE LAZIO, SIGLATO CON IL GOVERNO LO SCORSO 28 FEBBRAIO, PONE MISURE SEVERE PER RIMETTERE IN ROTTA IL SSR: SI VA DA UN TAGLIO DECISO A POSTI LETTO E SPESA FARMACEUTICA FINO AD UNA ROBUSTA CURA DIMAGRANTE PER I COSTI DEL PERSONALE CHE HA PORTATO I MEDICI A PROCLAMARE UNA GIORNATA DI SCIOPERO. TRA LE MOLTE CRITICITÀ SPICCA L'ECESSO DI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE: UNA DELLE MAGGIORI FONTI DI SPESA

di Ester Maragò

È decisamente in salita la strada per il risanamento economico della Regione Lazio. A complicare le cose non c'è solo la barriera dei quasi 10 miliardi di debito accumulati che hanno fatto conquistare alla Regione il triste primato di realtà in profonda crisi economica. Ora è finita anche sotto la mannaia delle agenzie di rating che lanciano ombre sulla possibilità di un reale riequilibrio della spesa sanitaria. Moody's l'agenzia internazionale ha, infatti, abbassato il rating del Lazio, ossia la sua capacità di pagare o meno i propri debiti. I motivi? Il peggioramento strutturale della situazione finanziaria causato dalle inefficienze del sistema sanitario ben poco controllato. L'agenzia riconosce che il Piano di rientro dal debito concordato con il Governo il 28 febbraio scorso dovrebbe portare ad un miglioramento dei conti. Ma la sfida resta ancora aperta in quanto gli obiettivi di tagli alla spesa sanitaria sono ottimistici.

Vale a dire: il debito è veramente troppo lungo e la coperta è molto, molto, corta.

Ma il grande rischio è che a pagare a caro prezzo i danni della confusione gestionale che ha caratterizzato in questi anni la politica sanitaria regionale possano essere il personale sanitario e i cittadini.

E un segnale eloquente è già arrivato: la Giunta guidata da Pietro Marrazzo, ha varato il 12 giugno scorso un provvedimento che prevede, nella logica del contenimento dei costi regionali previsti dal Piano di rientro, un taglio alle spese per il personale e quindi un dimagrimento dei fondi contrattuali. Una decisione che chiaramente ha incassato il no deciso di tutte le organizzazioni sindacali del mondo sanitario in quanto viola le norme di legge e dei contratti di lavoro. E per far capire che non si scherza i sindacati della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, tec-

nica, professionale ed amministrativa hanno proclamato per il 27 luglio prossimo uno sciopero regionale unitario. "Il disavanzo, accumulato dalla Regione per le dissennate gestioni delle Giunte che si sono alternate nel tempo - hanno denunciato - non può essere scaricato solo sui dipendenti pubblici che sostengono i livelli di assistenza sanitaria forniti ai cittadini. La Regione, i Ministeri della Sanità e dell'Economia, fanno finta di ignorare l'origine reale dei disavanzi, soprattutto, con riferimento alla prevalente presenza della Sanità privata accreditata. Mentre si mandano al collasso le strutture pubbliche, comprese quelle dell'emergenza-urgenza, si aprono nuove strutture private a partire dal Policlinico privato di Trigoria". Rincarare la dose Donato Antonellis, segretario regionale Anaa Assomed: "La responsabilità di questa delibera ricade sul Governo e sui Direttori generali del ministero della Sanità e del Tesoro che controllano l'operato della regione Lazio. La situazione è inaccettabile per questo ho già dato mandato ai nostri avvocati di ricorrere al Tar".

Insomma, sul futuro della sanità del Lazio si addensano nubi sempre più nere.

COSTI ALLE STELLE

Che il Lazio sia una Regione difficile da governare - come ha spiegato l'assessore alla sanità, Augusto Battaglia (vedi intervista pagina seguente) - è indubbio. Basta dare un'occhiata ai numeri che danno la misura dell'affanno del sistema: la sanità regionale, secondo i dati forniti da Meridiano Sanità, assorbe quasi il 10% della spesa sanitaria pubblica nazionale con oltre 10,3 mld di euro spesi, mentre in tema di prevenzione è più avara con appena il 3% di risorse destinate, rispetto ad una media nazionale che si attesta sul 3,87%. E ancora, il Lazio ha il numero di posti letto più alto del Paese, 4,61 ogni mille abitanti a fronte di una media nazionale del 4,09. I costi sono superiori alla media nazionale per quanto riguarda i ricoveri (5.717 euro contro i 3.735 di media nazionale), per i posti letto (257.066 euro contro i 183.291 di media nazionale) e per il personale (44.899 euro contro i 40.557 di media nazionale).

Cifre da far tremare i polsi che il Piano di rientro del deficit mira ad alleggerire.

IL PIANO DI RIENTRO

Quali sono le misure previste dal Piano per sbrogliare la matassa del debito regionale?

Si parte con la riorganizzazione della rete ospedaliera, in particolare verrà attuata una riduzione dei posti letto per ricondurre in tre anni il suo numero in linea con gli standard nazionali (3,5 posti letto per mille abitanti). L'obiettivo è quello di arrivare nel 2009 a circa 18mila 500 posti letto rispetto agli oltre 22mila del 2006. Il taglio dei letti sarà distribuito più o meno equamente nel triennio: 1.495 nel 2007, 1.089 nel 2008 e 1.087 nel 2009.

L'operazione produrrà nel 2007 un risparmio di 788 milioni di euro (1.091 nel 2008, 1.302 nel 2009). Ma le

maggiori entrate nel triennio (1.140 milioni di euro) arriveranno dalla manovra sugli erogatori privati che riguarderà tariffe, appropriatezza, estensione dei controlli e ridefinizione dei budget per erogatore. Sarà poi attivato un nuovo sistema tariffario, riconducendo le tariffe regionali superiori entro i limiti del Dm 12 settembre 2006.

Gli altri interventi di contenimento interessano i costi farmaceutici - per altro già in calo come ha detto Battaglia - e la spesa per il personale. La regione conta di risparmiare da questa ultima voce, per la quale è previsto il blocco del turn over, circa 181 mln di euro per il 2007 che diventeranno poco più di 300 nel 2009.

Assessore Battaglia, cerchiamo di capire quali sono i motivi del grave dissesto in cui versa la sanità laziale?

Sono quattro le ragioni alla base dei 9 miliardi e 600 milioni di euro di debiti che abbiamo ereditato. La prima risiede nella cattiva amministrazione che si è tradotta nell'acquisto di apparecchiature diagnostiche rimaste poi inutilizzate, gare di appalto scadute e prorogate per aumentare il prezzo, primariati assegnati in eccesso, bilanci non presentati. E questo è un capitolo importante, lo sforzo ora è di riportare trasparenza e buona amministrazione: si bandiscono gare, si attuano controlli di gestione, verifiche su chi lavora all'interno delle strutture.

La seconda ragione è stata la corruzione che abbiamo cercato di arginare espellendo dal sistema sanitario i personaggi protagonisti di quella buia stagione. La terza, che è sotto gli occhi di tutti, è il sottofinanziamento del sistema sanitario. Ma queste tre motivazioni da sole non spiegano un deficit così importante. Ce n'è una quarta, a mio avviso la più importante: il Ssr negli ultimi anni non si è adeguato, come invece è avvenuto in altre Regioni, a un bisogno di salute che è cambiato e che richiedeva forti processi di riorganizzazioni e modernizzazione del sistema. Senza dubbio la situazione nel Lazio è più difficile e complessa di altre: abbiamo 5 Policlinici universitari, grandi ospedali pubblici e privati e c'è la Capitale con tutti gli oneri di gestione sul fronte sanitario che questa comporta. Però questo non giustifica che il lavoro non sia stato fatto.

Soprattutto che la sanità laziale sia rimasta ancorata ad una visione ospedalocentrica e per di più concentrata su

Lazio

Popolazione: 5.269.972

Asl: 12

Medici ed odontoiatri: 9.569

Infermieri: 20.168

Mmg: 4.752

Pdl: 740

Guardia medica: 509

Strutture di ricovero pubbliche: 78

Ao: 5

Ospedali a gestione diretta: 52

Policlinici universitari: 3

Ircs: 8

Case di cura (accreditate e non): 115

Posti letto pubblici (degenza ordinaria, Dh, intra-moenia): 21.244

Posti letto accreditati (degenza ordinaria, Dh): 8.840

Privato e Università le spine nel fianco della sanità laziale

**INTERVISTA A DONATO ANTONELLIS,
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED LAZIO**

La sanità del Lazio è in ginocchio. Dottor Antonellis quali sono secondo lei le cause principali di questa caduta vertiginosa?

È evidente che il problema fondamentale della sanità del Lazio è il debito contratto negli anni. Un deficit che affonda le sue radici in problemi strutturali ben precisi, ossia nel rapporto tra pubblico e privato e in quello con l'Università.

Che cosa non è stato fatto, quali sono ad oggi le azioni attuate, e cosa si potrebbe fare per risolvere queste criticità?

Non è stato fatto nulla e non si sta facendo nulla. Che cosa si potrebbe fare? Molto. Per quanto riguarda l'Università dobbiamo partire da alcuni dati: nel Lazio ci sono 5 Facoltà di medicina che sfornano molti medici. L'assessore sostiene che questa sia una risorsa, per quanto mi riguarda è esattamente il contrario: infatti, la pletera di medici, come tutti ben sanno, ha inflazionato la categoria a scapito della qualità. Il quadro attuale è che le Facoltà di medicina continuano ad espandersi, mentre si riducono i posti letto negli ospedali pubblici e senza la certezza di una reale contrazione delle spese. Contemporaneamente dal 1° luglio prossimo sarà stipulata con il Policlinico privato di Trigoria una convenzione per l'attivazione di 400 posti letto. Questa non è buona politica, soprattutto se questi posti letto oltre che all'assistenza sono orientati alla formazione di un ulteriore numero di professionisti che, ribadisco, non servono. Altra situazione critica è quella di Latina dove nel pubblico si stanno raddoppiando le strutture complesse perché gli universitari ne hanno bisogno. Un paradosso se consideriamo che la Finanziaria regionale prevede la riduzione delle strutture complesse in numero non inferiore al 10%. **Quindi se la Capitale piange la provincia non è da meno?**

I problemi della provincia sono gravi tanto quanto quelli di

Roma. La Capitale deve fare i conti con una pletera di medici, un esubero di strutture e quant'altro che sicuramente reclamano un grande impegno da parte di chi gestisce la sanità. La situazione nelle province è invece problematica in quanto sono state completamente abbandonate. Penso, ad esempio, alla provincia di Frosinone dove la sanità non esiste, la disorganizzazione è totale e il cittadino non ha nessuna garanzia di accesso alle cure. Un quadro preoccupante di cui la Regione dovrà farsi carico.

Rapporto pubblico-privato...

Su questo punto bisognerebbe mettere mano, con serietà, agli accreditamenti. È ormai acclarato che la maggior parte della spesa della sanità del Lazio va in parte ai grandi istituti privati i quali costituiscono la maggiore fonte di spesa. Mi riferisco al Policlinico Gemelli, al Bambin Gesù e ad altri istituti accreditati. Ed anche a tutta quella miriade di cliniche che molto probabilmente non hanno i requisiti ma continuano ad essere accreditate. Oggi nel Lazio si stanno chiudendo gli ospedali pubblici, e senza dubbio questa potrebbe essere una buona e ottima strategia. Peccato che contemporaneamente non mi risulta sia stata screditata una sola struttura privata.

Quali azioni ha intrapreso l'Anaa regional per contrapporsi a queste criticità?

Da anni le criticità del Lazio sono al primo posto nell'agenda del sindacato. Abbiamo organizzato incontri interni, approfittando delle riunioni dei quadri, abbiamo dibattuto con tutti gli assessori che si sono succeduti nel corso del tempo, abbiamo prodotto documenti che attestano le enormi difficoltà della Regione, l'ultimo risale a non più di un anno fa e naturalmente abbiamo discusso di queste problematiche nei vari tavoli sindacali. Insomma, ci siamo spesi con forza per far sì che la questione Lazio fosse costantemente sotto i riflettori.

Quale voto darebbe al Piano di rientro dal deficit?

Credo che Augusto Battaglia stia facendo dei grandissimi sforzi, e ce la stia mettendo veramente tutta per uscire dalle secche nella quale si è arenata la sanità laziale. Quindi, se dovessi giudicare l'impegno e il lavoro che l'assessore ha profuso per uscire dall'impasse gli darei sicuramente un 10 e lode. Sulla possibilità che dal Piano di rientro sortiscano risultati concreti nutro qualche riserva, preferisco aspettare ancora prima di tirare le somme.

Il blocco del turn over sta creando gravi problemi all'assistenza in molte Regioni italiane, ci sono ricadute negative anche nel Lazio?

Da noi forse il problema è ancora maggiore. Il blocco del turn-over si traduce in un dimagrimento delle strutture pubbliche a fronte di una domanda che invece continua ad esserci e che viene intercettata da chi non subisce restrizioni di sorta, ossia i grandi privati. Questo è uno dei nodi più duri da sciogliere. E potrebbe diventare ancora più duro nel prossimo futuro se la sanità pubblica continuerà ad essere oggetto di restrizioni rispetto a quella privata accreditata.

Parliamo ancora di Roma e del riassetto della rete ospedaliera.

Sono d'accordo, occorre riorganizzare la rete ospedaliera. Non è più pensabile che esistano ospedali come il Nuovo Regina Margherita o altre strutture che oramai non hanno più ragione di essere, si traducono solo in una sottrazione di risorse al servizio sanitario regionale. Spero solo che non rimangano parole..

La chiusura delle strutture aprirà il capitolo della mobilità del personale in servizio...

Il problema della mobilità dei medici è un problema risolvibile purché non si pretenda di farlo con colpi di macete: deve essere concordato. Si dà prima spazio alla mobilità volontaria e dopo si convincono i lavoratori che forse spostarsi da un posto all'altro non è controproducente, ma potrebbe essere un bene per la propria professionalità. Io credo che su questo si possa ragionare e si possa arrivare ad una soluzione condivisa. Però lo ripeto, senza imposizioni.

**INTERVISTA AD AUGUSTO BATTAGLIA,
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LAZIO**

Rigore, spesa razionalizzata e più risorse

Roma: quando siamo arrivati spendevamo più del 53% in spese ospedaliere e meno del 47 per quelle territoriali. Una strategia scellerata considerando che i sistemi sanitari moderni vanno verso una sanità territoriale più forte.

Roma è quindi il nodo più duro da sciogliere?

Nel solo centro storico della Capitale abbiamo sette strutture: Policlinico Umberto, San Giovanni, San Giacomo, Nuovo Regina Margherita, Fatebenefratelli, Santo Spirito, Bambin Gesù, e se ci spostiamo di poco troviamo il San Camillo Forlanini e lo Spallanzani. Peccato che i romani ormai abitano soprattutto nelle periferie dove non ci sono ospedali. Se conteggiamo i posti letto di una Asl periferica, non arriviamo ai 1.500, mentre sarebbe necessario averne almeno il doppio.

In sostanza abbiamo un problema di riequilibrio della rete ospedaliera nell'area metropolitana. E anche nella provincia: ogni punto dei Colli Albani ha un ospedale. C'è bisogno di una riorganizzazione del sistema. Bisogna portare risorse – economiche, professionali e culturali – dove abita la gente, sottraendole a dove sono in eccesso.

Gli obiettivi del Piano di rientro?

Portare entro il 2010 il sistema sanitario del Lazio a risolvere i problemi di carattere economico-finanziario e in partico-

lare quelli organizzativi ad essi connessi. Il piano di rientro concordato con il Governo, al quale bisogna riconoscere il merito di aver operato una scelta coraggiosa nel sostenere le Regioni che erano in difetto finanziario, non è soltanto un piano di stabilizzazione finanziaria, ma di riorganizzazione dell'intero sistema. Altrimenti i conti non torneranno mai. E l'azione di recupero del debito è già iniziata: abbiamo chiuso il 2005 con un deficit di 1,885 mln di euro, il 2006 con 1.260: in un anno abbiamo ridotto il debito di più di 600 mln di euro. E senza sottrarre assistenza ai cittadini: nel 2006 abbiamo avuto un aumento medio delle prestazioni del 15% in tutte le Aziende del Lazio, i trapianti sono cresciuti del 20%, ci sono 50 ambulanze in più e sono stati ridotti i tempi di soccorso.

Quali sono le azioni future?

Primo punto in agenda è la riorganizzazione territoriale. E le parole d'ordine sono: riequilibrare, ristrutturare, modernizzare. Per raggiungere lo scopo dobbiamo tagliare almeno 3mila posti letto laddove ci sono eccessi. Cominciamo quest'anno con una riduzione di 1.350 p.l. nel pubblico e nel privato. Questo significa risparmio e recupero di risorse per il territorio dove stiamo lavorando sia dal punto di vista degli investimenti sia del rafforzamento della rete territoriale

pubblica e privata.

Lavoreremo anche sul fronte dell'appropriatezza. Abbiamo iniziato con quella in campo farmaceutico. Spendevamo 438 mln di euro l'anno. Ora il trend di spesa è in discesa: siamo passati da un -8,5% a gennaio a -17% ad aprile. Ma appropriatezza non è solo farmaco. Agiremo anche sulla diagnostica: stiamo lavorando sulle risonanze magnetiche che nel Lazio superano le 450 mila l'anno.

Un'altra delle criticità da affrontare è quella dell'accreditamento delle strutture sanitarie. Come vi state muovendo?

Stiamo recuperando tutti i ritardi accumulati. Dall'emanazione della legge nel 2002 non è stato fatto alcun passo in avanti e ora dobbiamo organizzare i requisiti e il fabbisogno. L'obiettivo è arrivare entro il mese di settembre agli accreditamenti definitivi di tutte le strutture.

Dirigenza medica e personale infermieristico hanno indetto una giornata di sciopero contro la delibera di Giunta approvata il 12 giugno scorso. Come replica?

Non vogliamo penalizzare nessuno. Ma è certo che in una situazione che ci vede lavorare fianco a fianco con il Ministero dell'Economia per il risanamento dei conti, alcune scelte sono state necessarie come quella che ha ridistribuito i fondi tra le diverse aziende.

Non voglio polemizzare con nessuno, l'augurio è che in un momento così importante, ognuno si assuma delle responsabilità e faccia la propria parte agendo per il sistema sanitario del Lazio e non solo per interessi di gruppi o categorie. Credo che se riusciremo a risanare i conti, come concordato con i Ministeri dell'Economia e della Salute questo non potrà che essere un risultato positivo per tutti.

IL RAPPORTO ANNUALE SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO (DATI SDO 2004)

Cresce il trend dei ricoveri, ma solo per il maggior ricorso al day hospital

di Ester Maragò

Avrà tanti difetti e anche mancanze, e molte cose da migliorare, ma l'ospedale è, di fatto, una delle grandi "case degli italiani". Così ha commentato il ministro della Salute, Livia Turco i dati emersi dal Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero stilato sulla base delle informazioni emerse dalle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) relative al 2004. Un Rapporto che fotografa le cause dei quasi 13 milioni di ricoveri annui. Che traccia il profilo di ben 78 milioni e 750 mila giornate passate dagli italiani in ospedale. Numeri consistenti che danno la misura della complessa attività del sistema ospedaliero italiano.

"Il dato che mi ha colpito di più - ha dichiarato Livia Turco - è quello del numero delle giornate di degenza, ovvero dei giorni passati in ospedale da questi cittadini: quasi 79 milioni di giornate, il che vuol dire più di sei giorni a testa in corsia. In questo dato colgo, infatti, il grande ruolo di accoglienza e comunità che gli ospedali devono esercitare investendo sempre di più sull'accoglienza e l'umanizzazione delle cure".

IL QUADRO GENERALE

Qual è il quadro emerso dall'analisi delle Sdo? Rispetto all'anno precedente, nel 2004 aumenta il numero assoluto dei ricoveri anche se solo dell'1,34%. Una crescita frutto di una significativa riduzione dei ricoveri ordinari (l'1,2% in meno) e, contemporaneamente, del ricorso sempre maggiore al day hospital (il 6,8% di ricoveri in più). Rilevante anche l'incremento delle dimissioni dalla riabilitazione (20.500 casi in più) e dalla lungodegenza (quasi 6 mila in più).

Rimane invece stabile la degenza media per acuti in regime ordinario che si attesta su 6,7 giorni, ma la permanenza in ospedale cresce per i pazienti over 65: si va dagli 8 giorni per gli anziani da 65-74 anni, a 9 giorni per chi ha compiuto i 75 ed oltre. A livello regionale, la degenza varia da un minimo di 5,5 giorni in Campania a un massimo di 8,6 in Valle d'Aosta.

E ancora, rispetto agli anni precedenti è in lieve riduzione la degenza media pre-operatoria. Un dato questo che segnala una sempre maggiore appropriatezza organizzativa. A livello nazionale si attesta sui 2,05 giorni, con valori decisamente inferiori nelle Marche (1,56) e in Friuli Venezia Giulia (1,44).

Il settore pubblico fa il pieno di ricoveri per acuti, sia in regime ordinario che in day hospital, mentre il privato convenzionato svol-

ge un ruolo predominante per la lungodegenza. Il ricorso all'ospedale e la sua appropriatezza variano da Regione a Regione: si va dai 107,8 ricoveri per mille abitanti in Piemonte ai quasi 190 in Abruzzo. In generale, valori superiori a quello medio nazionale (141,5) si osservano in quasi tutte le Regioni centro-meridionali.

Dal Rapporto emerge anche un dato importante: la casistica trattata è sempre più complessa e migliora l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri. Prende, infatti, sempre più piede il day surgery (circa l'80% dei ricoveri per cataratta e sindrome del tunnel carpale è passato a regime diurno) e si ricorre sempre meno al ricovero per

le diagnosi trattabili in regime ambulatoriale quali diabete e asma. Il parto, come evento naturale, guida la classifica dei ricoveri e ancora una volta fa registrare un ricorso eccessivo al taglio cesareo. Tra le cause di ricovero più frequenti ci sono soprattutto le malattie cardiovascolari (aterosclerosi, insufficienza cardiaca, ictus, infarto miocardico acuto, aritmie), il trattamento delle neoplasie e delle malattie polmonari.

Oltre un ricovero su tre richiede un intervento in sala operatoria. Complessivamente nel 2004 sono stati effettuati circa 4 milioni e 700 mila interventi, di cui più di circa 3 milioni e 64 mila in regime ordinario e un milione 641 mila in day hospital. Tra gli interventi in regime ordinario, in pole position ci sono: il parto con taglio cesareo (complessivamente circa 210 mila interventi); la sosti-

tuzione di anca (80 mila circa); l'isterectomia (oltre 65 mila) e l'angioplastica coronarica (circa 50 mila interventi).

In day hospital, la cataratta fa la parte del leone: per questa patologia, nel 2004, sono stati effettuati 336 mila ricoveri (ma in regime di ricovero ordinario se ne contano altri 95 mila).

In generale si ricoverano di più gli uomini, ad eccezione delle classi di età corrispondenti alla stagione fertile delle donne. E quindi, dai 25 ai 44 anni circa 139 ricoveri su mille abitanti sono appannaggio delle donne contro i 66 dei maschi; mentre dai 65 anni ai 74 circa 302 ricoveri su mille sono degli uomini e 203 delle donne. Gli uomini costano di più delle donne: in media i ricoveri sono di 2.815 euro per le femmine e di 3.213 euro per i maschi.

Cresce anche l'assistenza ospedaliera in favore dei cittadini stranieri: sono oltre 353 mila i dimessi per ricovero ordinario, e 130 mila i dimessi da ricovero diurno (3,8% del totale).

Ma vediamo in sintesi alcuni dei dati emersi dal Rapporto.

I NUMERI DEI RICOVERI

Il numero dei dimessi nel 2004 è stato di 12.991.102 per un totale di 78.750.718 giornate di degenza. Rispetto al 2003 è emerso un lieve aumento del numero complessivo dei ricoveri (circa 172.000) e delle giornate di degenza (circa 300 mila).

Per quanto riguarda i ricoveri per acuti c'è stata una riduzione dei ricoveri ordinari (circa 103.500) ed un consistente incremento dei ricoveri in day hospital (circa 243.400 in più, pari al 6,8%).

Così come è cresciuto considerevolmente il numero dei neonati sani (19 mila) grazie all'attuazione di alcune prassi di codifica clinica del neonato patologico.

Come già emerso nei precedenti Rapporti, l'au-

Il numero complessivo di ricoveri

Acuti - ricoveri ordinari	8.339.955
Acuti - day hospital	3.816.783
Riabilitazione - ricoveri ordinari	274.146
Riabilitazione - day hospital	60.864
Lungodegenza	100.212

Distribuzione per Regione delle giornate di degenza

Regione	Regime ordinario		Day hospital		Totale		Regime ordinario	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Piemonte	3.804.725	84,9	678.293	15,1	4.483.018	100,0	876.974	96,2
Valle d'Aosta	118.287	86,5	18.434	13,5	136.721	100,0	-	-
Lombardia	8.713.888	88,2	1.161.238	11,8	9.875.126	100,0	1.854.754	91,8
P.A. Bolzano	548.502	91,7	49.448	8,3	597.950	100,0	51.016	97,7
P.A. Trento	415.463	88,2	55.811	11,8	471.274	100,0	107.703	88,1
Veneto	4.608.913	85,3	792.526	14,7	5.401.439	100,0	495.189	87,9
Friuli V.G.	1.157.193	88,2	155.083	11,8	1.312.276	100,0	76.272	97,7
Liguria	1.758.259	78,4	484.041	21,6	2.242.300	100,0	153.376	91,4
Emilia R.	3.949.893	81,5	898.958	18,5	4.848.851	100,0	472.904	89,8
Toscana	3.417.478	84,9	607.347	15,1	4.024.825	100,0	234.803	89,2
Umbria	760.983	82,2	164.818	17,8	925.801	100,0	52.696	70,1
Marche	1.434.917	89,6	167.216	10,4	1.602.133	100,0	86.796	95,7
Lazio	6.278.464	80,8	1.494.313	19,2	7.772.777	100,0	1.354.277	85,2
Abruzzo	1.551.048	86,3	245.894	13,7	1.796.942	100,0	252.498	96,8
Molise	421.681	90,5	44.117	9,5	465.798	100,0	48.676	92,2
Campania	4.549.473	82,4	970.306	17,6	5.519.779	100,0	400.870	87,0
Puglia	3.841.597	92,3	318.359	7,7	4.159.956	100,0	302.621	97,5
Basilicata	481.278	84,2	89.984	15,8	571.262	100,0	17.870	80,9
Calabria	1.770.119	84,4	326.171	15,6	2.096.290	100,0	135.418	94,4
Sicilia	4.344.203	76,2	1.359.328	23,8	5.703.531	100,0	242.711	86,7
Sardegna	1.700.339	89,0	210.275	11,0	1.910.614	100,0	15.123	85,3

mento delle attività di ricovero è più consistente nelle strutture private che in quelle pubbliche (sia per l'attività diurna che per quella ordinaria), ma questo fenomeno è dovuto in parte ad una maggiore completezza della rilevazione Sdo in ambito privato, ma anche alle politiche regionali di razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica.

Nella riabilitazione crescono progressivamente i ricoveri diurni sia nel numero di casi sia negli accessi. Ma si registra una marcata variabilità regionale, in parte dovuta ad una disomogeneità territoriale nella classificazione di queste attività. In particolare, l'aumento delle giornate di degenza è risultato pari a 485mila, mentre nella lungodegenza è di 109mila.

La degenza media per acuti si è stabilizzata dal 2002 su 6,7 giorni. La casistica trattata è sempre più complessa: il peso medio nel 2004 è pari a 1,24, era di 1,22 nel 2003. Un dato questo che segnala una tendenza all'uso più appropriato degli ospedali per acuti.

Complessivamente nel settore pubblico i ricoveri sono stati 10.663.000 (esclusi i neonati sani), pari all'84,7% delle dimissioni, in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti (85,0% nel 2003, 85,7% nel 2002); per i soli ricoveri per acuti il valore è leggermente superiore (85,8%). Per i ricoveri di riabilitazione in regime ordinario, la distribuzione tra pubblico e privato è più bilanciata ed è pari rispettivamente a 52,7% e 47,3%; nella lungodegenza i dimessi da strutture pubbliche sono il 59,8% e il 40,2% da quelle private.

I RICOVERI PER ACUTI

Nelle discipline per acuti, i ricoveri hanno superato i 12,1 milioni (quasi il 94% di tutti i ricoveri ospedalieri): circa 8,3 milioni (68,6%) sono stati effettuati in regime di degenza ordinaria e oltre 3,8 milioni (31,4%) in day hospital.

Rispetto al 2003 c'è stata una riduzione dei ricoveri in regime ordinario in molte Regioni con l'esclusione di Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise e Campania. La contrazione dei ricoveri è comunque più evidente in Puglia (-5,2%) e in Liguria (-4,6%).

L'incremento dell'attività in regime diurno si è verificato nella stragrande maggioranza delle Regioni, fanno eccezione Veneto, Emilia Romagna e Calabria. Presentano invece gli incrementi più elevati: Puglia (26,6%), Campania (16,4%) e Bolzano (16,3%).

Dimessi per regime di ricovero e tipo Drg. Anni 2002-2004

	2002 dimessi	%	2003 dimessi	%	2004 dimessi	%
Regime ordinario						
Drg medico o n.c.	5.685.756	46,7	5.416.428	45,2	5.275.239	43,4
Drg chirurgico	3.193.022	26,2	3.027.043	25,3	3.064.766	25,2
Day hospital						
Drg medico o n.c.	2.016.134	16,6	2.089.435	17,4	2.175.355	17,9
Drg chirurgico	1.286.823	10,6	1.448.306	12,1	1.641.428	13,5
Totale	2.181.735	100,0	11.981.212	100,0	12.156.788	100,0

Dimessi e giornate di degenza per tipologia di attività. Anni 2002-2004

Tipologia di attività	2002		2003		2004*		% 2004-2003	
	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate
Acuti - Regime ordinario	8.878.595	59.449.206	8.443.471	56.594.442	8.339.955	55.626.703	-1,23	-1,71
Acuti - Day hospital	3.302.961	9.004.920	3.573.384	9.633.887	3.816.783	10.291.960	6,81	6,83
Riabilitazione - Regime ordinario	252.309	6.619.688	260.914	6.882.002	274.146	7.232.547	5,07	5,09
Riabilitazione - day hospital	51.573	594.680	53.598	642.332	60.864	776.680	13,56	20,92
Lungodegenza	88.103	2.831.328	94.273	2.867.366	100.212	2.976.182	6,30	3,79
Neonati sani	369.760	1.285.532	378.248	1.287.674	397.428	1.330.941	5,07	3,369
Totale	12.943.301	79.775.354	12.803.888	77.907.703	12.989.388	78.235.013	1,45	0,42

* sono escluse 1.714 schede che presentano errori relativi a: regime di ricovero, tipo attività, tipo istituto e durata della degenza

Aziende ospedaliere, ospedali a gestione diretta fanno il pieno di ricoveri in regime ordinario e in day hospital (quasi il 74% dei ricoveri). Policlinici universitari e Irccs hanno registrato rispettivamente, il 2,9% ed il 4,2% dei ricoveri ordinari ed il 6,1-6,2% dei ricoveri diurni.

Le case di cura private accreditate svolgono nelle discipline per acuti il 15% delle attività di ricovero ordinario ed il 10,2% delle attività di day hospital.

Il ricorso alle strutture private, accreditate e non, avviene soprattutto nel Meridione. Guida la Calabria con il 26,6% di ricoveri per acuti in regime ordinario, seguono Campania (26,2%) e Abruzzo (24,6%). Mentre il day hospital è più gettonato nelle case di cura accreditate della Lombardia, Emilia Romagna (15,2%) e Campania (14,1%).

Per quanto concerne la tipologia di attività erogata è emerso che in generale circa il 63% dei ricoveri ordinari (5,3 su 8,3 milioni) e quasi il 57% dei ricoveri diurni (2,2 su 3,8 milioni) sono attribuiti a Drg medici o non classificabili.

In particolare nel 2004 si assiste una crescita del day surgery: l'attività in un anno è passata dal 12,1% al 13,5%, mentre all'attività ordinaria ri-

mane 1/4 dei ricoveri complessivi con Drg chirurgico.

Significativo è anche l'incremento del "one day surgery" che si conferma nel 2004 nel 10,3% dei casi.

LE CAUSE DI RICOVERO

La maggior quota di dimissioni, come già negli anni precedenti, è riferita alle malattie dell'apparato cardiocircolatorio (14,6%), seguite da quelle del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (12%), le malattie dell'apparato digerente (10%), gravidanza, parto e puerperio (9,3%), malattie del sistema nervoso (7,5 %).

Guidano la classifica dei 10 Drg più frequenti il parto vaginale senza diagnosi complicanti, seguiti da: insufficienza cardiaca e shock; parto cesareo senza complicazioni; chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta; esofagite, gastroenterite e malattie apparato digerente; interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori; malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio; interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza Cc; interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea; malattia polmonare cronica ostruttiva. Scompare dalla classifica 2004 il Drg "interventi sul cristallino con o senza vitrectomia".

In testa alla graduatoria dei primi 10 aggregati di diagnosi (Acc), che coprono quasi il 20% della casistica ospedaliera, c'è la gravidanza e/o parto normale (con 264.511 dimessi), seguono a breve distanza l'aterosclerosi coronaria e altre malattie ischemiche cardiache (234.811). Al terzo posto figura l'insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione (186.184). Ci sono poi le malattie delle vie biliari (161.963); l'ernia addominale (149.089); chemioterapia e radioterapia (148.871); aritmie cardiache (143.757); vasculopatie cerebrali acute (133.769); polmoniti (122.319) e infine l'infarto miocardio acuto (117.833).

Anche tra i primi 10 Acc di procedura che coprono oltre il 28% della casistica si evidenziano ancora le procedure legate al parto, quelle di routine nei ricoveri ospe-

Lungo degenza									
Day hospital		Totale		Regime ordinario		Day Hospital		Totale	
Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
34.816	3,8	911.790	100,0	375.953	100,0	-	-	375.953	12,6
-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,0
166.086	8,2	2.020.840	100,0	153.187	95,0	7.993	0,3	161.180	5,4
1.207	2,3	52.223	100,0	45.756	100,0	-	-	1,5	
14.539	11,9	122.242	100,0	103.881	100,0	-	-	103.881	3,5
68.048	12,1	563.237	100,0	325.048	99,4	1.983	0,1	327.031	11,0
1.827	2,3	78.099	100,0	-	-	-	-	-	0,0
14.416	8,6	167.792	100,0	-	-	-	-	-	0,0
53.765	10,2	526.669	100,0	921.807	100,0	-	-	921.807	31,0
28.436	10,8	263.239	100,0	67.805	100,0	1	0,0	67.806	2,3
22.449	29,9	75.145	100,0	106	100	-	-	106	0,0
3.890	4,3	90.686	100,0	97.714	100	1	0,0	97.715	3,3
234.833	14,8	1.589.110	100,0	180.330	100	-	180.330	6,1	
8.314	3,2	260.812	100,0	24.276	100	-	24.276	0,8	
4.121	7,8	52.797	100,0	5.080	100,0	-	-	5.080	0,2
60.101	13,0	460.971	100,0	352.555	98,7	4.791	0,2	357.346	12,0
7.736	2,5	310.357	100,0	101.431	100	-	-	101.431	3,4
4.206	19,1	22.076	100,0	11.329	100	-	-	11.329	0,4
7.976	5,6	143.394	100,0	106.281	98,6	1.513	0,1	107.794	3,6
37.309	13,3	280.020	100,0	48.942	97,5	1.264	0,0	50.206	1,7
2.605	14,7	17.728	100,0	37.155	100	-	-	37.155	1,2

Graduatoria dei primi 10 Drg per numerosità di dimissioni – Ricoveri per acuti regime ordinario Anni 2002 – 2004

Drg	2002	2003	2004	Posizione 2002
I Parto vaginale senza diagnosi complicanti	321.698	324.975	324.811	I
II Insufficienza cardiaca e shock	186.291	190.340	195.119	II
III Parto cesareo senza complicazioni	173.085	182.541	191.535	IV
IV Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	130.570	125.081	126.773	VI
V Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC	156.906	134.501	124.971	V
VI Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori	106.170	113.775	123.145	XII
VII Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	122.785	123.310	121.271	VII
VIII Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	119.158	116.554	121.173	VIII
IX Interventi sul sistema cardiovascolare per via per cutanea	88.307	98.783	114.529	XVI
X Malattia polmonare cronica ostruttiva	111.453	113.959	105.134	IX

Graduatoria dei primi Acc per diagnosi e procedura

ACC - Diagnosi	Dimessi	ACC – Procedura	Dimessi
I Gravidanza e/o parto normale	264.511	I Altre procedure di assistenza al parto	236.322
II Aterosclerosi coronarica e altre malattie ischemiche cardiache	234.811	II Elettrocardiogramma	226.145
III Insufficienza cardiaca congestizia, non da ipertensione	186.184	III Taglio cesareo	210.672
IV Malattie delle vie biliari	161.963	IV Radiografia del torace di routine	189.430
V Ernia addominale	149.089	V Altre procedure terapeutiche	176.367
VI Chemioterapia e radioterapia	48.871	VI TAC del capo	171.296
VII Aritmie cardiache	143.757	VII Altre procedure diagnostiche	134.514
VII Vasculopatie cerebrali acute	133.769	VII Cateterismo cardiaco diagnostico	126.080
IX Polmoniti	122.319	IX Diagnostica a ultrasuoni del cuore	125.997
X Infarto Miocardio acuto	117.833	X Diagnostica a ultrasuoni addominale o retroperitoneale	122.491

dalieri e propedeutici ad intervento chirurgico (elettrocardiogramma, RX torace) ed altre procedure diagnostiche per disturbi cardiaci. Per quanto riguarda il ricovero diurno, la distribuzione per categorie diagnostiche maggiori si differenzia da quella dei ricoveri in regime ordinario: gli accessi maggiori sono costituiti dalle malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate, dalle malattie dell'occhio e da quelle del sistema muscolo-scheletrico e del connettivo. Nel 2004 è stabile la percentuale di ricoveri in day hospital con un unico accesso (56%). I 30 Drg più frequenti rappresentano il 55,4% dei ricoveri diurni; di questi, 15 sono di tipo chirurgico. Rispetto al 2003 non ci sono state variazioni nella graduatoria dei Drg più frequenti. In generale tutti i ricoveri sono aumentati e in particolare quelli per interventi sul cristallino con o senza vitrectomia seguiti da: aborto con dilatazione e raschiamento; interventi per ernia inguinale e femorale e ipertensione.

I RICOVERI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

Nel 2004 sono stati 335.010 i pazienti dimessi per riabilitazione, di cui 274.146 in regime ordinario e 60.864 in regime diurno (18,2% dell'attività complessiva riabilitativa), con un rapporto tra regime ordinario e regime di day hospital sostanzialmente stabile rispetto al 2003. Comunque in quest'area c'è stato un incremento del 5,1% dei ricoveri ordinari e del 13,6% di quelli in Dh soprattutto in Lombardia, Liguria, Veneto e Campania. Quasi la metà dei ricoveri per riabilitazione in regime ordinario è a carico del pubblico; solo l'1,5% dell'attività riabilitativa si svolge nel settore privato non accreditato (a parte la Puglia dove la distribuzione percentuale è del 26,5%). In ambito diurno la distribuzione tra settore pubblico e settore privato (accreditato e non) è ancora più a favore del settore pubblico. Nella riabilitazione ordinaria, quasi il 94, % dei dimessi rientra nella classe di giornate di degenza tra 0 e 60 giorni, e pertanto solo il 6,2% ha una degen-

za superiore a 60 giorni. Ci si ricovera sempre a causa di malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (40,9%), del sistema nervoso (23,6%), e dell'apparato cardiocircolatorio (16,3%). La degenza media è costante ed è di 26,4 giorni. Per quanto riguarda la riabilitazione in day hospital, le categorie diagnostiche più rappresentate si sovrappongono a quelle del regime ordinario, con un maggiore peso relativo delle malattie del sistema nervoso rispetto alle malattie muscolo-scheletriche e del tessuto connettivo. I ricoveri in lungodegenza sono 100.212 e presentano un trend in costante crescita. Gli ospedali a gestione diretta e il privato accreditato svolgono in questo caso un ruolo predominante entrambi con una percentuale uguale o superiore al 40%. Relativamente alla tipologia di attività effettuata in lungodegenza (per la modalità esclusivamente ordinaria), le categorie diagnostiche più rappresentate, in termini di numerosità delle dimissioni, sono le malattie del sistema nervoso, le patologie del sistema muscolo-scheletrico e le malattie cardiocircolatorie e respiratorie.

COMPLESSITÀ ED EFFICIENZA

I valori più elevati dell'indice di case mix (Icm) – che descrive la complessità della casistica trattata – si registrano in Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Liguria (1,12) e in Toscana (1,14); quasi tutte le Regioni centrali e meridionali fanno registrare un indice inferiore alla media (pari a 1). Stesso andamento si osserva per il peso medio che a fronte di un valore medio nazionale pari a 1,24, registra valori alti nelle regioni settentrionali e valori decisamente più bassi nelle Regioni centro meridionali. Relativamente ai soli ricoveri per acuti in regime ordinario, il peso medio nazionale pari ad 1,50 è maggiore di oltre il 20% rispetto a quello dei ricoveri ordinari complessivi, senza distinzione di età. Con un incremento rispetto al 2003 (1,46) in tutte le Regioni: il picco maggiore è in Piemonte(1,68) e in Toscana (1,65), mentre i valori minimi, comunque incrementati rispetto al-

l'anno precedente, in Sardegna (1,26) e in Calabria (1,27). Invece i valori più bassi dell'indice comparativo di performance (Icp) – che esprime l'efficienza operativa, valutata attraverso la degenza media, standardizzata rispetto al case-mix – si osservano in Sicilia (0,92), Campania ed Umbria (0,93); quelli più elevati, in Piemonte (1,07), in Veneto e nella P.A. di Trento (1,08), Molise (1,09) e Lazio (1,11).

EFFICACIA E APPROPRIATEZZA
Grazie all'analisi delle Sdo è stato possibile analizzare anche il livello di appropriatezza dell'attività prestata negli ospedali. Come già emerso nei precedenti Rapporti, ancora una volta la maglia nera dell'inappropriatezza va al parto cesareo: il ricorso a questo tipo d'intervento nel nostro Paese non solo continua ad essere eccessivo, e quindi inappropriato, con percentuali del 37,8% rispetto al totale dei parti, ma presenta anche un trend in aumento rispetto agli anni precedenti (era del 36,7% nel 2003 e 35,8% nel 2002). E la mappa dell'Italia è diversificata: si va dal 23% della P.A. di Bolzano al 59% della Campania. Ma anche nel Lazio, in Abruzzo e in tutte le regioni meridionali la predilezione verso il cesareo presenta valori elevati, in particolare in Basilicata e Sicilia la percentuale è del 50%. Per quanto riguarda l'appropriatezza dell'utilizzo dei reparti chirurgici rispetto alla casistica trattata, nel 2004 il quadro è migliorato, anche se con differenze da Regione a Regione. Il valore più basso, che indica maggiore appropriatezza, si registra in Emilia Romagna (27,5%), quello più elevato (maggiore inappropriatezza) in Calabria (49,3%). In generale tutte le regioni meridionali presentano valori elevati, ma comunque con dei miglioramenti rispetto al 2003. Il Rapporto ha poi presentato i tassi di ospedalizzazione di patologie e procedure chirurgiche per le quali l'ospedalizzazione può essere considerata sintomo di inefficacia del livello di assistenza primaria e specialistica territoriale. Su questo fronte, nel 2004, si registrano dei miglioramenti. Spiccano il tasso di ospedalizzazione per diabete che si riduce rispetto al 2003 (114,7) ed è pari a 110,3 per 100mila abitanti (il valore più elevato si osserva in Sicilia (192,3), il più basso in Valle D'Aosta (28,7), e il tasso di ospedalizzazione per asma che è pari a 41,6 con valori massimi sempre in Sicilia (54,3), Sardegna (57,6) e Campania (54,6). Trend inverso per lo scompenso cardiaco: il tasso di ospedalizzazione è ad alta variabilità territoriale e a differenza di diabete ed asma presenta un incremento negli anni piuttosto costante e rilevante. Il valore medio nazionale è pari a 321,6 per 100 abitanti (era 314 nel 2003), con i massimi in Molise (525) e Friuli Venezia Giulia (522) ed i minimi in Sardegna (226) e Piemonte (232). La percentuale di ricoveri ripetuti, a livello nazionale, è pari a 21,4%. Gli ambiti maggiormente interessati al fenomeno, con ricoveri ripetuti superiori al 50% sono quelli oncologici ed ematologici. Il 2,32% dei pazienti risulta deceduto in ospedale nelle discipline per acuti, ma la percentuale è significativamente più alta nelle Regioni del Centro-Nord e minima nelle Regioni meridionali e soprattutto in Sicilia (0,9%). Per contrasto la dimissione volontaria, contro il parere dei medici, (valore nazionale: 3,7%) è molto più consistente nelle regioni meridionali e in particolare in Campania (10,5%). La percentuale di deceduti nelle discipline di riabilitazione è pari allo 0,92% e risulta più omogenea a livello territoriale. Per la lungodegenza il valore nazionale dei deceduti è pari al 18% e riflette al contrario una elevatissima eterogeneità territoriale a conferma della variabilità della casistica trattata in ambito ospedaliero.

AVVIATO IL PRIMO PROGETTO DI BENCHMARKING GESTIONALE IN ORTOPEDIA (BENGIO)

Esperienze a confronto per migliorare la qualità organizzativa e gestionale delle Aziende

Come far crescere la qualità organizzativa e gestionale delle Aziende sanitarie? Attraverso il confronto delle esperienze sviluppate nelle strutture ospedaliere. È questa la strada imboccata da tre strutture specializzate nell'area ortopedica-traumatologica che hanno avviato il primo progetto di benchmarking gestionale in ortopedia. Con un obiettivo: vincere la partita dell'efficienza

Come potenziare la produttività delle attrezzature diagnostiche? Qual è la strategia vincente per organizzare al meglio un intervento di protesi d'anca? E la protesi con il miglior rapporto qualità/prezzo?

Per dare risposte puntuali a questi interrogativi, ed altri ancora, tre Centri ortopedici di eccellenza molto diversi tra loro per dimensioni, natura giuridica e collocazione geografica – l'Azienda Sanitaria Cto/Crf "Maria Adelaide" di Torino, l'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna – hanno avviato il primo progetto italiano di Benchmarking gestionale in ortopedia (Bengio).

L'obiettivo del progetto è realizzare un'analisi comparativa – con il supporto tecnologico del Centro di ricerca in economia e management in sanità (Cremis) dell'Università Carlo Cattaneo di Varese e delle Asr del Piemonte e dell'Emilia Romagna – per identificare le performance organizzative e gestionali migliori e individuare quindi gli strumenti operativi più idonei per riorganizzare le attività all'insegna di standard qualitativi sempre più elevati.

In sostanza, l'intento è quello di rendere sempre più efficiente l'organizzazione ospedaliera per migliorare il servizio a vantaggio dei pazienti. Ed anche di ridurre le

liste d'attesa grazie all'ottimizzazione degli interventi, del tempo di esecuzione e del relativo costo per il sistema sanitario.

BENGIO: UNA NOVITÀ IN SANITÀ

Il progetto Bengio costituisce un unicum nel panorama sanitario italiano sotto due punti di vista. Innanzitutto, perché la valutazione comparativa e "sul campo" delle componenti organizzative e gestionali è un evento raro, a differenza del confronto di esperienze maturate in strutture ospedaliere diverse per sede geografica, dimensioni e background culturale che è invece prassi consolidata in ambito clinico.

E poi perché confrontarsi con la dichiarata disponibilità di evidenziare punti di forza e di debolezza per favorire una "crescita gestionale" delle singole strutture, in particolare modo in un settore come quello ortopedico-traumatologico con aspetti critici in termini economico-gestionali, che derivano da specificità rilevanti, ad esempio sul piano dei costi (acquisti protesici e impiego di sale operatorie) è sicuramente una novità assoluta.

LE FASI DEL PROGETTO

Per portare alla luce le *best practices*, i riflettori saran-

no puntati su quattro aree che riguardano: le modalità d'acquisto e sperimentazione delle protesi ortopediche; l'organizzazione e la produttività delle sale operatorie rispetto a quattro tipi d'intervento (revisione di protesi d'anca, interventi sul piede, artroscopia della spalla e protesi di ginocchio); i processi innovativi di riorganizzazione (durata della degenza, organizzazione settimanale, procedure di pre e post ricovero); l'organizzazione e la produttività della diagnostica per immagini.

Sotto il profilo operativo il progetto sarà svolto da piccoli gruppi di professionisti (non più di due o tre referenti per ogni ospedale) coordinati da un esperto "terzo". Ogni gruppo di lavoro partirà dalla ricognizione dell'esistente per analizzare le logiche organizzative e gli strumenti gestionali utilizzati da ciascun ospedale. Dopo avere focalizzato le eventuali carenze organizzative sarà individuato il know-how da condividere e trasferire per arrivare a realizzare la "best performance".

E non è finita qui: le direzioni strategiche si sono impegnate a recepire quelle innovazioni che risulteranno vincenti sul piano costi/benefici. I risultati operativi saranno resi noti a dicembre 2007. Sarà allora possibile sapere, per ognuno dei tre ospedali, che cosa fare per vincere la partita dell'efficienza. (E.M.)

Intervista ad Alberto Andron, Direttore Generale del Cto M. Adelaide di Torino

"Portare alla luce le *best practices*"

Dottor Andron, quali sono gli aspetti qualificanti del progetto?

In primo luogo, il fatto che per la prima volta in Italia, grazie all'input delle Direzioni generali di tre strutture sanitarie, sarà attivata una comparazione "sul campo" delle componenti organizzative e gestionali in ortopedia allo scopo dichiarato di far emergere pregi e anche eventuali difetti presenti nelle strutture. Esulano dal progetto, invece, le varie metodiche chirurgiche adottate nelle strutture, ed anche gli aspetti di stretta pertinenza della ricerca preclinica.

Altro elemento rilevante è che il confronto avviene tra strutture differenti tra loro, e appartenenti a Regioni "l'un contro l'altra armate" per quanto concerne le strategie di politica sanitaria adottate. È questa una sfida importante alla quale non ci siamo sottratti, coscienti anche di quello che potrebbe emergere.

Così come abbiamo voluto evitare qualsiasi forma di autoreferenzialità: ci siamo perciò avvalsi sul piano metodologico del prezioso supporto di soggetti terzi, ossia il centro di ricerca in economia e management in sanità dell'Università Carlo Cattaneo di Castellanza e le Agenzie per i servizi regionali del Piemonte e dell'Emilia Romagna.

Qual è l'obiettivo del progetto?

Lo scopo precipuo è quello di portare alla

luce le *best practices* per liberare energie e arrivare quindi a riorganizzare le attività migliorando le nostre performance. In altre parole vogliamo sviluppare percorsi di cambiamento in grado di produrre benefici per tutti gli attori coinvolti: direzioni strategiche, professionisti e utenti.

Qualche esempio? Le liste d'attesa: individuando i migliori processi organizzativi possiamo offrire un importante contributo per arginare il fenomeno. E ancora, tutte le strutture vivono un problema di squilibrio tra necessità e disponibilità del personale infermieristico. Anche in questo caso cercheremo di far emergere i percorsi assistenziali che meglio possano impiegare sia il personale infermieristico sia quello medico.

Punterete i riflettori anche sui costi?

Uno degli obiettivi del progetto è quello di analizzare le diverse modalità adottate per attivare le gare per l'acquisto di protesi ortopediche. È importante capire perché, nonostante l'80% delle protesi utilizzate siano le medesime vengono acquistate a costi differenti.

È un progetto esportabile?

A nostro avviso sì, perché ci sia la piena volontà delle Direzioni generali. Inoltre, pensiamo possa essere utile anche per gli organismi centrali di governo come il ministero della Salute e l'Assr.

Intervista a Giovanni Baldi, Direttore Generale dell'Irccs "Rizzoli" di Bologna

"Essenziale la condivisione dei professionisti"

Le direzioni generali delle tre strutture coinvolte nel progetto si sono impegnate a cambiare le proprie prassi una volta individuate le *best practices*. Dottor Baldi, terrete fede agli impegni presi?

Il rischio che si corre nell'attivare progetti di benchmarking è che i risultati raggiunti, per molti motivi, non si traducano in fatti concreti. Per questo abbiamo voluto dare la garanzia che il lavoro svolto dai professionisti, il quale richiederà un grande impegno, non rimanga lettera morta.

Abbiamo perciò previsto la possibilità di realizzare un sistema di scambio dei dati, chiaramente nel rispetto delle norme sulla privacy, che ci consentirà di operare un confronto su un campione il più ampio possibile. Quindi se nel rapporto costo/benefici i risultati raggiunti si mostreranno vincenti, i processi innovativi delineati saranno presi in considerazione per la definizione del budget 2008.

E per onorare questo impegno ci siamo posti l'obiettivo di rendere noti

i risultati sulle modalità di acquisto delle protesi e sull'impiego delle sale operatorie entro dicembre 2007.

Cambierete, se ne individuerete di migliori, anche le modalità d'acquisto delle protesi ortopediche?

Absolutamente sì. Anzi il Rizzoli sarà capofila delle gare di protesica per l'Area vasta di Bologna e quindi i percorsi individuati verranno estesi anche alle altre Aziende. Il nostro obiettivo è che il mercato delle protesi venga regolato da meccanismi di trasparenza e libera concorrenza.

Quanto è importante il coinvolgimento dei professionisti che operano nelle strutture?

L'idea del progetto è partita dall'"alto", ma la condivisione degli operatori è stata fortemente cercata fin dall'inizio. È indispensabile. Non è stato facilissimo coniugare tre strutture con un'organizzazione e con filosofie di lavoro differenti. Abbiamo dovuto trovare dei minimi comuni denominatori tra i vari ambiti di attività sui quali realizzare l'operazione di confronto. Ma ci siamo riusciti.

Il diritto di critica del dirigente medico

di Flavia Durval*

CONTENUTO E LIMITI DELLA CRITICA

Il contenuto e le modalità della critica espressa dal lavoratore nei confronti del datore di lavoro rappresentano una questione controversa e delicata, da tempo al centro di un vivace dibattito in sede dottrinale e giurisprudenziale. Il lavoratore, infatti, gode di un elevato livello di informazioni in ragione del suo inserimento nell'organizzazione dell'impresa e, quindi, di un diretto contatto con dati e fatti attinenti alla realtà produttiva. Questo accesso privilegiato al flusso continuo di notizie aziendali consente ed agevola la manifestazione di giudizi critici sui prodotti o sull'operato dell'impresa. Giudizi particolarmente dannosi per la credibilità di cui godono le valutazioni espresse da soggetti che hanno un'approfondita conoscenza delle caratteristiche dell'azienda.

Il diritto di critica del lavoratore è, peraltro, difficilmente "arginabile", in quanto protetto sia dalla Costituzione che, all'art. 21, consente "di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, con lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione", sia dallo Statuto dei lavoratori che, all'art. 1, garantisce ai lavoratori la possibilità di "manifestare liberamente il proprio pensiero", seppur nel rispetto dei principi della Costituzione e delle norme dello Statuto medesimo.

Tuttavia, le manifestazioni critiche non possono essere esercitate in modo indiscriminato, dovendo essere temperate con altri diritti concernenti beni di pari rilevanza costituzionale che riguardano l'interesse generale della collettività e quello particolare del datore di lavoro.

Così, può essere considerata legittima la critica finalizzata ad evitare e contrastare infiltrazioni mafiose o a tutelare il diritto alla salute dei cittadini, ma va considerata illecita quella che leda l'onore o la reputazione del datore di lavoro (protetti dagli artt. 2 e 41 Cost.).

In particolare, la lesione del decoro e dell'immagine dell'impresa costituisce una condotta suscettibile di provocare, con la caduta della sua immagine, anche un danno economico in termini di perdita di commesse e di occasioni di lavoro. Si pensi, ad esempio, alla pubblicazione sulla stampa locale e nazionale di articoli ed interviste diretti a censurare il comportamento della dirigenza aziendale in merito a fatti ed episodi penalmente rilevanti, come presunte infiltrazioni e connivenze mafiose.

CONTINENZA SOSTANZIALE E FORMALE

In questa prospettiva, la giurisprudenza ritiene lesiva per l'impresa la manifestazione del pensiero che violi due principi fondamentali: il principio di continenza sostanziale e quello di continenza formale.

Il primo principio ("continenza sostanziale") impone al lavoratore di astenersi da critiche non veritiere, cioè da accuse avventate e dall'attribuzione infondata di fatti infamanti. Egli deve, quindi, soppesare l'effettiva consistenza degli elementi conoscitivi in proprio possesso prima di dare pubblica risonanza a presunte o reali responsabilità, di rilievo anche penale, che valgono a screditare l'immagine del datore di lavoro, danneggiandolo economicamente.

Per quanto riguarda i dirigenti medici, in particolare, deve considerarsi lecita, accanto alla critica veritiera, la manifestazione di opinioni scientificamente avvalorate. Sicché, da un punto di vista contenutistico, è pienamente ammissibile l'espressione del "dissenso scientifico". Si tratta poi di vedere come viene manifestato tale dissenso. Al riguardo, infatti, il secondo principio che legittima la critica è quello della "continenza formale". Tale secondo principio ("continenza formale") riguarda la "correttezza e civiltà" delle forme espressive utilizzate. La manifestazione del pensiero deve, infatti, rispettare forme linguistiche, sia scritte che verbali, che evitino frasi denigratorie, o scurrili, che risultino offensive e diffamatorie. In sintesi, si ritiene illecita la critica espressa non in forma moderata, ma con modalità lesive del decoro del datore di lavoro.

Ciò, tuttavia, non esclude la liceità della critica aspra, la quale comporta una interpretazione dei fatti che può anche avvalersi di espressioni astrattamente offensive e soggettivamente sgradite alla persona cui sono riferite. Mentre risulta illecita la critica che non sia improntata a leale chiarezza, che ricorra cioè al 'sottinteso sapiente', agli accostamenti suggestionanti, al tono sproporzionalmente scandalizzato e sdegnato, specie nei titoli di articoli o pubblicazioni o, comunque, all'artificiosa e sistematica drammatizzazione con cui si riferiscono notizie neutre, nonché alle vere e proprie insinuazioni" (Cass. 14 giugno 2004, n. 11220).

Si differenzia da questo tipo di forma espositiva la satira, il cui linguaggio, "essendo inteso, con accento caricaturale, alla dissacrazione ed allo smascheramento di errori e di vizi di una o più persone, è essenzialmente simbolico e paradossale", anche se non per questo "può recare pregiudizio all'onore, alla reputazione e al decoro di chi ne è oggetto" (Cass. 21 settembre 2005, n. 18570).

CREDIBILITÀ DEL SERVIZIO E DEONTOLOGIA MEDICA

Bisogna poi anche considerare che l'eventuale violazione da parte del lavoratore del generale "dovere di rispetto" della verità e della persona del datore di lavoro deve tener conto delle qualità personali e del prestigio di cui gode il destinatario della critica in un determinato contesto sociale. Per il settore medico, in particolare, si deve anche tener conto delle ripercussioni sull'utenza con riferimento alla lesione della credibilità del servizio offerto dalla struttura sanitaria oggetto della critica.

L'attribuzione di una determinata qualità può, infatti, essere offensiva per alcune persone e non per altre, in ragione sia del tipo di attività svolta che della personalità dell'offeso. Un conto è dire a un giurista che non conosce il calcolo infinitesimale, altro è dirlo ad un matematico.

Al tempo stesso, oltre al contenuto ed alle modalità della critica, si dovranno valutare le caratteristiche del rapporto di lavoro, come il grado di affidamento riposto nel dipendente e l'importanza delle mansioni svolte. In tal senso, ad esempio, il codice di deontologia medica del 16 dicembre 2006, oltre a richiamare i principi fondamentali dell'obbligo del segreto professionale (art. 10) e del rispetto dei diritti della persona (art. 20), pre-

vede espressamente, nell'ambito del criterio basilare del rispetto reciproco che deve ispirare i rapporti di collaborazione tra medici, che "il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito" (art. 58).

PERTINENZA DELLA CRITICA E VIOLAZIONE DELLA CORRETTEZZA PROFESSIONALE

Un altro requisito che deve essere rispettato nella espressione delle critiche è la "pertinenza" e coerenza della manifestazione del pensiero in relazione agli scopi perseguiti. Così, ad esempio, la critica esercitata in funzione sindacale va valutata in relazione alla finalità collettiva perseguita e, se riguarda materie estranee all'area degli interessi contrapposti, può sconfinare nell'abuso del diritto.

Quando poi la diffusione, da parte del lavoratore, di notizie e giudizi pregiudizievoli all'interesse dell'impresa è attuata in modo da eccedere i limiti posti dall'ordinamento, si può configurare una lesione dei principi di collaborazione, correttezza, fedeltà e fiducia fra le parti del rapporto di lavoro, fino a giustificare il licenziamento del lavoratore.

L'ingiuria o la diffamazione non possono non implicare, infatti, una lesione del vincolo fiduciario alla base del rapporto di lavoro che, com'è noto, contempla l'obbligo per il datore di lavoro subordinato d'improntare il proprio comportamento ad un'intensa cooperazione.

LA CRITICA ESPRESSA DAL "CAPO"

Così come il diritto di critica del lavoratore è limitato in relazione al particolare status di lavoratore subordinato, allo stesso modo la critica del datore di lavoro subisce limitazioni in conseguenza della specifica relazione contrattuale che intercorre con il dipendente.

Un primo limite specifico deriva dalla tutela della riservatezza, intesa come divieto di divulgazione di vicende strettamente personali del dirigente medico, cui è tenuto il datore di lavoro ai sensi del c.d. divieto di indagini sulle opinioni (art. 8 dello Statuto dei Lavoratori) e del codice sulla privacy (D. Lgs n. 196/2003).

Un secondo ed ulteriore limite è rinvenibile, poi, nel particolare obbligo del datore di lavoro di tutelare la personalità morale del dipendente (art. 2087 cod. civ.).

Accanto a tali limitazioni di carattere specifico, operano limiti di quadro generale, per i quali il datore di lavoro è tenuto alla tutela dell'onore e della reputazione del lavoratore, non potendo certamente esprimere una critica ingiuriosa o diffamatoria nei confronti del dipendente.

Tale principio è particolarmente rilevante nel settore della dirigenza medica, poiché una critica espressa con modalità lesive del decoro del lavoratore da parte del datore di lavoro (leggi direttore generale e direttore sanitario) potrebbe comportare significative ripercussioni sulla credibilità del medico, tanto da fargli "perdere" pazienti e subire danni nella sfera della libera professione intramoenia.

*Anaaò Cref Servizio tutela lavoro

FISCO & PREVIDENZA

Previdenza: molti pericoli e qualche opportunità in una situazione confusa

Il dibattito sulla previdenza, se da un lato non ha apportato nessuna variazione normativa, dall'altro registra quotidianamente prese di posizione che configurano gli scenari più disparati.

Il lettore sappia che le ipotesi che saranno elencate in questo articolo sono aggiornate al 31 maggio 2007 e tenga conto che "ogni giorno se ne sente una nuova".

Il continuo susseguirsi di annunci su presunte novità delle regole pensionistiche crea disorientamento ed incertezza e impedisce a molti colleghi di programmare serenamente la data di cessazione del servizio.

IL PARADOSSO DELLA PREVIDENZA ITALIANA

È noto che le pensioni italiane sono le più basse d'Europa e al tempo stesso gli enti previdenziali hanno un deficit elevato.

In realtà sulla previdenza italiana gravano oneri assistenziali e ammortizzatori sociali che nulla hanno a che fare con la previdenza propriamente detta, inoltre l'enorme evasione fiscale coincide con l'evasione contributiva erodendo le entrate.

In questi anni la confusione e la commistione tra assistenza e previdenza è ulteriormente aumentata rendendo difficile un autentico bilancio previdenziale autonomo, alimentato dai contributi dei lavoratori, separato dalle necessarie prestazioni assistenziali che dovrebbero essere alimentati dalla fiscalità generale.

LA FUSIONE INPS-INPDAP

Un tempo i medici e i sanitari erano iscritti alla Cassa Pensioni Sanitari che faceva parte dell'Inpdap, ma che aveva una contabilità separata e vantava un notevole avanzo di bilancio. Successivamente la nostra presenza nell'Inpdap è diventata indistinta, ovvero senza un bilancio separato. Con questa operazione, a suo tempo, abbiamo sanato deficit di altri settori del pubblico impiego.

L'ipotizzata fusione tra Inpdap e Inps, che fa parte del programma di Governo, pone alcune questioni rilevanti: si tratta di unificare la Cassa di Previdenza degli statali (Inpdap) con quella dei dipendenti del settore privato e i lavoratori autonomi (Inps).

È evidente che, mentre nel settore statale non esiste evasione fiscale, non esistono prestazioni per ammortizzatori sociali (cassa integrazione, indennità di disoccupazione, ecc...) e sono limitatissimi i soggetti da integrare al minimo per mancanza di contributi, nel settore privato e nel lavoro autonomo l'evasione fiscale e il ricorso all'utilizzo di prestazioni assistenziali degli ammortizzatori sociali risulta davvero rilevante.

È chiaro che da questa fusione abbiamo solo da rimetterci sul piano dell'equilibrio e della compatibilità del sistema.

Sul piano pratico occorrerà vigilare attentamente affinché all'unificazione delle casse non corrisponda un brutale appiattimento verso il basso delle prestazioni. Si tenga presente che mentre un dipendente statale versa alla Cassa di Previdenza il 33% (comprensivo del contributo del datore di lavoro) vi sono alcune categorie di lavoratori autonomi che versano solo il 20%, per di più su una base imponibile spesso erosa dall'evasione fiscale.

Pertanto, quando si parla di "privilegi degli statali", non si tiene evidentemente conto del diverso

contributo dato dagli stessi al sistema, compensato solo parzialmente da migliori prestazioni pensionistiche. È pur vero che la base fondamentale del calcolo pensionistico per gli statali tiene conto dell'ultima retribuzione, mentre per i lavoratori privati e autonomi tiene conto della media degli ultimi cinque anni, è altresì vero che il pensionato statale può godere degli aumenti contrattuali a regime dell'intero biennio nel quale si è pensionato, a differenza dei lavoratori privati e autonomi, ma occorre considerare i gravi ritardi nella stipula dei contratti di lavoro del settore statale.

Per questi motivi non è possibile che chi ha dato di più e ha contribuito a sanare dal punto di vista patrimoniale le posizioni di altri venga poi penalizzato o equiparato verso il basso al momento del godimento delle prestazioni.

A ben vedere l'unico e autentico privilegio degli statali è stato ed è quello di pagare tutte le tasse con aliquote massimali.

L'attacco che viene fatto alla categoria non tiene conto che è proprio grazie alla solidarietà dei lavoratori che è stato possibile corrispondere pensioni e liquidazioni a quanti hanno subito la bancarotta delle proprie aziende. Se ne ricordino molti improvvisati censori dei dipendenti.

AUMENTO DELLE PENSIONI MINIME

Nessuno mette in dubbio la necessità di questo provvedimento caldeggiato da tutte le forze politiche, tuttavia questo aumento non deve essere sostenuto dalla decurtazione delle pensioni degli altri lavoratori, ma alimentato dalla fiscalità generale.

ETÀ DEL PENSIONAMENTO

Per anni si è sostenuta la tesi della "liberalizzazione dell'età pensionabile", inoltre, parlare di età pensionabile per chi è soggetto al sistema contributivo, o ha optato per esso, costituisce una penalizzazione inaccettabile in quanto il trattamento pensionistico costituisce poco più che una mera restituzione dei contributi versati. In ogni caso le modifiche devono essere graduali e concertate. Occorre tener conto che con il passaggio a regime contributivo il problema dell'età pensionabile è residuale e già i limiti previsti attualmente possono essere sostenibili. Il trattamento di favore previsto per le donne (possibilità di pensionamento a 60 anni anziché 65) trova giustificazione documentata nella minore consistenza degli assegni erogati.

SUPERAMENTO DEL COSIDDETTO GRADONE

La normativa attuale penalizza pesantemente coloro che raggiungeranno i requisiti per l'anzianità (57 anni più 35 di contribuzione) il 31 dicembre 2007, ponendo in capo una penalizzazione secca di tre anni per coloro che matureranno i requisiti in data successiva. È un provvedimento iniquo che crea gravi disparità a fronte di minime differenze contributive. È stata promessa la sua abolizione e la sostituzione con un meccanismo graduale di innalzamento dei requisiti per la quiescenza.

REVISIONE DEI COEFFICIENTI

È uno dei temi più scottanti delle trattative in corso, in ogni caso non dovranno avere caratteristiche di retroattività. Non sarebbero inoltre accettabili ulteriori decurtazioni non motivate che ridurrebbero

ulteriormente l'entità futura degli assegni di quanti stanno nel sistema contributivo.

CONTRIBUTI DI SOLIDARIETÀ

Sta facendo capolino l'ipotesi di una reiterazione della proposta, già cassata dal Disegno di Legge della Finanziaria 2007, di imporre un contributo di solidarietà alle pensioni "cosiddette" elevate. Siamo ovviamente contrari a queste manovre che abbiamo contribuito a sventare in occasione dell'ultima finanziaria.

DIVIETO DI CUMULO

È una disposizione che penalizza chi va in pensione senza il doppio requisito di 58 anni di età e 37 anni di servizio tassando il reddito del pensionato che svolge altra attività, e da sempre viene richiesta la sua abolizione. A nostro avviso l'abolizione del cumulo non solo non incrementerebbe i costi, ma favorendo l'emersione delle attività svolte dai pensionati potrebbe costituire una risorsa.

PREVIDENZA INTEGRATIVA

È la vera novità di queste ultime settimane, anche in seguito allo sciopero del 4 maggio 2007 è stata riconosciuta l'urgenza di attivare anche per i dipendenti pubblici e per i medici in particolare questo strumento previdenziale. Le Regioni hanno dato la disponibilità ad erogare il contributo del datore di lavoro (2% il primo anno, 1,5% il secondo e 1% gli anni successivi), emanando uno specifico atto di indirizzo da allegare al prossimo contratto di lavoro. La realizzazione pratica di questo diritto (che riguarderà in un primo tempo i giovani assunti dopo il 1 gennaio 2001 che non dispongono più della liquidazione Tfs ma solo del Tfr) presenta numerosi ostacoli, primo fra tutti il fatto che le somme del Tfr risultano "virtuali", cioè sono accantonate indistintamente nella Tesoreria dello Stato e non sono specificamente dedicate, pertanto risultano non disponibili a gestione fruttifera mediante i fondi. Ci attende una lunga e faticosa trattativa (vedi relazione sull'ultimo numero di "Dirigenza medica"), ma siamo sulla buona strada per il riconoscimento normativo e contrattuale di un diritto che i più giovani potranno esercitare in futuro.

RISCATTI

Una qualche sensibilità si è verificata sulla possibilità di favorire i riscatti degli anni di laurea che al momento non concorrono (se l'anzianità acquisita con i riscatti non è anteriore al 01 gennaio 1996) per i più giovani ad abbassare l'età di pensionamento. Queste norme se non rimosse penalizzano selettivamente categorie come la nostra che per il prolungamento del corso di studi previsto dalle normative comunitarie accedono al lavoro ad un'età che non consentirà loro di accedere alla pensione di anzianità.

LAVORI USURANTI

Sarebbe iniquo escludere da questa categoria alcune componenti mediche soggette a pesanti turnazioni o particolari condizioni di lavoro.

Come si vede occorre vigilare su tutta la materia previdenziale che riguarda tutti, giovani e meno giovani, senza distinzioni, tenendo presente non solo la propria condizione particolare, ma l'integrità di un sistema che deve soddisfare le esigenze di tutti.

Giorgio Cavallero
Vice segretario nazionale Anaao-Assomed

segue dalla prima

IL DOCUMENTO FINALE DEL CONSIGLIO NAZIONALE - STRESA 6 E 7 LUGLIO 2007

I medici chiedono soluzioni concrete

Nulla è cambiato a proposito del precariato medico, mentre il ricorso ai contratti atipici continua ad essere l'unica via perseguita per far fronte alle crescenti carenze di organico del personale medico del Ssn accentuate da un blocco del turnover divenuto tema ricorrente di tutte le leggi finanziarie, di destra e di sinistra, contribuendo ad una preoccupante destabilizzazione e dequalificazione del sistema. Al di fuori delle solite rituali promesse, non è stata ancora presentata una seria e convincente proposta dai Ministeri competenti per poter avviare una programmata stabilizzazione del lavoro precario.

Continua a preoccupare la grave penalizzazione dei giovani medici il cui accesso alla dirigenza è possibile, in ossequio ad una sudditanza non solo psicologica alla Università, esclusivamente solo dopo il completamento di un lungo iter di studi ad un'età media che pregiudica la possibilità di garantirsi un congruo trattamento pensionistico. Anche per tale motivo non è più rinviabile la istituzione di un fondo di previdenza integrativa per i medici per il quale sono stati avviati i primi atti normativi.

Per di più se Governo, Parlamento e Ministro della Salute non riusciranno a garantire il diritto all'esercizio della libera professione nei tempi utili a superare la scadenza del 31 Luglio 2007 fissata dalla legge Bersani, si apriranno vuoti normativi forieri di gravi danni materiali e professionali per i medici oltre a ledere il diritto dei cittadini alla libera scelta del rapporto con i curanti.

Su questo tema è in gioco la credibilità del Ministro della Salute e la affidabilità della maggioranza di Governo. Non appare sufficiente che alcune importanti affermazioni di principio proposte dalla Associazione siano state fatte proprie dal Ddl approvato dal Consiglio dei Ministri. È necessario che siano rispettati gli impegni ufficialmente assunti di fronte alle organizzazioni sindacali perché i medici sono stanchi

delle ipocrisie e dei pregiudizi ideologici che hanno sempre accompagnato il dibattito sul tema.

In queste ultime settimane si sono verificati allarmanti avvenimenti che hanno un denominatore comune nella preoccupante e progressiva deriva federalista che travolge il Ssn a partire dalla riforma del Titolo V. A Bolzano, in Sicilia, in Campania e nel Lazio si sono verificate intollerabili violazioni di leggi e contratti e con il "sequestro" dei fondi contrattuali si tenta di far pagare ai medici ed ai lavoratori il pesante debito accumulato che ha origine nella cattiva e inefficiente gestione di Ssr che ormai arriva a mettere in discussione la garanzia dei Lea.

Ancora più insopportabile appare la vicenda del recesso dei due medici avvenuto in Toscana, perseguito con il sostegno della Regione, anche dopo il parere contrario del Comitato dei garanti, in aperta violazione della norma contrattuale. Il Ccnl rappresenta un sistema di regole condivise nel quale impiantare corrette relazioni sindacali. Le violazioni ricorrenti e la inaffidabilità dei contraenti aprono le porte alla barbarie sociale, al "liberi tutti" che danneggia il Ssn ed i cittadini.

L'Anaa Assomed non intende cedere alla prepotenza delle istituzioni regionali ed ha già effettuato e programmato scioperi di protesta convinta che se non si arresta un federalismo aggressivo ed egoistico si procureranno danni irreparabili alla tenuta di un Ssn fino a minacciare la stessa garanzia dei diritti di cittadinanza.

Appare preoccupante lo stato in cui versa l'applicazione del contratto firmato due anni or sono così come rappresentato dalla indagine promossa dalla Segreteria nazionale. Nel 33,20% delle Aziende non è stata ancora avviata la contrattazione integrativa e nel 44,27% non vengono applicati neanche gli automatismi contrattuali, creando profonde disuguaglianze tra lavoratori e mettendo in crisi la valenza di un Ccnl che resta un insostituibile baluardo dei diritti degli operatori e della unità del sistema sanitario.

Il Consiglio Nazionale respinge con forza il tentativo delle Regioni di confezionarsi loro regole e contratti di lavoro, ignorando sistematicamente norme e leggi e ribadisce che il Ccnl è e deve rimanere l'unica fonte normativa di riferimento per la Dirigenza Medica del Ssn. A tal proposito è necessario introdurre nel prossimo Ccnl norme cogenti e perentorie nei riguardi di comportamenti omissivi o scorretti da parte delle aziende.

Il Consiglio Nazionale chiede alle istituzioni ed in particolare al Ministero della Salute una assunzione delle loro responsabilità per la definitiva approvazione del ddl sulla libera professione in esame al Parlamento, per l'immediata emanazione dell'atto di indirizzo propedeutico all'apertura del tavolo contrattuale e per la risoluzione di tutti i problemi più volte ed in più occasioni denunciati che costituiscono un grave pregiudizio per i medici del Ssn.

Il Consiglio Nazionale impegna gli organismi dirigenti ad intraprendere, insieme con le altre organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria, tutte le iniziative ritenute opportune per avviare a soluzione le criticità segnalate.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.42.45.741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
servizi@anaao.it
www.anaao.it

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:

Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:
Arianna Alberti, Giorgio Cavallero, Lucia Conti,
Flavia Durval, Lorena Giudici,
Ester Maragò, Stefano Simoni

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE



editore

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

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, DGB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (RM)
Finito di stampare nel mese di luglio 2007