

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA

Editoriale

PRONTI ALLA MOBILITAZIONE

di **Serafino Zucchelli**

Il Congresso nazionale di Matera si è concluso con l'approvazione unanime di una mozione finale che esprime il giudizio dell'Associazione sull'attuale dibattito relativo ai problemi di politica sanitaria e più strettamente categoriali. La vastità del testo ha permesso di esporre in modo analitico ed inequivoco le opinioni dell'Associazione che, come sempre, accanto alla difesa di ciò che si ritiene valido e giusto, contengono proposte per il futuro in entrambi i campi.

Alla luce di quanto abbiamo insieme condiviso e deciso dobbiamo muoverci con chiarezza ed energia nei problemi dell'oggi.

Federalismo. Il ministro delle Riforme istituzionali Umberto Bossi, prima come capo popolo a Pontida, poi nella sua veste ufficiale in Senato, ha ribadito la volontà politica - sua? del Governo? - di procedere rapidamente ad un'ulteriore modifica costituzionale in senso ulteriormente federalista (vedi ddl del Governo giacente al Senato). Per quel che ci riguarda viene proposto che la legislazione sanitaria affidata alle Regioni non sia più concorrente con lo Stato, ma esclusiva e primaria. È a tutti noto che questo sancirà la fine certa del Ssn.

Noi siamo assolutamente contrari ad una tale ipotesi e ci mobilitiamo e batteremo perché non passi. Abbiamo ragione di ritenere che non solo l'opposizione, ma vasti settori della maggioranza siano ostili ad un tale progetto. Ci rivolgiamo, quindi, indistintamente a tutte le forze politiche, o settori di esse, perché il ricatto di pochi non vada a danno di tutti.

Dpef. La redazione del Documento di Programmazione Economica e Finanziaria fa riemergere, come sempre, il tema della insostenibilità finanziaria del Ssn. Si prende spunto dal deficit del 2001 di molti bilanci regionali, sulla cui entità peraltro si sta ancora discutendo tra governo e regioni, per concludere che bisogna ricorrere ad altre forme di finanziamento o comunque a "definire un diverso modello di sanità pubblica che consenta di diminuire la pressione

segue in ultima

CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

Paci e Zucchelli confermati all'unanimità

Nell'inserto il testo della Mozione finale

L'Associazione chiede un confronto con l'attuale quadro politico e sociale del Paese e un reale rilancio del Ssn

Aristide Paci e Serafino Zucchelli sono stati confermati rispettivamente presidente e segretario nazionale della Associazione in occasione del 19mo congresso nazionale, svoltosi a Matera dal 12 al 15 giugno scorsi. In linea con la relazione di Zucchelli, che ha aperto i lavori del congresso, i delegati nella mozione finale hanno chiesto, in particolare:

- un finanziamento del Ssn in linea con la media europea pari almeno al 6% del Pil, tenendo conto delle risorse necessarie a creare pari opportunità di offerta di servizi tra le regioni nel nuovo sistema federale;
- il superamento della visione ragionieristica fino ad ora prevalente nelle aziende sanitarie e la sostituzione con un modello incentrato sull'assunzione di responsabilità diretta dei medici nella gestione delle risorse loro affidate, anche al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate;
- la conferma di uno stato giuridico e di un contratto validi su scala nazionale, a garanzia per i pazienti di avere professionisti

ugualmente formati e motivati in grado di fornire le prestazioni previste dai Lea in modo omogeneo in tutte le regioni.

Tra le iniziative svoltesi a Matera segnaliamo la tavola rotonda dove politici e operatori hanno affrontato i temi più discussi nel settore sanitario.

Gli eletti a Matera

Presidente nazionale: Aristide Paci

Vice Presidente: Bruno Innocenti

Segretario nazionale: Serafino Zucchelli

Vice Segretari: Domenico Iscaro, Gianluigi Scaffidi

Segretario amministrativo: Giuseppe Ricucci

Segretario organizzativo: Giuseppe Rosato

Segreteria nazionale: Alberto Andron, Giovanni Bonomo, Piero Ciccarelli, Antonio Delvino, Alessandro Falzone, Mario Lavecchia, Giuseppe Montante, Eugenio Porfido, Domenico Ronga, Costantino Troise.

PAGINA 4 E INSERTO INTERNO

INDAGINE DOXA PER FARMAMEDIA

L'ECM È UN "MISTERO" PER MOLTI MEDICI

Per oltre la metà dei medici italiani l'Ecm è un "mistero". In un'indagine condotta tra settembre e novembre 2001 da Doxa per conto di Farmamedia, il 52,8% dei 300 medici intervistati, infatti, confessa di saperne "poco" o addirittura "nulla". In particolare, ritiene di conoscere "molto" sull'Ecm solo il 7% dei medici italiani, mentre il 35,5% dei professionisti si ritiene "abbastanza informato", il 28,3% "poco" e il 24,5% "per nulla". Il 4,7% non risponde nemmeno. I più preparati in materia di crediti formativi lo apprendono dalle riviste di settore (fonte di informazione sull'Ecm per il 75,6% del campione).

Sembrano fare ben poco i sindacati di categoria (3,6%), le Asl (2,6%) e lo stesso ministero (2%), battuti persino dai quotidiani (15,2%) e da Internet (14,9%). Il 25,4% lo fanno gli informatori e il 16,5% il passaparola da colle-

ga a collega. Alla domanda sulle fonti di aggiornamento più consultate, che ammetteva più di una risposta, i "periodici specializzati" sono stati i più citati (93,3% del campione), seguiti da libri di medicina (76,7%), corsi (75,5%), congressi e convegni (61,5%), visite di informatori scientifici (55,8%), passaparola con colleghi (54,8%), Internet (47%), brochure e materiale pubblicitario (31,2%); a distanza i periodici non specializzati (23,2%), i quotidiani (22,3%), la radio e la Tv (14%).

Canale privilegiato, quindi, le riviste di settore. Nove camici bianchi su 10 hanno un computer, per lo più a casa, e quasi 7 su 10 sono collegati in Rete, dove navigano per 2 ore e mezza in media alla settimana, più spesso da casa e più che altro (1/3 del tempo) non per motivi di lavoro.

Emma Martellotti

RAPPORTO DI LAVORO

Il Consiglio dei Ministri vara il disegno di legge. Anche se emergono aspetti positivi, l'Associazione esprime un giudizio complessivamente negativo

PAGINA 2

INTERVISTA A VEGAS

Il sottosegretario all'Economia spiega le ragioni della manovra sulla sanità: arrivano i fondi assicurativi

PAGINA 5

REGIONI

La Toscana, con un'assistenza di qualità e i bilanci in pareggio rappresenta un vero e proprio miracolo nell'ambito della sanità regionale

PAGINE 12 E 13

www.anaao.it

Il sito ampliato e ristrutturato con aggiornamento quotidiano dell'attualità sanitaria e sindacale

Chiedi la PASSWORD d'accesso

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

Il Consiglio dei Ministri approva il nuovo rapporto di lavoro dei medici

Libera professione, si cambia

A soli tre anni dalla riforma introdotta dal dlgs 229 del 1999, cambiano ancora le regole per l'esercizio della libera professione. L'intramoenia sarà svolta prioritariamente per eliminare le liste di attesa, mentre a chi sceglie l'extramoenia sarà consentito dirigere strutture semplici e complesse

Di seguito il testo integrale del disegno di legge varato da Palazzo Chigi, che adesso passa al vaglio del Parlamento per l'approvazione definitiva.

DISEGNO DI LEGGE "RIORDINO DEL RAPPORTO DI LAVORO DEI MEDICI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"

Articolo 1

Disciplina del rapporto di lavoro del personale medico

1. Il rapporto di lavoro della dirigenza medica delle aziende sanitarie e degli altri enti ed istituti sanitari pubblici è unico e a tempo pieno. Il rapporto può essere a carattere esclusivo o non esclusivo; le due tipologie di rapporto sono, a domanda, fra di loro reversibili e consentono la direzione di strutture semplici e complesse. Il passaggio dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa è disposto con le modalità stabilite dalla contrattazione collettiva.
2. L'azienda, nel rispetto del proprio piano aziendale e nei limiti della quota massima di organico della dirigenza medica stabilita dalla contrattazione collettiva, può autorizzare il medico, per particolari esigenze di famiglia o di salute dello stesso, al rapporto di lavoro a tempo parziale con quantificazione oraria da definire nella contrattazione. Il rapporto di lavoro a tempo parziale non consente la direzione di strutture semplici o complesse né l'attività libero professionale all'interno ed all'esterno delle strutture aziendali e non dà diritto all'indennità di esclusività.
3. Le regioni disciplinano l'attività libero professionale del personale medico in base ai seguenti principi fondamentali:
 - a) Il dirigente medico, fuori dall'impegno di servizio, può svolgere, all'interno delle strutture aziendali o anche all'esterno delle stesse in strutture a tal fine convenzionate con l'azienda, attività libero professionale individuale o in équipe, regolata con modalità che assicurino all'azienda almeno il recupero di tutti gli oneri sostenuti. L'attività libero professionale può essere svolta solo dopo aver assicurato il

volume di prestazioni e il numero di ore di attività, individuali o in équipe, previsti dal programma aziendale di cui alla lettera c), concordato con le OO.SS. della dirigenza sanitaria firmatarie dell'accordo collettivo di lavoro. I compensi percepiti per le attività professionali di cui alla presente lettera sono assimilati a reddito di lavoro dipendente ai soli fini fiscali e non previdenziali.

- b) Fuori dalle strutture aziendali, oltre alle attività libero professionali di cui alla lettera a), al dirigente medico a rapporto esclusivo sono consentite le consulenze nonché le altre attività occasionali e al dirigente medico a rapporto non esclusivo sono consentite tutte le attività libero professionali che non configurino un rapporto di lavoro dipendente o determinino un oggettivo conflitto di interessi con le attività istituzionali. Le tariffe professionali delle attività di cui alla presente lettera sono assoggettate esclusivamente alle prescrizioni dell'Ordine professionale di appartenenza. Le tariffe non possono, neanche in parte, essere poste a carico del Ssn.
- c) L'attività libero professionale all'interno delle strutture aziendali di cui alla lettera a) è svolta prioritariamente sulla base del programma dell'azienda per la eliminazione delle liste di attesa riferite a prestazioni i cui tempi di attesa risultino superiori a quelli stabiliti dalle Regioni sulla base dell'accordo fra il Governo e le Regioni sancito dalla Conferenza Stato-Regioni in data 14 febbraio 2002.
- d) La disciplina regionale riserva alla disciplina contrattuale la definizione dei criteri generali: per la determinazione delle tariffe delle attività libero professionali di cui alla lettera a); per la costituzione di appositi organismi aziendali di verifica del rispetto della prevalenza dell'attività istituzionale nei confronti di quella libero professionale e del rispetto dei piani di attività previsti dal programma aziendale di cui alla lettera c); per la individuazione di penalizzazioni in caso di violazioni delle disposizioni della presente legge e di quelle regionali in materia di attività libero professionale.

Articolo 2

Disciplina del rapporto di lavoro del personale medico universitario

1. Le disposizioni di cui all'articolo 1 si applicano, fermo restando il loro stato giuridico, anche ai medici universitari, professori universitari di prima e seconda fascia e ricercatori, che svolgono attività assistenziale presso le aziende ospedaliere di cui all'art.2 del decreto legislativo n. 517 del 1999 o presso strutture assistenziali pubbliche o private accreditate, ove previsto dagli accordi fra la Regione e l'Università.

Articolo 3

Disciplina rapporto di lavoro delle altre professioni sanitarie

1. Le disposizioni della presente legge si applicano, altresì, a tutto il personale della dirigenza sanitaria, ivi compresa la dirigenza sanitaria universitaria, già assoggettato alle disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Articolo 4

Collegio di direzione

1. Il Collegio di direzione di cui all'art. 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, formula parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Ogni decisione del direttore generale in contrasto con il parere del Collegio di direzione è adottata con provvedimento motivato.
2. La mancata assunzione da parte del direttore generale di tutte le iniziative necessarie per assicurare la costituzione ed il corretto funzionamento del Collegio costituisce motivazione per la revoca dell'incarico di direttore generale.

Articolo 5

Norme transitorie

1. Gli attuali rapporti di lavoro della dirigenza sanitaria sono trasformati nel nuovo rapporto di lavoro unico e a tempo pieno; il dirigente può optare per l'esclusività o meno del rapporto; i dirigenti attualmente a rapporto esclusivo conservano tale rapporto, salvo opzione per il rapporto non esclusivo. Fino alla stipula del primo contratto collettivo di lavoro il passaggio dal rapporto di lavoro esclusivo a quello non esclusivo e viceversa è disposto a domanda del dirigente interessato. La specifica indennità prevista per il dirigente a rapporto esclusivo compete solo al personale che ha già optato o opererà per la esclusività del rapporto. Il dirigente a rapporto di lavoro a tempo definito alla data di entrata in vigore della presente legge può, a domanda, conservare tale tipo di rapporto nonché optare per il tempo pieno od optare per l'esclusività del rapporto. Il rapporto a tempo definito non consente la direzione di strutture complesse.
2. Le economie di spesa conseguenti al passaggio dall'attuale rapporto di lavoro esclusivo al rapporto a tempo pieno senza esclusività sono destinate al finanziamento del programma aziendale per la eliminazione delle liste di attesa di cui al comma 2, lettera c), dell'articolo 1. I programmi aziendali per la eliminazione delle liste di attesa sono realizzati nei limiti delle specifiche risorse finanziarie disponibili e con le economie di spesa derivanti dalle disposizioni della presente legge.
3. La clausola di esclusività di rapporto prevista nei bandi di concorso o nei contratti di incarico è nulla.
4. La disposizione concernente la determinazione dei redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente di cui alla lettera a-bis dell'articolo 48-bis del testo unico delle imposte sui redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n.917, e successive modificazioni non si applica ai compensi percepiti dal personale che svolge, presso gli stessi studi professionali privati, oltre all'attività libero professionale di cui all'art.1, comma 2, lettera a), anche attività libero professionale ai sensi della lettera b) dello stesso comma 2 dell'articolo 1.

L'Anao Assomed bocchia il ddl Sirchia

Giudizio fortemente negativo anche se l'ultima versione è stata migliorata

Dopo quasi un anno di ripensamenti il Governo ha approvato un testo che, pur avendo eliminato grazie anche all'intervento dell'Associazione, alcuni elementi di forte pericolo per la categoria e per la funzionalità dei servizi – l'introduzione massiccia dei rapporti libero professionali, il nostalgico ritorno al tempo pieno e definito, l'attacco alle caratteristiche giuridiche de rapporto esclusivo al fine di colpire l'indennità di esclusività – mantiene alcuni aspetti che giudichiamo fortemente negativi:

- 1) mentre viene nei fatti incentivata l'attività libero professionale esterna sottraendola ad ogni regola di compatibilità aziendale, compresa quella relativa alla direzione di struttura complessa, viene invece penalizzata quella interna (intramoenia) prima demagogicamente additata quale causa principale delle lunghe liste di attesa, poi subordinata, nella possibilità di esercizio, all'abbattimento delle stesse, prevedendo anche, per legge, una estensione dell'orario di lavoro;
- 2) l'allungamento dell'età pensionabile, limitata ai Direttori di struttura complessa è iniqua (se non illegittima) nella forma perché si riferisce ad una funzione di un unico livello della dirigenza; è troppo discrezionale e vincolante l'autonomia del Dirigente interessato nelle procedure e nei contenuti del rinnovo annuale, nonostante il previsto parere del Consiglio di Direzione.

Si continua a leggere in queste proposte la volontà del Governo di orientare la crescente spesa dei paganti in proprio e degli assicurati verso un settore privato nettamente separato e quindi protetto rispetto ad un Servizio Pubblico, confinato all'erogazione di prestazioni istituzionali sempre più "minime ed essenziali".

Questa proposta del Governo in realtà, lungi dall'essere un atto dovuto in base ad impegni elettorali, pretende un prezzo molto alto per la reversibilità del rapporto esclusivo.

Una libertà salata per quei dirigenti medici da noi rappresentati che guardano ad una nuova centralità professionale e sociale attraverso la piena assunzione di responsabilità nuove, in un sistema di aziende sanitarie che deve anch'esso evolversi e trasformarsi.

L'Anaa-Assomed ha partecipato all'incontro Governo-Parti sociali

Il Dpief e la Sanità

Nelle due riunioni svoltesi a Palazzo Chigi sulla presentazione del documento, il ministro Tremonti è stato "leggermente reticente", limitandosi ad indicazioni di massima, certamente non esaustive

L'Anaa Assomed ha partecipato, come associazione sindacale aderente alla Cida, al tavolo di trattativa Governo e parti sociali per la discussione e preparazione del Documento di programmazione economico finanziaria (Dpief), che si è riunito a Palazzo Chigi il 18 Giugno ed il 2 Luglio.

In entrambe le sedute sia il presidente del Consiglio nella sua introduzione, sia il Ministro dell'Economia nella sua relazione, hanno manifestato la volontà del governo di legare le sorti del Dpief a quelle dei 4 tavoli di concertazione con le parti sociali riguardanti il mercato del lavoro, ammortizzatori sociali, mezzogiorno e sommerso, che secondo le loro intenzioni devono costituire altrettanti capitoli del programma di indirizzo politico e macroeconomico del governo.

Tale procedura aveva il duplice scopo di esercitare sia una pressione sulle parti sociali sedute ai tavoli di concertazione a trovare un accordo nei tempi imposti per la presentazione del Dpief, anche a costo di aggravare divisioni e conflitti, sia (ben più importante) di costringere i maggiori sindacati confederali, appena il Consiglio dei Ministri avesse approvato il Dpief, ad un sorta di patto politico che andasse ben oltre quello che doveva essere una semplice intesa tra le parti sociali sui maggiori temi di politica economica.

Per tale motivo nelle due riunioni svoltesi a Palazzo Chigi sulla presentazione del documento, il ministro dell'Economia Giulio Tremonti è stato, su indicazione dello stesso sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Gianni Letta, "leggermente reticente", limitandosi ad indicazioni di massima, certamente non esaustive (crescita economica per il 2003 fissata al 2,8% inflazione programmata fissata come valore tendenziale al 1,8%, stanziamento di circa 700 milioni di euro per la cassa integrazione e l'indennità di disoccupazione, revisione delle aliquote Irpef, cuore della riforma fiscale, a partire dal 2003).

Inutili sono stati i tentativi della Cgil, preoccupata dalla intesa per la revisione della organizzazione del mercato del lavoro, di riportare il Dpief alla sua dimensione originaria, frutto degli accordi del 1993, che la limitava a premessa della strategia economica e politica del Governo in preparazione della Finanziaria dell'anno successivo.

Grande assente nel dibattito svoltosi a palazzo Chigi è stata la Sanità, al di fuori di condizionali ma vaghi impegni a non toccare gli attuali valori di spesa e alla volontà di concentrare i provvedimenti sia sulla lotta agli sprechi, grazie anche alla incentivazione dei sistemi di controllo, sia sulla razionalizzazione della spesa.

La stesura definitiva del Dpief, approvato il 5 luglio, conferma la volontà del Governo, espressa in quella sede, ad intervenire sulla spesa farmaceutica con una revisione del prontuario farmaceutico sulla base costo-beneficio, senza null'altro aggiungere sugli altri capitoli di spesa e sulla cornice politico-legislativa che fa da sfondo al pianeta Sanità.

L'Anaa Assomed non ha perso occasione, in ogni sede istituzionale nella quale è stata rappresentata, a manifestare la forte preoccupazione dei medici ospedalieri e dei medici dipendenti del Ssn, per le sorti della Sanità italiana, schiacciata tra un fabbisogno di salute condizionato da forti variabili sociali, economiche e politiche e una spesa sanitaria crescente ed incontrollata.

La modifica del titolo V della Costituzione e la introduzione di una legislazione concorrente in Sanità ha avviato una riforma federalista dello Stato i cui effetti hanno ingigantito e reso più visibili le differenze tra le varie regioni, esponendo il sistema ad un forte rischio di tenuta complessiva che mette a rischio la stessa possibilità di garantire quei livelli essenziali di assistenza che il governo intende assicurare e che, in assenza di una seria politica sanitaria, rischierebbero di essere tarati ai livelli minimi della scala delle opzioni possibili. La frammentazione del Ssn in molteplici microsistemi regionali tra loro competitivi e diseguali provoca il verificarsi di situazioni differenti che, qualora consolidate, determinerebbero una aperta discriminazione dei cittadini che a parità di diritto, reddito ed epidemiologia avrebbero un diverso trattamento della malattia con una diversificazione dell'offerta e

della qualità delle prestazioni.

I recenti provvedimenti avviati dalle Regioni per il contenimento della spesa farmaceutica, quali l'introduzione dei ticket e la revisione del prontuario farmaceutico per cui uno stesso farmaco è acquistabile o previo pagamento del ticket o a tariffa piena o a totale carico del Ssn, secondo la Regione nella quale si risiede, sono una diretta conseguenza della riforma federalista in Sanità e costituiscono una forte minaccia per l'equità dell'intero sistema. In questo nuovo contesto legislativo si inserisce il problema drammatico della spesa sanitaria.

La recente relazione della Corte dei Conti sullo stato della finanza regionale la definisce in "crescita allarmante" per il 2001 nonostante i maggiori finanziamenti previsti dall'accordo Stato-Regioni del giorno 8 agosto 2001 e lancia l'allarme per la spesa del 2002, in particolare per quella farmaceutica che nei primi mesi monitorati segna un aumento del 14-15%.

Rispetto al Pil, che nel quadriennio 1998-2001 è cresciuto con un tasso medio del 4,3%, la spesa corrente sanitaria è aumentata del 6,7% nel 2000 e del 7,6% nel 2001 e, senza interventi correttivi, appare al momento impossibile rispettare una evoluzione di spesa contenuta nell'ambito delle risorse economiche programmate pari ad un +5,8% del Pil.

Quest'ultimo dato risulta ancora più significativo analizzando i preconsuntivi dei rendiconti delle spese correnti regionali (dati Prometeo) che segnano un incremento di spesa per il 2000 di +10,9%, il doppio dell'incremento di spesa del 1999/98 (5,1%). La spesa si attesterebbe infatti a 132.454 miliardi di lire. In base al patto Stato-Regioni di agosto, per il 2001 è prevista una spesa 138.000 miliardi, con un incremento del 4,2%, e per il 2002 una spesa di 144.000 miliardi, con un ulteriore incremento del 4,6%.

Analizzando la composizione della spesa appare evidente come siano difforni le entità dei vari capitoli da regione a regione ed è indiscutibile che il compito principale, non più rinviabile, delle varie amministrazioni regionali è quello di intervenire con urgenza sui capitoli di spesa corrente maggiormente fuori controllo, ma è altresì evidente, così come la nostra associazione ha sempre sostenuto, che si è di fronte ad un preoccupante sottofinanziamento del Ssn.

I dati Ocse recentemente pubblicati dai maggiori quotidiani ci danno ragione, evidenziando come la percentuale di spesa pubblica nel complesso della spesa sanitaria pubblico-privato sia calata negli ultimi 10 anni al 73%, con conseguente incremento degli oneri a carico dei cittadini, e come la spesa sanitaria pubblica negli ultimi 10 anni sia in costante calo, attestandosi nell'ultimo anno intorno al 5,8% del Pil (5,5% secondo stime nazionali), tra le più basse d'Europa.

Con l'approvazione del Dpief il governo si è impegnato in una sfida basata sulla previsione di crescita dell'economia italiana di circa il 3% a partire dall'anno prossimo e siamo consapevoli che una delle premesse indispensabili è affrontare il nodo sanità che è all'origine di una buona parte dei problemi che devono essere affrontati nei prossimi mesi.

La contraddizione apparente tra costi eccessivi e crescenti della Sanità e minore entità delle risorse destinate in percentuale rispetto al Pil mette in primo piano il problema della riforma della organizzazione sanitaria e della razionalizzazione della spesa e della salvaguardia dei diritti dei cittadini. È sicuramente possibile spendere meglio ma non siamo convinti che sia possibile spendere meno e gli orientamenti del Governo saranno chiari a partire dalla stesura della prossima finanziaria. L'Anaa Assomed è certa che i medici ospedalieri saranno pronti e capaci ad interpretare il ruolo che gli verrà assegnato rispetto a nuovi compiti e futuri obiettivi, ma è convinta che essi vadano ricercati in un contesto che salvaguardi la unicità del Ssn ed i suoi criteri di equità e solidarietà.

Domenico Iscaro

*Vice Segretario nazionale Anaa Assomed

Articolo 6

Limite di età

1. Fino al riordinamento della disciplina del sistema previdenziale per quanto concerne l'età pensionabile dei pubblici dipendenti e fermo restando quanto previsto dall'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503, l'azienda, sulla base del parere espresso dal Collegio di direzione, può trattenerne in servizio, per particolari meriti professionali e per proprie esigenze, i dirigenti di struttura complessa (direttori), che ne facciano richiesta di anno in anno e comunque non oltre il compimento del settantesimo anno di età. L'azienda può, altresì, concedere ai dirigenti di struttura complessa di rimanere in servizio fino al compimento del settan-

tadesimo anno di età per le esigenze della formazione continua e della ricerca, con esclusione delle funzioni di assistenza.

Articolo 7

Disposizioni finali

1. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione e non incidono sul quadro finanziario complessivo delle risorse statali utilizzabili per finanziare la spesa sanitaria pubblica definito, per il triennio 2002-2004, dal punto 6 dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sancito l'8 agosto 2001.

2. Sono abrogate il comma 4 dell'articolo 15-quater ed il comma 5, primo periodo, dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni nonché tutte le altre disposizioni del predetto decreto legislativo incompatibili con le disposizioni della presente legge.

3. Il contratto collettivo di lavoro della dirigenza medica e veterinaria, successivo alla presente legge, disciplina le modalità di regolarizzazione dei rapporti di lavoro a tempo definito già soppressi prevedendone la trasformazione, a domanda degli interessati, in rapporti a tempo pieno, con o senza esclusività di rapporto, ovvero in rapporti a tempo parziale ovvero la conservazione ad esaurimento.

XIX CONGRESSO NAZIONALE DI MATERA

La responsabilità delle liste d'attesa non è dei medici

Nella tavola rotonda, alla quale hanno partecipato numerosi esponenti politici della maggioranza e dell'opposizione, sono stati affrontati i temi più caldi dell'attualità sanitaria: dalla spesa al nuovo rapporto di lavoro dei medici. Ma è stata l'occasione anche per fare un bilancio delle iniziative intraprese nel primo anno di governo Berlusconi in materia sanitaria

«Le liste d'attesa non dipendono dalla libera professione dei medici», è il messaggio d'apertura lanciato dall'On. **Rosi Bindi** nel corso del suo intervento durante la tavola rotonda, svoltasi nel corso del XIX Congresso Nazionale dell'Anaa Assomed. «Non si può dare un valore etico allo smantellamento del sistema sanitario pubblico – ha poi continuato il responsabile per la Sanità della Margherita, rispondendo anche alle critiche avanzate nei giorni scorsi dal ministro Sirchia alla libera professione dei medici. Non si possono abbattere le liste d'attesa senza lo stanziamento di risorse aggiuntive e senza investimenti mirati, perché molti ritardi nella prestazione di determinati trattamenti dipendono soltanto dalle carenze del sistema». L'ex ministro della Sanità ha insistito ancora sulla questione dei finanziamenti della sanità italiana, ribadendo la sottostima del Fondo sanitario nazionale, e dichiarandosi preoccupata per le intenzioni del Governo di recuperare il dissesto finanziario intervenendo pesantemente sulla sanità. «Quello annunciato attraverso il Dpef – detto l'On. Bindi – è l'avvio dello smantellamento del sistema sanitario. I fondi integrativi privati sono voluti per permettere al Governo di non investire più nella sanità; essi hanno una funzione sostitutiva e non integrativa del finanziamento della sanità». All'ex ministro della Sanità ha fatto eco **Stefano Inglese**, responsabile nazionale del Tribunale per i diritti del malato, il quale ha definito una "mistificazione" la correlazione fatta tra liste d'attesa e intramoenia e ha posto l'attenzione sulle peculiarità dei singoli ritardi nelle forniture di prestazioni sanitarie, diverse tra loro sia per le specificità delle cure, sia per le condizioni delle varie realtà territoriali. Inglese ha spiegato che «non esiste una ricetta unica per l'abbattimento delle liste d'attesa, ma occorre realizzare strategie mirate sui singoli casi. Occorre una maggiore programmazione da parte delle Regioni, soprattutto in questa fase di transizione verso il federalismo, all'interno della quale servono maggiori risorse per dotare le strutture sanitarie di più strumenti e più personale». Il responsabile del Tdm ha anche puntato il dito contro l'attuale riforma federalista, definita come «una delega alle Regioni della quadratura del bilancio e una rinuncia forte, da parte del Governo, ad esercitare una guida

sul sistema». Inglese ha poi aggiunto che «i Lea non costituiscono una garanzia dell'unilateralità e tenuta del sistema sanitario». Sulla stessa linea di pensiero si è trovato **Silvio Natoli**, responsabile della Sanità per i Ds, il quale, dopo essersi dichiarato d'accordo con le idee espresse dall'On. Bindi, ha definito "un anno perso" il primo anno di governo del centrodestra. «Il Governo – ha detto Natoli – non ha proposto un diverso modello, ha semplicemente "non applicato" quello già esistente. Il Governo ha operato uno spezzettamento della politica sanitaria, all'interno della quale le Regioni si muovono autonomamente, con la conseguente formazione di 21 sistemi sanitari». Al termine del suo intervento Natoli ha accusato le forze politiche di non esplicitare chiaramente le proprie idee di fronte ai cittadini, perché questi possano essere messi in grado di operare una scelta ragionata, e come ultimo affondo: «Bisogna decidere se fare il ponte di Messina oppure investire nel rilancio del Sistema sanitario pubblico. È una semplice questione di scelte». Decisa è stata la risposta di **Corrado Danzi** (Udc), vice presidente della commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama, il quale nella difesa dell'operato del Governo ha aggiunto che non si può mettere sotto accusa un Esecutivo a lavoro solo da un anno che ha dovuto anche fare i conti con le inadempienze delle passate gestioni. Danzi ha poi difeso l'autonomia gestionale prevista dal federalismo, dicendo che «la riforma del titolo V della Costituzione risolve il conflitto tra lo Stato e le Regioni», e che «il Parlamento non deve essere svuotato della sua funzione di controllo su tutto il sistema, al fine di non sostituire un centralismo "centrale" con un centralismo "regionale"». Il senatore ha anche aggiunto: «Non siamo contro il Sistema sanitario nazionale, combattiamo soltanto contro la burocrazia e gli sprechi. Le diversità esistenti tra le Regioni vanno annullate, vanno limitati gli sprechi che possono essere prodotti dalle regioni "avanzate", e portare al livello di queste ultime, quello delle regioni "arretrate"». Nella difesa finale del processo di privatizzazione della sanità italiana, Danzi ha nuovamente ipotizzato un legame esistente tra le liste d'attesa e libera professione dei medici, raccomandando di "non demonizzare le strutture private" chiamate ad attivare un mix virtuoso a tutela del-

la salute della collettività. «La riforma Bindi – ha detto il senatore del centrodestra – ha portato il privato dentro il pubblico mediante l'intramoenia, consentendo a chi aveva le possibilità per pagare di accorciare i tempi di attesa per i trattamenti».

A rappresentare le forze di centrodestra intorno alla tavola rotonda c'era anche **Leonardo Bresciani**, responsabile per la sanità della Lega Nord, il quale ha definito "virtuoso" l'operato del Governo in ambito sanitario per aver prodotto l'abbassamento della spesa sanitaria. In tema di federalismo, invece, l'esponente della Lega, ha tenuto a precisare le differenze di ruolo tra Stato e Regioni, facendo riferimento ad una forma di "sussidiarietà verticale" dove «lo Stato non può fare quello che le Regioni non sanno fare; e queste ultime possono modificare i Lea, ampliandoli, solo se sono in grado di garantire i livelli minimi». «Il finanziamento della sanità – invece – può essere aumentato evitando i costi impropri di diagnosi e cura».

Nel corso del Congresso Nazionale, sono intervenuti sul tema dell'attuale riforma in senso federalista, anche gli assessori alla Sanità del Molise e dell'Emilia Romagna, rispettivamente **Gianfranco Vitagliano** (centrodestra) e **Giovanni Bissoni** (centrosinistra). L'assessore molisano, neo eletto, ha esordito dicendo che non avrebbe firmato l'accordo dell'8 agosto 2002 tra lo Stato e le Regioni viste le forti differenze di partenza esistenti tra le 21 realtà regionali. «Il Molise, ad esempio, – ha detto Vitagliano – non ha alta specialità e i cittadini sono costretti ad andare nelle Regioni vicine per farsi curare. Una tale situazione genera miglioramenti per i sistemi delle regioni confinanti a danno del Molise stesso. Inoltre, gli stessi operatori non hanno gli strumenti e le risorse per far sì che la sanità molisana sia sempre più di qualità. Federalismo vuol dire opportunità uguali per tutti, e i Lea non devono essere livelli essenziali della differenza, al fine di consentire alle Regioni di creare sistemi sanitari vicini ai bisogni dei propri cittadini». «I disavanzi dei bilanci regionali – ha continuato l'assessore del Molise – non possono essere addebitati solamente ad una o all'altra parte politica, ma addossati ad una "responsabilità trasversale" perché la sanità, in quanto bene universale per tutti i cittadini, non deve avere nessuna colorazio-

ne politica. La risposta sanitaria alla situazione attuale deve essere una cooperazione tra le Regioni, e al loro interno tra le risorse umane disponibili, siano esse pubbliche o private». Vitagliano ha poi concluso dicendo che è impensabile dover «affrontare una riforma sanitaria ogni due anni, senza nemmeno aver applicato tutte le norme previste dalle leggi precedenti, e senza nemmeno averne sfruttato tutte le potenzialità». Anche l'Assessore **Giovanni Bissoni** ha fatto alcune precisazioni sul rapporto tra sanità e politica, sostenendo che esse sono strettamente legate, visto che di fronte ai medesimi problemi, si possono preferire ricette differenti. Anche per Bissoni – come per Natoli nel corso della tavola rotonda – è una questione di scelte se il Governo attuale preferisce investire nella costruzione del ponte sullo Stretto di Messina, piuttosto che sull'annullamento delle differenze tra le Regioni in ambito sanitario. Secondo l'assessore emiliano le cause del disavanzo delle Regioni in materia sanitaria dipendono dalla sottostima del Fondo sanitario, ancora sotto la media del 6% dei paesi europei, e da una situazione non omogenea tra le realtà regionali. «Ci sono problemi strutturali – ha detto Bissoni – in un Paese a 2 velocità. Questo determina problemi di equità tra i cittadini, generando competizione tra le Regioni e mobilità dei pazienti. Occorrono, perciò, programmi concreti, mirati e straordinari di investimenti al sud per appianare le differenze esistenti. «La competizione non può essere una soluzione – ha continuato l'assessore – perché i disavanzi non sono uguali nemmeno tra le Regioni del Centro-Nord.

Occorre, allora, realizzare patti bilaterali tra le realtà di confine per evitare la mobilità dei pazienti, ed avviare anche un dibattito sui sistemi scelti dalle Regioni per la realizzazione dei Ssr. Le Regioni devono confrontare i risultati ottenuti dalle scelte compiute». A conclusione del suo intervento, l'assessore dell'Emilia Romagna ha invocato l'appello al Titolo V per difendere le scelte delle amministrazioni regionali in materia sanitaria. «Oggi – ha detto – è impensabile imporre a tutte le Regioni uno stesso modello sanitario.

Le condizioni cui le Regioni devono sottostare sono i Lea; esse non possono legiferare in alternativa allo Stato, ma dentro i principi fondamentali da esso stabiliti».

INTERVISTA AL SENATORE GIUSEPPE VEGAS, SOTTOSEGRETARIO ALL'ECONOMIA

Per "alleggerire" il Ssn arrivano i fondi

È stato l'artefice dell'accordo Stato-Regioni dello scorso agosto e ora sta seguendo tutti i conti della nuova manovra estiva sulla sanità, dal decreto che taglia il Prontuario farmaceutico al disegno di legge sullo stato giuridico dei medici, passando per il Dpef in via di ultimazione. Gli abbiamo chiesto di illustrarcela

di Eva Antoniotti

Il ministro Sirchia ha recentemente firmato una petizione del Comitato a sostegno del Ssn. Lei, durante un'audizione al Senato, ha parlato invece di creazione di un sistema misto. Senatore Vegas, ci aiuti a capire qual è la posizione della maggioranza riguardo al Ssn.

Se vogliamo mantenere un sistema sanitario nazionale, dobbiamo organizzarlo in modo da garantire a tutti i cittadini le prestazioni necessarie.

Abbiamo sperimentato invece che col sistema di servizio offerto dal settore pubblico la cosa non funziona, perché la riforma Bindi ha importato tutti i cittadini nel servizio pubblico: è aumentata la domanda, sono aumentate le liste d'attesa, è aumentata la pressione sull'offerta e il sistema sta quindi andando in rapida disgregazione perché il tasso di crescita della spesa è assolutamente insopportabile. Tutto questo si è verificato a parità di prestazioni offerte, perché in questi due anni non ci sono state nuove malattie, né certo si può pensare che sia invecchiata improvvisamente la popolazione.

L'universalismo del Ssn è stato introdotto con la riforma sanitaria del 1978. Perché lei sostiene che la riforma Bindi abbia fatto crescere il numero di cittadini che utilizzano il servizio pubblico?

La riforma Bindi, tra le altre cose, ha escluso la possibilità di dedurre fiscalmente gli oneri delle polizze sanitarie sostitutive, consentendolo solo per quelle integrative.

Automaticamente il cittadino è stato spinto a non tutelarsi sotto questo profilo e ad andare nel settore pubblico, dove infatti la domanda è aumentata.

Ma in verità il numero di polizze sanitarie sottoscritte in Italia continua a crescere.

Sì, ma sono solo quelle integrative e l'esplosione della domanda nella sanità pubblica ne è la controprova. Vogliamo mantenere questo sistema o creame uno che consenta realmente di rispondere alla domanda di servizi? Per garantire un buon servizio a tutti, bisogna allargare i mezzi di finanziamento e di erogazione: non può esserci solo l'operatore pubblico ma devono esserci diversi operatori possibilmente in concorrenza tra di loro, che è poi il sistema in funzione in quasi in tutto il mondo.

Quindi il governo sta pensando a fondi sostitutivi?

Sostitutivi e integrativi, grande libertà su questo settore.

Il servizio sanitario continuerà a garantire a tutti i cittadini quello che hanno adesso, ma consentendo a chi sottoscrive una polizza la detassazione, nei limiti delle risorse disponibili.

Questo produrrà una riduzione della domanda e quindi i servizi miglioreranno.

Non c'è il rischio di un Ssn residuale, destinato solo ai più poveri?

Questa è la classica obiezione ideologica, che ripeto in molti.

Glielo chiedo in altri termini. Non c'è il rischio di tornare alle mutue, alla situazione precedente alla riforma sanitaria del 1978?

Il sistema delle mutue non era tutto da buttar via e viceversa il sistema sanitario nazionale classico, modello inglese, finisce che non funziona. Anche se nel settore pubblico ci possono essere casi di eccellenza.

Queste punte di eccellenza non possono essere la base di partenza per lanciare un piano di investimenti sul Ssn, come si sta pensando di fare per le grandi opere pubbliche?

Non si fa questa scelta perché il Ssn così com'è dà poco a tutti e non si specializza su alcune cose: è un grande calderone che deve curare dal raffreddore al grande intervento al cervello e alla fine fa male tutto. Così abbiamo una cospicua spesa per la diagnostica, per la farmaceutica, per la medicina di base, tutte cose che potremmo tranquillamente affidare ad un sistema assicurativo, lasciando un servizio pubblico di qualità.

Anche perché quando si devono affrontare interventi complessi naturalmente ci si rivolge al settore pubblico che è quello in grado di fare maggiori investimenti.

Per ora sono a pagamento soltanto i servizi alberghieri extra, ma si può pensare a un sistema che consenta di integrare attraverso le assicurazioni anche una parte dei costi strettamente sanitari per cui il "ricco" ne paga una parte in questo modo e contribuisce così a garantire il servizio anche al "povero".

E in questa prospettiva il "ricco" continua a pagare anche le tasse generali per il Ssn?

Direi di sì, perché è un po' presto per passare ad un sistema di opting out.

Vuol dire che prima o poi ci si arriverà?

Per adesso non mi sentirei di pensare a questo salto. Un domani potrebbe accadere, ma tra moltissimo tempo, quando sarà completamente rivoluzionato il sistema italiano e ci saranno i meccanismi di opting out per tutto. Per adesso le tasse valgono per la generalità dei cittadini e poi chi vuole può stipulare polizze aggiuntive. È quello che già succede per le pensioni: c'è la pensione base per tutti, ma chi vuole può costruire qualcosa extra con mezzi propri.

Era necessario intervenire con nuovi tagli sulla farmaceutica, visto che in questi ultimi mesi la spesa per i farmaci è già stata ridotta di molto?

È vero, ma è rimasto uno scalino rispetto ai livelli di spesa consolidati e bisogna pensare a come recuperare quello scalino. Una razionalizzazione delle medicine comprese nel prontuario può certamente servire a questo scopo.

Quanto costerà il disegno di legge sullo stato giuridico dei medici secondo gli esperti del ministero dell'Economia?

Così come è stato redatto dovrebbe essere a costo zero, anche perché dovrebbe consentire anche dei risparmi: alcuni medici che avevano scelto l'esclusività, oggi, potendo disporre di un regime meno repressivo, probabilmente si orienteranno sulla possibilità di avere un rapporto non esclusivo. Alla fine ci viene a costare meno.

Il disegno di legge rende il profilo giuridico dei medici più simile a quello di altre professioni sanitarie, che ora potrebbero chiedere anche un trattamento economico simile.

Il rischio c'è, ma bisogna tener presente che la professione medica ha una propria peculiarità rispetto alle altre. Insomma, si tratta di un'eccezione, ma non priva di giustificazioni.

Non è strano che molte decisioni che riguardano il mondo della sanità siano prese in una relazione diretta tra Regioni e ministero dell'Economia?

Bisogna tener presente il contenuto della modifica al Titolo V della Costituzione: la sanità è una materia regionalizzata, tanto che gli ex contributi sanitari sono stati traslati principalmente su imposta regionale come è l'Irap. E, d'altra parte, ormai quando il cittadino si arrabbia perché, ad esempio, gli chiudono l'ospedale se la prende con l'assessore e non con il ministro della Salute. Quindi è chiaro che siano soprattutto le Regioni a preoccuparsi di come si eroga il servizio. Per quanto riguarda il ministero dell'Economia, il nostro interesse sulla sanità non è diverso da quello che ha sulla difesa o sui lavori pubblici: far quadrare i conti. Questo vuol dire che cerchiamo di fare una politica attenta, ma non di lesinare sui bisogni dei cittadini, come dimostra il fatto che con questo governo la quota del Pil destinata alla sanità è passata dal 5,3 al 6%.

A che punto è la trattativa con le Regioni sui fondi aggiuntivi per il 2001?

Lo stiamo esaminando, man mano che le Regioni ci forniscono i dati consuntivi. Entro fine mese dovremmo chiudere.

Pensa che verranno modificati i criteri di riparto?

Non mi sentirei di escluderlo per il futuro, anche perché obiettivamente, così come sono stati costruiti, ci sono alcune cose che non si spiegano. Ad esempio ci sono Regioni che, a parità di abitanti, hanno oltre mille miliardi di vecchie lire di differenza nel finanziamento: dipende dalla maggiorazione legata alla presenza di popolazione anziana, che attualmente è il criterio unico sul quale si fondano i riparti. Bisogna vedere se è l'unico criterio valido.

Giuseppe Vegas,
sottosegretario
all'Economia



IL PUNTO

Mondiali della sanità: Usa fuori al primo turno

di Alberto Andrion

Uno studio su 38 milioni di pazienti e 26 mila ospedali rileva che un cittadino americano che si rivolge ad un ospedale for-profit ha un 2% di probabilità in più di morire rispetto ad un altro che ha scelto un ospedale non-profit. Un 2% non è molto, ma se si trattasse di scegliere tra due compagnie aeree, non vi sarebbero dubbi: in fondo, la pelle è sempre la pelle. E come la mettiamo con le assicurazioni? Un recente rapporto dell'Istituto di Medicina americano ci dice che un malato di tumore non-assicurato ha il 50% di probabilità in più di morire e che i diabetici non-assicurati sono più protetti: rischiano "solo" il 25% in più di avere serie complicanze. Se poi uno ha la sfortuna di essere un anziano americano over 65 (magari non-assicurato) dovrà vedersela con un taglio del 17% delle prestazioni fornite da Medicare, il sistema di copertura sanitaria dei poveri. Nonostante ciò, nel nostro paese autorevoli personalità continuano a ritenere che gli Stati Uniti rappresentino un modello ineguagliabile cui ispirarsi. In ambito medico-scientifico, alcuni Premi Nobel non perdono occasione per esaltare l'efficienza dei centri di ricerca e degli ospedali, l'attenzione verso i pazienti, le inarrivabili opportunità di sviluppo professionale per i medici che in quelle istituzioni operano, senza per altro fare cenno al quesito di fondo: quali sono gli outcomes, i risultati finali? In ambito politico-economico, il Fondo Monetario Internazionale (Usa-dipendente) ci consiglia di limitare la spesa pubblica sanitaria, di introdurre maggiore competizione, di adottare su larga scala i sistemi di co-payment (vale a dire i ticket), di sperimentare le formule assicurative. Guarda caso, gli identici suggerimenti illustrati il 27 giugno scorso in Senato dal sottosegretario Vegas, il vice-Tremonti. Ai Mondiali Oms, l'Italia si era sempre comportata bene perchè giocava secondo il vecchio ma consolidato modulo del servizio sanitario nazionale; è cambiato l'allenatore e, come risaputo, abbiamo grosse difficoltà a centro campo e in attacco. Il problema è che il nostro mister vuole scimmiettare il modulo privatistico Usa, compagine con ottime individualità (anche pagate profumatamente!) ma pessimo gioco di squadra. Modulo di gioco che in termini di salute e di assistenza sanitaria non ha mai permesso di superare il primo turno.

REGNO UNITO

Il servizio sanitario "storna" i fondi dell'assistenza oncologica per pagare altri debiti

Duecentottanta milioni sterline, circa la metà dei fondi destinati al miglioramento dell'assistenza e dei servizi per i malati oncologici nell'ambito del Cancer Plan governativo sarebbero state "risucchiate" dal Nhs, il sistema sanitario britannico, per pagare i debiti in altri settori. L'accusa è del Comitato per la scienza e la tecnologia della Camera dei Comuni che in suo rapporto esprime forte preoccupazione per "l'apparente facilità con cui vengono riutilizzati i fondi che con grande pubblicità sono stati destinati all'assistenza per le patologie tumorali".

Il Comitato ha inoltre posto in dubbio che il governo britannico abbia mantenuto la promessa di favorire la ricerca oncologica finanziandola con 190 milioni di sterline, liquidando come contabilità "creativa" l'affermazione del ministero della Salute.

Il Comitato ha acquisito informazioni da varie organizzazioni di ricerca sul cancro e dal prof. Mike Richards - direttore del programma oncologico nazionale - che hanno confermato di avere notizia del dirottamento di fondi destinati alla ricerca oncologica verso altre attività. Nel frattempo, in Scozia, le donne colpite da tumore ovarico o mammario devono aspettare tempi inaccettabili per alcuni trattamenti in base alla prima indagine sui servizi oncologici del comitato per gli standard clinici scozzese. Nessun ospedale scozzese inoltre è in grado di garantire un trattamento radioterapico nel periodo raccomandato di quattro settimane dopo l'intervento e preoccupanti sono anche le attese per la chemioterapia.

STATI UNITI

Senza assicurazione sanitaria si può morire prematuramente

Non avere un'assicurazione sanitaria è un fattore di rischio per la salute. Gli americani che non ce l'hanno sono in condizioni di salute peggiori, ricevono cure inadeguate e rischiano di morire prematuramente rispetto agli "assicurati".

Tra i "non-assicurati", i malati di cancro hanno un 50% di probabilità in più di morire e morire prima, soprattutto a causa di diagnosi tardive. Per i pazienti diabetici, un mancato controllo della concentrazione di zucchero nel sangue e la non regolarità degli esami dei piedi e degli occhi per rilevare problemi circolatori possono portare all'amputazione o alla cecità. Il 25% non riesce a ricevere questo tipo di esami nell'arco di un biennio contro il 5% dei diabetici che hanno una copertura assicurativa. I malati di aids hanno minori possibilità di accedere alle cure e quando ci riescono devono aspettare 4 mesi in più rispetto a chi ha un'assicurazione.

Sono questi alcuni dati dell'ultimo rapporto dell'Institute of Medicine americano che ha esaminato quali ripercussioni sulla salute di pazienti affetti da tumore, diabete, sieropositività e Aids, malattie cardiovascolari e renali, malattie mentali e lesioni da trauma ha la mancanza di un'assicurazione.

Un'indagine del 1999 citata nel Rapporto rilevava che circa il 60% degli americani riteneva che le persone prive di copertura assicurativa ricevessero le cure sanitarie necessarie. Le conclusioni cui giunge il rapporto invece sono ben diverse: tutti i pazienti "non assicurati" hanno avuto un esito clinico nettamente peggiore. "La qualità e la durata della vita sono nettamente diverse per chi ha un'assicurazione sanitaria e chi non ce l'ha" dice Mary Sue Coleman, vicepresidente del comitato che ha redatto il Rapporto.

Si stima che il popolo degli "uninsured" americani sia di 30-40 milioni e che i bambini siano circa 10 milioni, e proprio a questi ultimi l'Institute of Medicine dedicherà un prossimo studio.

L'unica nota positiva del rapporto è che garantendo una copertura sanitaria si otterrà un'aspettativa di vita più lunga, condizioni di salute migliori e una riduzione delle ineguaglianze sanitarie tra i gruppi etnici.

Si muore di più negli ospedali "for-profit"

I pazienti ricoverati negli ospedali "for-profit" americani hanno un rischio di decesso maggiore rispetto ai ricoverati negli ospedali "non-profit". Lo sostiene uno studio effettuato da ricercatori delle università McMaster, Ontario, e Buffalo, New York, pubblicato sul Canadian Medical Association Journal.

Lo studio, la cui ampiezza casistica non ha precedenti, ha comparato la mortalità negli ospedali privati americani "for-profit" e in quelli privati "non-profit" tra il 1982 e il 1995 prendendo in rassegna 15 studi descrittivi che includevano 26mila ospedali e 38milioni di pazienti. Alcuni ospedali sono stati esaminati in più di uno studio e la maggior parte dei pazienti beneficiava di Medicare, l'assistenza pubblica per gli anziani.

Ebbene per i pazienti curati negli ospedali for-profit il rischio di morte è stato del 2% in più "il che significa circa 14mila persone all'anno che muoiono e che avrebbero potuto continuare a vivere se fossero state curate negli ospedali non-profit" ha affermato Holger Schonemann, coautore dello studio.

Accanto alle implicazioni per gli Usa, lo studio accende il dibattito in Canada dove è all'esame l'ingresso degli ospedali privati "for-profit" nel piano di assistenza sanitaria nazionale, nell'ambito di un processo di revisione attualmente in corso. Una commissione denominata "Future of Health Care in Canada" sti-

lerà il suo rapporto finale il prossimo novembre. Per il Canada ciò significherebbe 2200 morti in più all'anno, circa la stessa cifra dei decessi per suicidio o cancro al colon o in incidenti stradali. "Non mi sembra una buona idea inserire gli ospedali for-profit nel Piano canadese" aggiunge PJ Devereaux, primo autore dello studio. Secondo l'American Hospital Association, circa il 13% dei 5810 ospedali americani sono privati "for-profit" e spesso fanno parte di catene ospedaliere. Molti altri ospedali sono privati "non-profit" gestiti da organizzazioni caritatevoli, di comunità, o religiose e in Canada rappresentano circa il 95% degli ospedali.

Per Devereaux questa maggiore percentuale di decessi che si verifica nei "for-profit" è dovuta essenzialmente a due motivi: "gli azionisti si aspettano un ritorno del 10-15% e gli ospedali devono pagare le tasse. Il finanziamento è fisso (quello di Medicare e di altri schemi assistenziali in Usa e quello dell'assistenza sanitaria nazionale in Canada) perciò si taglia sulle professionalità. Non accadrebbe diversamente in Canada o in Gran Bretagna se aprissero le porte agli ospedali privati for-profit".

Un editoriale di Davil Naylor, preside della Facoltà di medicina dell'Università di Toronto, così taglia corto sull'argomento: "C'è ancora qualcuno che dopo aver letto questi dati vuole dare in appalto grandi porzioni del nostro sistema sanitario pubblico alle catene ospedaliere americane "for-profit"? Spero di no."

I costi sanitari colpiscono gli anziani

I lievitare dei costi dell'assistenza sanitaria sta infliggendo un duro colpo ai pazienti anziani assistiti da Medicare, che cominciano ad essere rifiutati dai medici in quanto i finanziamenti pubblici non coprirebbero più i costi.

Nell'ultimo biennio la spesa americana per la sanità è cresciuta più dell'8% l'anno. Medicare, l'assistenza sanitaria pubblica americana per gli anziani che copre o le cure a prestazione con un medico privato o l'assistenza da parte di organizzazioni sanitarie per gli over 65, quest'anno sta tagliando del 5,4% il finanziamento ai medici. Entro il 2005 i finanziamenti per ogni prestazione medica saranno decurtati del 17% con l'attuale normativa.

Molti anziani sono stati lasciati a se stessi da quando queste organizzazioni di assistenza si sono chiamate fuori da Medicare. "Con un'inflazione sanitaria del 12% e i rimborsi di Medicare che coprono il 2% è matematico che non funzioni" sostiene l'Associazione americana per i Piani Sanitari. Quelle organizzazioni che ancora assistono gli anziani stanno lottando per porre un freno alle spese attraverso l'innalzamento dei premi, deducibili, e soprattutto con i co-pagamenti. L'obiettivo è di trasferire il grosso dei costi dell'assistenza sanitaria al consumatore.

Le organizzazioni di assistenza agli anziani hanno esercitato forti pressioni politiche per ottenere un vero beneficio che coprisse le spese per i farmaci a prescrizione, ma l'amministrazione Bush, come misura per limitare le spese di Medicare, ha invece proposto una "discount prescription drug card", una tessera per ottenere uno sconto sui farmaci.

Una misura fortemente osteggiata dal Comitato nazionale per il mantenimento della previdenza sociale e di Medicare, che ha aiutato ad affondare al Congresso questo piano "per lo sconto" sui farmaci sostenendo come la tessera non possa sostituire un beneficio universale e volontario sui farmaci a prescrizione.

L'Associazione pensionati ha poi biasimato le industrie farmaceutiche accusate di aver speso cifre da capogiro in pubblicità e di aver "lavorato" per tenere i più economici farmaci generici fuori dal mercato. Tra pubblicità diretta e promozione ai consumatori avrebbero speso nel 2000 quasi 2,5 miliardi di dollari. E il rialzo dei prezzi pone molti anziani di fronte alla drammatica scelta tra pane o medicine.

XIX CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

12-15 GIUGNO 2002

INSERTO

La forza DI SEMPRE

**Un'associazione medica legata alla difesa
dei valori della professione, dell'equità
e della giustizia nella tutela della salute**

Mozione finale

XIX Congresso Nazionale AnaaO Assomed

La mozione finale

Matera, 15 giugno 2002

Il diciannovesimo Congresso Nazionale AnaaO Assomed conferma che la propria politica associativa è tesa per il futuro, così come lo è stata per il passato, a promuovere presso la categoria medica e le forze politiche e sociali, il Ssn come modello operativo e scenario all'interno del quale elaborare l'insieme delle politiche sanitarie, nella consapevolezza che questo sia il sistema in grado di garantire a tutti la tutela della salute con efficacia, equità e pari opportunità di accesso alle prestazioni che la scienza medica ritiene essenziali.

Tuttavia, le persistenti difficoltà economiche in cui versa il Ssn, legate anche alla sottostima del finanziamento ad esso dedicato, rischiano di aprire spazi ad ipotesi alternative di stampo liberistico, fondate su un sistema assicurativo privato. Tale ricetta, laddove viene applicata, ha già dimostrato di essere inefficace sotto il profilo del contenimento dei costi ed in più scardina il diritto per tutti di ottenere prestazioni essenziali indipendentemente dal proprio reddito, infrangendo un principio largamente condiviso nella nostra cultura italiana ed europea.

Un altro pericolo per la sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale è rappresentato dal decreto legislativo n. 56/2000 sul federalismo fiscale e dalla riforma del titolo V della Costituzione, che stanno sottoponendo ad ulteriore dura prova i meccanismi di finanziamento e l'impianto strategico del sistema universalistico.

Infatti, se non si garantiscono preventivamente a tutte le regioni le risorse necessarie a creare servizi e strutture in grado di fornire autonomamente le prestazioni essenziali con pari qualità, non solo si aggraveranno le differenze che si sono stratificate nel corso dei decenni tra le diverse realtà, ma si impedirà l'accesso stesso alle prestazioni ai cittadini residenti nelle aree più disagiate.

Il Congresso Nazionale, pertanto, a difesa del Ssn chiede:

- un finanziamento del Ssn in linea con la media europea pari almeno al 6% del PIL, tenendo conto delle risorse necessarie a creare pari opportunità di offerta di servizi tra le regioni nel nuovo sistema federale;
- il superamento della visione ragionieristica fino ad ora prevalente nelle aziende sanitarie e la sostituzione con un modello incentrato sull'assunzione di responsabilità diretta

dei medici nella gestione delle risorse loro affidate, anche al fine di migliorare la qualità delle prestazioni erogate;

- la conferma di uno stato giuridico e di un contratto validi su scala nazionale, a garanzia per i pazienti di avere professionisti ugualmente formati e motivati in grado di fornire le prestazioni previste dai LEA in modo omogeneo in tutte le regioni.

Partendo da questa premessa fondamentale, non sfugge alla nostra Associazione la necessità di orientare la propria azione concreta non sottacendo i molti fattori di inadeguatezza del sistema e la necessità di confronto con l'odierno quadro politico e sociale del paese e con le proposte che da questo emergono.

Il finanziamento del Ssn

La riduzione del finanziamento pubblico sul PIL avvenuta nel corso di tutti gli anni '90, in parallelo con l'aziendalizzazione, e il concomitante incremento della spesa privata, dimostrano chiaramente come l'assioma, ancora in questi giorni fatto proprio dal FMI, sistema pubblico = incremento non controllato della spesa, abbia fondamento assai labile. In realtà è evidente che esistono rilevanti interessi di ambienti economici nazionali ed internazionali il cui interesse è quello di mettere sotto accusa il Ssn per indebolirlo, e poter quindi procedere alla acquisizione di una consistente quota di mercato sanitario pubblico.

La ferma denuncia di questa situazione da parte dell'AnaaO Assomed e delle forze sociali più responsabili ha permesso negli ultimi due anni di procedere ad una inversione di tendenza. Tuttavia, questa risulta non ancora sufficiente. Di qui la riconferma della nostra richiesta di adeguare il finanziamento pubblico al 6% del PIL, vale a dire un valore percentuale pari a quello della media dei paesi europei. Questo adeguamento, deve tuttavia andare di pari passo con una politica di recupero di risorse tramite processi di coerente razionalizzazione e di riduzione di sprechi ancora largamente presenti nel sistema.

L'AnaaO Assomed ritiene, inoltre, che la richiesta di finanziamento adeguato debba congiungersi con la consapevolezza che il Ssn non rappresenta un costo

improduttivo per il paese, come molte autorevoli quanto interessate fonti tentano di fare credere, bensì una importante risorsa di sviluppo produttivo diretto ed indiretto della nazione e delle sue articolazioni regionali e locali.

L'azienda sanitaria

Le aziende sanitarie continuano, nella maggior parte delle realtà del paese, ad avere come principale obiettivo assegnato loro dai governi regionali il contenimento dei costi, con scarsissima attenzione alla loro vera missione di tutelare la salute dei cittadini attraverso percorsi di qualità ed efficacia.

L'assunzione di responsabilità da parte del medico della compatibilità economica delle sue scelte professionali e di un sostanziale razionamento delle risorse, lo pone in frequente conflitto con i doveri di dirigente aziendale e quelli etici di garante delle esigenze sanitarie dei cittadini. Il persistente fallimento del raggiungimento di questo obiettivo è sempre più spesso imputato ai medici pubblici del Ssn, ora invocando ragioni contrattuali legate al costo del personale, ora ragioni legate a supposte loro incapacità nell'organizzazione dei servizi.

Tuttavia, ad una attenta analisi dei bilanci aziendali, appare del tutto evidente che le cause di squilibri e deficit sono, nella maggior parte dei casi, imputabili a fenomeni connessi al crescere incontrollato della spesa farmaceutica, a procedure e scelte non trasparenti nell'acquisizione di beni e servizi, ad errate strategie di governo aziendale, dovute non già ad incapacità dei medici ma, al contrario, allo scarso o assente coinvolgimento dei medici stessi a fronte del permanere di una visione e di una pratica.

Su questo tema le proposte dell'Anaa Assomed sono molto chiare e puntuali. Occorre rivedere l'organizzazione aziendale, cominciando dall'introduzione di elementi di bilanciamento dei poteri del direttore generale per finire con l'effettiva applicazione di spazi di managerialità per la professione medica mediante il governo clinico.

Su questo terreno, le prime dichiarazioni del ministro Sirchia erano parse incoraggianti, realistiche e sostenibili, salvo poi essere dimenticate e sostituite con l'ipotesi di provvedimenti che vedrebbero accresciuto e non diminuito il potere discrezionale dei direttori generali e del tutto assente il maggior ruolo decisionale promesso alla categoria. L'Anaa Assomed auspica che il Ministro della Salute riprenda in modo coerente la primitiva proposta che, tra l'altro sarebbe in linea con l'ipotesi avanzate da alcune Regioni di rafforzare il ruolo gestionale dei medici riconoscendo, ad esempio, al Collegio di Direzione lo status di organo decisionale dell'azienda.

Federalismo, regionalismo e livelli essenziali di assistenza

La trasformazione in senso federalista degli assetti istituzionali del Paese e del gettito fiscale influenzerà

pesantemente l'organizzazione sanitaria in considerazione del fatto che la maggiore spesa a livello regionale è proprio rappresentata dalla Sanità.

Il federalismo fiscale può migliorare l'efficienza del sistema per i seguenti motivi:

- Consente di riallineare le responsabilità di finanziamento e di spesa, contrastando la deresponsabilizzazione associata all'assetto di finanza di trasferimento e al vincolo "morbido" di bilancio
- Può assicurare scelte più vicine ai desideri di cittadini
- Può produrre un'efficace informazione sui rendimenti istituzionali, facilitando il controllo democratico dei cittadini.

L'Associazione però è ben conscia del fatto che il federalismo può incrementare le già forti ineguaglianze tra regioni (il gettito pro-capite di tributi in Calabria è meno di un quarto di quello della Lombardia). C'è poi da rilevare che aver previsto una redistribuzione "orizzontale" delle risorse per consentire la perequazione tra le regioni, può ingenerare squilibri sociali con il rischio che il livello dei servizi sanitari cessi di essere questione connessa con il diritto di cittadinanza e venga a dipendere dalla regione in cui si nasce e dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle regioni più ricche.

Oltre 20 anni di Ssn non sono stati sufficienti per annullare le disuguaglianze esistenti tra le regioni. Peraltro, in assenza di significativi tassi di sviluppo economico, sarà sempre più difficile per le Regioni più arretrate recuperare il proprio ritardo.

Il federalismo potrebbe creare le premesse per la distruzione del Ssn e comunque compromettere definitivamente l'equità del sistema; in tutto il mondo sia le forze politiche di impostazione conservatrice e liberista, sia quelle di impostazione riformista concordano nel ritenere l'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e nell'erogazione delle stesse un valore cui una società evoluta non può rinunciare. Per evitare che la realizzazione di un modello organizzativo, troppo condizionata da esigenze di bilancio e da pressioni di lobbies professionali e da potentati economici, tradisca tale principio fondamentale, sarebbe indispensabile definire preliminarmente i principi etici su cui basare le riforme ed esprimerli in ordine di priorità, piuttosto che procedere nell'iter legislativo di un disegno di legge sulla "Devoluzione dei poteri" che prevede l'ulteriore modifica del capo V della Costituzione che consente alle Regioni di legiferare in via esclusiva in ambito sanitario.

Va precisato che non sono sufficienti i LEA a bilanciare tali rischi per i seguenti motivi:

- nessun Paese è mai riuscito a definire con precisione, anche dal punto di vista qualitativo, cosa intendere per tali livelli
- Il decreto sui LEA adottati in Italia, soprattutto in ambito territoriale può portare danni irreparabili alle categorie sociali più fragili.

- Rischiano di essere troppo deboli per proteggere efficacemente da soli il carattere unitario del Ssn, soprattutto se intesi come parametri di sostenibilità finanziaria come strumento per offrire all'esclusione una giustificazione non scientifica.

Come associazione sindacale l'Anaa Assomed denuncia il rischio che un'accentuazione in senso federalista della contrattazione elimini o ridimensioni di fatto la contrattazione collettiva nazionale il cui compito è definire principi certi per l'insieme della categoria e mediare al meglio i differenti interessi regionali; il prevalere della contrattazione locale potrebbe accentuare le differenze e metter in discussione la stessa capacità contrattuale per problemi legati alla riduzione della forza di rappresentatività ed alla asimmetria di potere alimentando ogni forma di ricatto nei confronti della professione.

Le Fondazioni

I motivi comunemente invocati per sostenere l'introduzione nel sistema sanitario di modelli di partnership pubblico-privato sono fondamentalmente i seguenti:

- a) necessità di reperire finanziamenti;
- b) maggiore flessibilità del contesto operativo.

Su questa questione dobbiamo essere molto chiari: mentre si ritiene comunemente e in buona fede che questi strumenti possano permettere immissione di "denaro fresco" per migliorare i servizi, in realtà la partnership comporta per lo più un finanziamento sostitutivo e non aggiuntivo, e crea le condizioni per procedere a ristrutturazioni non benefiche né per la categoria né per i pazienti. Esistono evidenze ormai consolidate (rapporto del King's Fund sul sistema britannico e un recente studio della Regione Emilia-Romagna) che dimostrano che, laddove applicato, il sistema delle fondazioni in sanità è stato deludente sul piano dei risultati gestionali, dei servizi resi e dei capitali investiti.

La contrarietà espressa dalla nostra Associazione non si è quindi basata su di una pregiudiziale aprioristica, bensì su evidenze concrete.

Ciò ulteriormente avvalorato dal fatto che l'ipotesi ministeriale è porsa soprattutto legata a favorire interessi sostenuti da lobbies professionali ed economiche tese a ritagliarsi fette consistenti degli interventi pubblici in sanità. In particolare, deve essere sottolineato come gli Irccs rappresentino il vero e reale terreno di applicazione della proposta governativa nei confronti della quale l'Anaa Assomed ha già espresso ferma opposizione, ritenendo che le modificazioni dell'assetto giuridico di tali istituti debbano essere sperimentali e limitate nel tempo.

La revisione dello stato giuridico

A fronte di precise richieste di modifica delle norme riguardanti l'esclusività di rapporto, avanzate dalla nostra

Associazione (reversibilità della scelta del rapporto esclusivo al termine dell'incarico, fine delle penalizzazioni economiche di carriera per i medici che optano per la libera professione extramuraria, difesa del diritto alla libera professione intramoenia in tutte le sue forme, compresa quella della "intramoenia allargata", come sancito dal Ccnl) ed alla domanda di promuovere una forte rivalutazione del ruolo del medico nelle strutture del Ssn, le uniche proposte del Ministro si sono incentrate su una generale revisione dell'attuale assetto di stato giuridico.

I contenuti dei diversi testi legislativi presentati, per altro assai contraddittori, hanno visto come principale linea guida la volontà di introdurre nel Ssn, per valori percentuali rilevanti, un secondo tipo di rapporto di lavoro (contratto libero professionale di tipo coordinato e continuativo) ed il ridimensionamento del rapporto esclusivo che avrebbe conseguentemente compromesso la relativa indennità. Solo l'opposizione argomentata, tenace ed esplicita, ma nello stesso tempo misurata, dell'Anaa Assomed e dell'Intersindacale Medica ha sino ad ora impedito la realizzazione dei vari progetti di legge.

Quali che siano le articolazioni delle proposte legislative avanzate, tre aspetti rimangono fortemente critici:

- la negazione del diritto soggettivo dei medici all'esercizio della libera professione intramoenia e la costrizione del principio della libera scelta del medico da parte del cittadino che saranno subordinati alla volontà e capacità dell'azienda nel risolvere il problema delle liste di attesa;
- la provocatoria indicazione della libera professione del medico come causa principale delle liste di attesa e del loro allungamento;
- la mancata previsione del rapporto esclusivo per i dirigenti di struttura dipartimentale con effettiva e diretta gestione di risorse.

Queste rilievo sono coerenti con l'obiettivo, già citato in precedenza, di orientare i flussi del mercato sanitario prevalentemente verso il settore privato, e l'attuale proposta del Governo, ponendosi in questa direzione, contrasta con la difesa della centralità professionale del medico di medicina pubblica nel processo di diagnosi e cura che la nostra Associazione ha sempre rivendicato.

Le liste di attesa

Il problema non deve assolutamente essere sottovalutato, se non altro perché il 70% dei cittadini lo percepisce come un diritto negato che li induce a un giudizio negativo sul Ssn. L'Anaa Assomed non contesta l'entità del fenomeno; contesta, invece, le interpretazioni comunemente e superficialmente diffuse. In primo luogo, la maggior parte degli analisti e degli esperti non assume questo tra gli indicatori fondamentali di efficacia di un sistema sanitario. Tant'è che anche il nostro sistema presenta un outcome finale molto buono nel contesto internazionale. In secondo luogo, i dirigenti medici del Ssn non sono i

principali e tanto meno gli unici responsabili dei lunghi tempi di attesa. Anzi ne sono insieme ai cittadini le prime vittime, pagando le distorsioni di un sistema in cui:

- La domanda non è governata, ma anzi impropriamente sostenuta da fenomeni di consumismo sanitario, inappropriata e mancanza di filtro territoriale
- Regioni e aziende, principali responsabili della mancata risposta alle richieste sanitarie dei cittadini, non assicurano finanziamenti e organizzazione adeguati
- Parti importanti dei servizi specialistici extra ospedalieri (convenzionati e privato accreditato) operano secondo regole contrattuali rigide, ipergarantiste ed esenti dalla responsabilità di contenere i tempi di attesa.

Il paradosso sta nel fatto che il Ministro Sirchia denuncia populisticamente il fenomeno individuando come responsabili proprio coloro che più di tutti operano quotidianamente per dare efficaci ed efficienti risposte specialistiche ai bisogni di salute degli Italiani. L'Anaa Assomed ha da tempo individuato gli strumenti capaci di risolvere il problema ottenendo, nell'ultima contrattazione nazionale, la riscrittura dell'articolo 55 che consente alle Aziende l'acquisto a costi ridotti di prestazioni aggiuntive per riallineare i tempi di attesa per le prestazioni non urgenti.

Conviene sottolineare come il sistema dell'emergenza e quello dell'urgenza risponde comunque prontamente ad ogni bisogno non dilazionabile.

In terzo luogo, ed argomento assai più rilevante, si deve aggiungere che Regioni ed aziende sono le principali responsabili della risposta alle richieste sanitarie dei cittadini, assicurando finanziamenti ed organizzazione adeguati.

La ragione d'essere di un sindacato e la sua capacità di rappresentare gli interessi degli associati e della categoria si esplica, ed emerge in tutta la sua evidenza, nelle fasi contrattuali.

Per questa ragione, alcune questioni di fondo che riguardano aspetti qualitativi e quantitativi del lavoro della Dirigenza Medica, vanno definite in questo Congresso, come obiettivi sindacali non disponibili a soluzioni contrattuali di basso profilo né a mediazioni evasive delle criticità che denunciano.

A quelle già ricordate sullo stato giuridico relativamente alla esclusività di rapporto e connessa indennità economica, nonché alla sua reversibilità, occorre aggiungerne alcune altre.

Livelli di contrattazione e sistema delle relazioni sindacali

Si tratta del ruolo non solo formale ma sostanziale del Sindacato, legato alla sopravvivenza del sindacalismo professionale autonomo.

L'iter applicativo dei primi due contratti della Dirigenza, nonostante gli sforzi compiuti nel campo dell'informazione

e formazione dei quadri associativi aziendali e regionali, ha evidenziato vistose inadeguatezze di ruoli e di capacità contrattuali tra soggetti contraenti di impari peso e dotati di impari strumenti.

Questo fenomeno, oltre a determinare un'applicazione dei contratti difforme, parziale o addirittura mancata tra regioni diverse e nelle stesse regioni tra azienda e azienda, ha accentuato fra gli iscritti e i dirigenti sindacali locali, un senso di frustrazione ed impotenza che ha motivato disaffezione e sfiducia verso l'impegno sindacale e la stessa delega.

Tutta questa essenziale partita va giocata con l'obiettivo di rilanciare il peso ed il ruolo del Sindacato all'interno delle Aziende, allargando gli spazi formali ma soprattutto occupando questi spazi con l'impegno di professionisti seri, responsabili e preparati, resi consapevoli di esercitare, accanto ed oltre i loro compiti professionali, una straordinaria funzione civile e democratica.

Gli obiettivi da perseguire sono:

- 1) mantenere i livelli di contrattazione nazionale e aziendale, affidando al primo il determinante ruolo di garantire i "livelli uniformi di rapporto di lavoro" anche attraverso una analitica specificazione delle materie di competenza e al secondo quello di cogliere e tradurre in discipline pattizie gli elementi di specificità locale;
- 2) introdurre, a pieno titolo, il livello regionale di contrattazione con la funzione duplice di predisporre le linee guida per la contrattazione aziendale e di controllare l'applicazione tempestiva e corretta dei contratti nelle aziende con l'obbligo di conseguenti interventi correttivi o sostitutivi;
- 3) i contenuti e le procedure definite nell'attuale sistema delle relazioni sindacali, vanno profondamente innovate ampliando le aree e gli oggetti di contrattazione in coerenza con quanto già realizzato nel II° Ccnl e in successive modifiche legislative.

Condizioni di lavoro, reclutamento dei Dirigenti, trattamento economico

La categoria medica, con l'introduzione della dirigenza, ha già accettato la sfida della flessibilità con incarichi a termine, verifiche professionali e rapporto di lavoro di tipo privatistico.

Risulta, tuttavia, sempre più drammatica la rigidità del mercato di lavoro in entrata: l'inizio dell'attività medica negli Ospedali avviene in età sempre più avanzate e l'offerta carente di specialisti comincia a produrre difficoltà operative in tutto il sistema di cure di secondo livello.

Tale carenza, che in prospettiva risulterà esiziale per la mancanza del fisiologico ricambio generazionale, che tra l'altro pone in discussione il mantenimento dei trattamenti pensionistici, appare tanto più grave per alcune specialità e per l'espletamento di attività oggettivamente usuranti,

come le guardie, che medici di età media ormai “matura” non accettano più di fare.

Pertanto, al fine di formare gli specialisti e consentirne il successivo ingresso nelle strutture del Ssn, è necessario prevedere la possibilità di attivare per i neo laureati contratti a tempo determinato, di formazione lavoro, di durata correlabile al completamento del ciclo formativo, la cui attivazione deve essere decisa in concertazione con le OO.SS. e correlata, per gli aspetti di didattica formale, con la Facoltà di Medicina.

Questi contratti, come previsto nel Dpof 2002-2006, consentono di offrire ai giovani consistenti opportunità di ingresso nel mondo del lavoro, esigenza fondamentale nel nostro contesto di professionisti, che operano in un settore sempre più bisognoso di innovazione scientifica e di ricambio culturale.

Naturalmente il ricorso a tale modalità di reclutamento dei Dirigenti non deve diventare un alibi per introdurre surrettiziamente rapporti di lavoro atipici che finirebbero per determinare una precaria organizzazione e gestione dei servizi, popolando i nostri ospedali di figure instabili, anonime e deboli.

Oltre che con la nuova formazione specialistica, il disagio medico si può alleviare con gli altri strumenti parzialmente già conquistati nel precedente contratto, come la definizione nazionale dell'orario di lavoro, con la relativa quota oraria per l'aggiornamento e la cosiddetta libera professione aziendale, introdotta dall'art. 55 del Ccnl 1998/2001, o che devono essere acquisiti nel prossimo contratto, come l'implementazione della retribuzione del disagio, sia attraverso la ridefinizione del valore economico della indennità di pronta disponibilità sia attraverso l'introduzione ex novo di una indennità di disagio.

Preliminare all'utilizzo di tutti questi strumenti resta la definizione, su standard regionali, di carichi di lavoro realistici e scientificamente validati e la possibilità di contrattare in Azienda la loro applicazione, prevedendo anche la possibilità di destinare le risorse aziendali eventualmente derivanti dal mancato rispetto degli standard di personale o all'assunzione a tempo determinato o al finanziamento di attività libero professionali richieste dall'Azienda o all'adeguamento del fondo di particolare disagio.

Occorre, infine, prevedere meccanismi di riconoscimento, di carriera, economici e pensionistici, del lavoro usurante, comprendendo in questo concetto la partecipazione ai servizi di guardia, nonché l'esenzione a domanda dai turni notturni per i Dirigenti che abbiano compiuto i 55 anni di età, in coerenza con specifici orientamenti europei in materia.

La possibilità di definire rapidamente questi aspetti contrattuali si concretizza nella richiesta forte, che il Congresso nazionale rilancia, di aprire immediatamente le trattative per il rinnovo del Ccnl scaduto da più di sei mesi.

Al riguardo l'Anaa Assomed pone come pregiudiziale la definizione e l'attribuzione dell'importo economico derivante dal recupero del tasso di inflazione reale rispetto a quello programmato nel 2001.

Inoltre, riservandosi di formulare proposte dettagliate quando sarà noto l'ammontare delle risorse economiche messe a disposizione, fin d'ora l'Anaa Assomed propone alla controparte la definizione di un tabellare per i medici diverso da quello previsto per tutti gli altri dirigenti del pubblico impiego, infrangendo in tal modo un tabù che si trascina da tutte le precedenti contrattazioni.

Ove persistesse un rifiuto, l'Associazione, per affermare la peculiarità del medico e della sua attività, propone di implementare altre voci del trattamento fondamentale, come l'indennità di specificità medica, che nel precedente contratto non è stato possibile modificare.

Naturalmente anche nel prossimo Ccnl assumeranno un ruolo determinante le voci del trattamento accessorio, sia per la funzione di parziale ristoro della mancata definizione di livelli tabellari più decorosi, sia per differenziare, nella logica meritocratica, gli apporti di ciascun operatore.

Al riguardo l'Associazione chiede che le risorse per il trattamento accessorio, per la parte più significativa, legata al raggiungimento dei livelli essenziali di assistenza, siano attribuite dalla contrattazione nazionale, come realizzato nelle due tornate contrattuali precedenti.

Naturalmente in ogni singola regione deve essere prevista la possibilità di assegnare ulteriori risorse, in un tavolo di vera contrattazione regionale, sulla base delle peculiarità e della volontà di garantire anche prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dai livelli essenziali di assistenza.

Educazione Continua in Medicina

Il progetto nazionale di Educazione Continua in medicina è entrato nella fase applicativa. La nostra Associazione deve, su tale materia, muoversi con prudenza ed intelligenza avendo queste tre coordinate:

- 1)** la formazione ha dei costi diretti (i providers di formazione) ed indiretti (il tempo lavoro stornato all'assistenza): questi oneri non devono ricadere, né direttamente né indirettamente, sui professionisti. In altre parole, gli eventuali finanziamenti nazionali non possono che essere di natura extracontrattuale, così come quelli di eventuale provenienza regionale ed aziendale non devono essere poste in carico, direttamente o indirettamente, ai fondi per obiettivi regionali, né ad alcuno dei fondi aziendali.
- 2)** La formazione è un elemento deontologico a cui la categoria non si è mai sottratta, e prova ne sia il forte impegno che la nostra Associazione ha sempre posto prima nel richiedere e poi nel difendere le ore contrattuali dedicate all'aggiornamento. Per avviare un serio processo di Ecm, occorre creare e consolidare le

condizioni materiali, economiche e normative, per potervi corrispondere. La contrattazione con le OOS è l'ambiente naturale per definire tali aspetti, che devono salvaguardare una quota di autonomia del professionista nella scelta delle attività formative, nell'ambito di un progetto educativo definito e condiviso a livello dipartimentale.

- 3) Se non si realizzano queste condizioni di pattuizione, fermo restando l'obbligo deontologico alla formazione, non può permanere quello normativo relativamente alle previste misure sanzionatorie per gli inadempienti. A questo proposito va assolutamente respinta la volontà più volte dichiarata del ministro di escludere dall'esercizio della professione coloro che non riescono a completare l'itinerario formativo.

Partecipazione dei Dirigenti Medici alle attività gestionali aziendali

Se appare indiscutibile che i Collegi di Direzione, i Consigli dei sanitari e i Comitati di dipartimento sono conquiste legislative di grande rilevanza, è altresì evidente che questi strumenti non sono stati messi in condizione di esercitare ruoli incisivi e determinanti.

In una sintesi, forse eccessivamente limitata ma efficace, il governo clinico nelle Aziende Sanitarie si basa su tre condizioni permissive:

- a) una sostanziale autonomia dei dirigenti medici nella gestione degli aspetti più propriamente professionali e dei contenuti e procedure del loro lavoro;
- b) l'effettivo affidamento e gestione di risorse in capo ai responsabili di strutture complesse e semplici;
- c) l'effettiva possibilità di esprimere in autonomia e responsabilità le proprie indicazioni tecnico professionali ed il peso relativo di queste nelle scelte strategiche delle aziende.

Queste tre condizioni devono operare sinergicamente, calarsi in un modello organizzativo e gestionale delle attività che ne favorisca la piena espressione, in un soddisfacente equilibrio tra gerarchia di responsabilità professionali e gestionali ed ambiti di autonomia clinica in capo a tutti i dirigenti.

Il contratto rappresenta una straordinaria leva per innestare nel sistema nuovi elementi pattizi che modifichino questo scenario insoddisfacente e dispersivo di grandi potenzialità innovative per offrire soluzioni ad una quota di disagio medico.

Per quanto riguarda la periodicità delle verifiche e la durata degli incarichi, è ormai diffusa e condivisa la convinzione di un affollamento inutile delle verifiche.

Dobbiamo ottenere che la verifica professionale avvenga ogni cinque anni; in coerenza la durata minima degli incarichi è di cinque anni riaffermando il principio che ogni momento della verifica deve essere governato autonomamente dalla categoria.

Sviluppo della base associativa e dei servizi

La politica volta ad incrementare le adesioni alla nostra Associazione non potrà che avvenire sulla base di una puntuale e capillare informazione sulle principali linee di azione scaturite dal questo XIX Congresso Nazionale e soprattutto dai risultati concreti che verranno conseguiti. Ciò tuttavia non è sufficiente. Altre sono anche le aree meritevoli di impegno.

L'Anaa Assomed dovrà essere attenta a promuovere le iscrizioni, ma soprattutto la partecipazione alla vita dell'Associazione dei medici in pensione. Un medico non smette mai di essere tale e desidera continuare ad essere informato su ciò che accade nel vasto mondo della sanità e ad essere tutelato nelle sue esigenze e nei suoi problemi, in primo luogo di carattere previdenziale.

Tuttavia, il problema previdenziale non riguarda solo i colleghi che hanno già raggiunto il pensionamento o prossimi ad esso.

L'Anaa Assomed ha avviato una riflessione sui temi della previdenza che vedono i medici dipendenti come contribuenti obbligatori di più enti (Inpdap-Enpam-Onaosi), anche alla luce delle modifiche apportate al sistema previdenziale dal Governo Dini in poi. Sono questioni estremamente complesse sul piano tecnico ed esigono decisioni ponderate perché le scelte che contribuiremo a realizzare peseranno sul futuro per molti anni. Un fatto comunque è certo. Per i medici più giovani che avevano meno di 18 anni di anzianità al 31 dicembre 1995 è già in atto il sistema di copertura previdenziale di tipo contributivo con risultati finali meno significativi di quelli goduti fino ad ora. È convinzione dell'Associazione che si imponga per questi medici il ricorso al secondo pilastro previdenziale integrativo. L'Anaa Assomed sta vagliando quali delle soluzioni possibili, alla luce della legislazione vigente, sia più vantaggiosa.

Un altro tema cui l'Associazione è sensibile ed impegnata è quello dei medici dipendenti del Ministero della Salute. L'interesse dell'Associazione è sempre attento perché sia riconosciuto con chiarezza il loro ruolo dirigenziale all'interno del Ministero e venga finalmente discusso e pattuito il contratto che li riguarda.

Da qualche mese, inoltre, la nostra Associazione si è riproposta come strumento di tutela dei diritti dei medici delle case di cura private dipendenti e con rapporto coordinato e continuativo. La ragione di questa scelta risiede nel fatto che all'interno delle strutture sanitarie incluse nel circuito dell'accreditamento i medici debbono raggiungere condizioni di lavoro, regole e sistemi di reclutamento e remunerazione sempre più omogenei. Infine l'Anaa Assomed intende porsi come supporto organizzato alle legittime richieste dei medici informazione specialistica, titolari di diritti negati (vedi la mancata trasformazione in contratti di formazione lavoro delle borse

di studio) e di speranze in un futuro professionale che rischiano di essere frustrate da un sistema di formazione e reclutamento iniquo e di bassa qualità.

Università e Ssn

Il fondamento della politica portata avanti a partire dalla legge 502/517 e successivi decreti prevede la cessione ai Medici Universitari delle apicalità e di posizioni rilevanti non solo nei Policlinici, ma anche in tutti gli Ospedali "misti" ed in altre strutture del Ssn e private accreditate. Viene, inoltre, prevista una importante partecipazione alla programmazione sanitaria, influenzando l'organizzazione dell'intera rete ospedaliera regionale. In cambio, le Università dovrebbero negoziare dei limiti alle proprie iniziative, permettendo una qualche limitazione della spesa, cosa che non è avvenuta.

Tuttavia alla luce dei nuovi meccanismi di finanziamento del Ssn previsti nell'accordo di stabilità Stato/Regioni dell'8 Agosto 2001 diviene ineludibile riportare l'attività assistenziale dell'Università all'interno della programmazione sanitaria regionale.

Negli ospedali misti, come pure nei policlinici a gestione diretta, nei quali operano numerosi medici ospedalieri, si deve puntare ad un'integrazione professionale paritaria, mediante il riconoscimento e la relativa retribuzione delle differenti funzioni didattico, formative e di ricerca sul modello dell'Ospedale di Insegnamento.

A questo scopo sarà indispensabile prevedere l'istituto di una indennità di docenza medica.

Più in generale, al fine di formare specialisti adeguati alle nuove esigenze assistenziali e necessario allargare la rete di formazione specialistica alle strutture sanitarie del Servizio Sanitario Regionale come previsto dalle attuali normative e sostanzialmente ancora disatteso.

La rappresentanza ordinistica

L'insieme sopra delineato di visioni politiche e proposte di azioni sindacali, nella misura in cui intendono rilanciare il progetto di un moderno sindacalismo autonomo e professionale, devono anche affrontare alcune questioni troppo frequentemente trascurate. Tra queste, esistono ritardi e inadeguatezze di attenzioni e partecipazione dei Medici Ospedalieri alla vita degli Ordini professionali. È stato, in generale, poco compreso e poco supportato l'impegno di quanti, nella nostra Associazione, da molti anni hanno fatto e fanno negli Ordini provinciali e nella Federazione Nazionale. Si tratta di Istituzioni che faticano a reggere l'impatto del cambiamento, anche perché ostacolate e frenate da ordinamenti vetusti e scarsamente legittimate da una fattiva partecipazione dei professionisti. Negli ultimi anni, si è tentato di invertire questa tendenza, comprendendo che la debolezza di queste Istituzioni non poteva né doveva essere corretta da una occupazione sindacale. A coloro che, provenienti dalla

nostra Associazione, si accingevano ad assumere responsabilità ordinistiche provinciali e nazionali, abbiamo riconosciuto una piena autonomia, nella condivisione del principio di distinzione di ruoli e funzioni tra Ordini e Sindacati.

Ad ogni livello la nostra posizione è stata quella di promuovere la massima unità della professione nel massimo della condivisione di programmi ed azioni, la stessa composizione dell'attuale Comitato Centrale della Fnomceo, rappresenta un grande impegno di unità e responsabilità.

In questo clima di unità e responsabilità, di lealtà data e ricevuta, di condivisione dei progetti per una Istituzione ordinistica moderna ed all'altezza delle sfide alla professione, noi pensiamo che i tempi siano ormai maturi perché gli uomini di cui l'Anaa Assomed dispone, le consapevolezze e le proposte di cui siamo portatori, ci candidino naturalmente, senza iattanza e col necessario consenso dei nostri sicuri alleati, al ruolo di responsabilità primaria.

Sulla base delle linee generali di politica associativa emerse dal XIX Congresso nazionale, l'Associazione si impegna ad individuare i possibili alleati con cui raggiungere gli obiettivi prefissati.

Innanzitutto tutte quelle forze politiche o parte di esse, sia di maggioranza che di opposizione, sia del parlamento che delle regioni e dei comuni, che condividono la sostanza delle nostre opinioni. L'Anaa Assomed ha ragione di ritenere che siano più numerose di quanto non appaia. L'Associazione con tutte le categorie del mondo sanitario ha dato vita ad una prima e forte iniziativa, quale il Comitato solidarietà e salute.

Tutte le indagini sono concordi nell'affermare che l'interesse per la salute o per la difesa del Ssn come strumento di tutela della salute è ai primi posti tra le preoccupazioni della popolazione.

L'Anaa Assomed afferma in piena coscienza che la prima ragione d'essere della nostra professione consiste nell'interpretare i bisogni di salute ponendosi come garanti nei confronti del sistema di una equa allocazione delle risorse e nei confronti dei singoli di prestazioni appropriate e di qualità elevata.

Nella storia delle politiche della salute e della sanità del nostro paese, la nostra Associazione è nata per promuovere e tutelare i diritti e i doveri professionali e civili dei medici che operano nella sanità pubblica.

Gli ospedali e gli ambulatori del servizio sanitario, per i nostri medici, non furono e non sono unicamente il luogo di lavoro ma una scelta, libera e consapevole, di vita professionale, di crescita culturale, di investimento anche economico, per il futuro. Le conclusioni programmatiche e le decisioni assunte dal XIX Congresso Nazionale dell'Anaa Assomed sono e saranno nel solco di questa consolidata tradizione.

IL RAPPORTO SANITÀ 2002 DELLA FONDAZIONE SMITH KLINE

IL CITTADINO E IL FUTURO DEL SSN

Come ormai consuetudine da diversi anni, anche quest'anno la Fondazione Smith Kline pubblica per i tipi de "Il Mulino" il proprio Rapporto Sanità, quest'anno intitolato "Il cittadino ed il futuro del Ssn". Il volume, a cura di N. Falcitelli, M. Trabucchi e F. Vanara, raccogliendo i contributi di numerosi ed illustri esperti, affronta da vari punti di vista il rapporto tra singolo e Ssn, analizzato e riassunto criticamente nel documento introduttivo del volume stesso da cui derivano direttamente le considerazioni che seguono

Fabrizio Gianfrate*

Il singolo ha sempre avuto un rapporto incerto con i sistemi di cura e le trasformazioni della nostra epoca hanno reso ancor più ambivalenti queste dinamiche. Nel primo dopoguerra, con l'adozione da parte del governo britannico della riforma Beveridge si iniziarono a disegnare in Europa sistemi sanitari in cui fosse garantito a tutti l'accesso alle cure, indipendentemente dal livello di reddito ed in cui gli individui ricevevano "passivamente" prestazioni e protezione. Nei decenni successivi è cresciuto il benessere sociale, cambiata l'epidemiologia delle malattie e mutate le attese dei cittadini nei confronti delle prestazioni sanitarie, sempre più sofisticate, verso una nozione di diritto alla salute fondata sempre più su aspettative individuali.

Si è così via via passati da una società dei bisogni semplici, dove l'offerta era dominata da pochi e chiari principi e da macrostrutture centrali (anni sessanta), ad una società del bisogno quale esigenza di benessere (tipica degli anni settanta), fino all'esplosione della soggettività degli anni ottanta, proseguita durante gli anni novanta, quando però hanno cominciato ad emergere segnali di ricomposizione sistemica dei bisogni mediante la ricerca di autoregolazione e di equità. Oggi dalla ricerca e dall'impetuoso sviluppo tecnologico i pazienti attendono sempre più la risposta ad una gamma ampia, articolata e crescente di malattie, fra cui anche disturbi non gravi e più sofisticati (i malesseri legati all'immagine corporea ed alle insicurezze psicologiche).

In questi anni, se tra operatori si è preso via via coscienza della sempre più difficile sostenibilità del sistema e tentato di ripristinare una nozione collettiva di diritto alla salute, non altrettanto indispensabile consapevolezza si è diffusa nella pubblica opinione sulla necessità di porre inevitabili limiti ad aspettative illimitate di salute-benessere al fine di utilizzare in modo efficiente le limitate risorse a disposizione. La domanda ha cominciato ad essere ricondotta al livello dell'offerta disponibile anche attraverso meccanismi di razionamento spesso occulto delle prestazioni (come lunghe liste d'attesa) come risposta spontanea del sistema al divario crescente tra aspettative e risorse. L'opinione pubblica, di fronte alle inevitabili, anche se non sempre efficaci, manovre di "razionamento" o di "razionalizzazione" della spesa, ha finito col manifestare sempre più spesso delusione ed una crescente insofferenza. Infatti qualsiasi progresso reale dei sistemi sanitari deve essere accompagnato da una valutazione positiva degli stessi da parte dei fruitori: la difesa della salute dei citta-

dini richiede quel consenso necessario per qualificare il prodotto stesso. In tal senso, nelle aspettative degli utenti rimane centrale la qualità dell'assistenza, la semplificazione delle procedure e delle modalità di accesso, la qualità degli assetti alberghieri nelle strutture di ricovero, la disponibilità e la cortesia del personale. La recente pubblicazione degli indici di efficacia sanitaria dell'Oms (2000), che pongono l'Italia al secondo posto nel mondo, dopo la Francia, per "performance generale di salute", sono basati su indicatori costruiti su dati di fonte istituzionale oppure basati su fattori indipendenti dal sistema sanitario (clima meteorologico e dieta). Uno degli indici meno pubblicizzati della medesima pubblicazione Oms, quello detto del "livello di risposta" – costruito su dati di rispetto della persona e di orientamento al paziente – colloca l'Italia in coda, in ventiduesima posizione.

Dal lato del bisogno, si assiste alla crescente necessità di servizi assistenziali per cure a lungo termine, condizionato dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento dell'aspettativa di vita media dei pazienti affetti da malattie croniche e disabilitanti, dalla riduzione della potenzialità di assistenza informale da parte dei nuclei familiari e la progressiva evoluzione del sistema ospedaliero verso l'assistenza agli acuti, con livelli sempre più spinti di specializzazione e tecnologia. Proprio l'applicazione massiccia delle tecnologie dell'informazione permetterà anche la sburocratizzazione delle procedure in tutta la filiera del rapporto tra cittadino e Ssn. L'atteggiamento degli utenti rispetto ai servizi sanitari è animato da una logica di crescente libertà, intesa come estensione degli ambiti in cui esercitare la scelta e si registra una tendenza al coinvolgimento della dimensione individuale, con l'aumento della spesa privata diretta e l'attenzione crescente verso forme di copertura integrativa. Il finanziamento pubblico sarà sempre più affiancato dalla proliferazione e articolazione delle forme di coinvolgimento del cittadino (polizze sanitarie e fondi sanitari integrativi).

In più la distribuzione del potere a favore degli enti decentrati, con una orizzontalizzazione del potere ed un'integrazione nell'ambito dei rapporti tra diversi livelli di governo e di responsabilità dovrebbe condurre ad un più puntuale soddisfacimento delle preferenze e dei bisogni dei cittadini, rafforzandone il potere di delega. La separazione tra l'"essenziale" ed il "non essenziale" continuerà probabilmente ad avvenire attraverso il meccanismo del razionamento delle risorse disponibili. Ciò porterà però il si-

stema pubblico a ridimensionarsi in modo non facilmente giustificabile agli occhi dell'utenza, con una conseguente accentuazione dei meccanismi di disaffezione e di indirizzo verso forme private, indebolendo la parte pubblica ed inducendo un sistema differenziato in funzione del diverso grado di ricchezza e di organizzazione delle varie aree del Paese.

In questa prospettiva è necessario costruire le condizioni per un rapporto sempre più stretto tra il futuro sistema e cittadini, così più vicini ai decisori: questi ultimi chiamati a programmare e valutare, dotando i cittadini di strumenti per far valere i propri diritti. Per avere autorità generale, il diritto a consumare beni e servizi sanitari in un contesto solidaristico presuppone una intesa ampia e condivisa su una concezione della vita collettiva ispirata ai principi della giustizia sociale che, purtroppo, non appare molto diffusa nel clima di soggettività e di individualismo esasperati che caratterizzano la nostra epoca, nella quale consumatori più esperti e consapevoli generano pazienti sempre più impazienti ed esigenti. Nel contempo sono cresciuti gli spazi di autogestione della salute in cui i pazienti chiedono di partecipare alle decisioni, sentono pareri alternativi, utilizzano canali informativi che non sono sotto il controllo della professione ed accentuano anche elementi di conflittualità legale tutte le volte che ritengono di non essere stati assistiti adeguatamente.

Il nuovo stato di "cittadinanza" maturato nella società rispetto alla salute contiene oggi elementi di libertà e di autonomia uniti ad aspettative crescenti che non riconoscono i limiti nella scarsità di risorse. È pertanto necessario avviare un processo di ricostruzione delle basi culturali su cui si fonda il rapporto tra lo Stato ed i cittadini ed i singoli devono assumere nuovamente responsabilità che ritenevano ormai definitivamente delegate allo Stato. Così, nell'ambito del più generale processo di revisione del welfare state in corso in Italia e negli altri Paesi dell'Ue, i diritti della persona vengono presi in considerazione, come "problema etico" di giusto bilanciamento tra economia e diritti individuali, tra responsabilità delle istituzioni e responsabilità dei cittadini.

La promozione della salute non può prescindere da una coscienza civile e da una responsabilità diretta e consapevole da parte del singolo in termini sia di diritti che di doveri. La sanità del futuro deve perciò basarsi anche su cittadini maggiormente responsabili, puntando sull'informazione e sull'educazione alla salute nelle famiglie, nella scuola, nei luoghi di lavoro.

***Vice Presidente della Fondazione Smith Kline**



Toscana

LA SANITÀ NELLA REGIONE TOSCANA

Qualità e bilanci in pareggio: la Toscana è un miracolo?

di Eva Antoniotti

CON IL PIANO SANITARIO REGIONALE 2002-2004 LA SANITÀ TOSCANA CERCA UNA RAZIONALIZZAZIONE ORGANIZZATIVA, PER OTTENERE QUALCHE RISPARMIO DA REINVESTIRE VERSO GLI ANZIANI E I NON AUTOSUFFICIENTI. LE ZONE E I DISTRETTI SI UNIFICANO E CREANO 36 ZONE-DISTRETTO, COAGULATE IN TRE AREE VASTE DOVE SI DOVREBBE REALIZZARE UNA PROGRAMMAZIONE OTTIMIZZATA. MA C'È IL RISCHIO DI VERTICALIZZARE IL SISTEMA, LASCIANDO I VERTICI ALLE STRUTTURE UNIVERSITARIE

Una riorganizzazione della rete ospedaliera avviata fin dagli anni Ottanta: da 92 ospedali ai 39 attuali, con i nove monoblocco innovativi quasi tutti completati che porteranno alla chiusura di altri tre ospedali "piccoli". E l'intero panorama sanitario toscano appare dolce come le colline senesi: bilanci in pareggio, indici di ospedalizzazione e mobilità interregionale ampiamente positivi, spesa farmaceutica sotto controllo. È così che in Toscana anziché ridurre le prestazioni, si decide di garantire ai cittadini anche alcune di quelle escluse dai Lea, come ad esempio la fecondazione assistita. Secondo l'assessore alla Sanità, Enrico Rossi, questi risultati sono il frutto di un lungo e paziente lavoro di riformismo, che ha cercato di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini senza dimenticare di sorvegliare i bilanci, con interventi di razionalizzazione dei servizi e di controllo sugli sprechi. Ma c'è anche chi sottolinea come la Toscana riceva, per la sanità, un finanziamento pro capite più alto di molte altre Regioni, fondato sugli attuali criteri di riparto che concedono una quota maggiorata per i cittadini anziani. L'ipotesi di modificare i criteri, sostenuta soprattutto dal presidente della Regione Lombardia, Roberto Formigoni, produce reazioni allarmate nell'assessorato toscano: "Si prepara un'operazione di vero e proprio killeraggio verso le regioni che presentano una sanità in equilibrio finanziario e buona sotto il profilo qualitativo come la Toscana, ma anche l'Umbria, l'Emilia Romagna e la Liguria - dichiara Rossi - anche se tutti sanno che gli anziani hanno bisogno di maggiore assistenza: secondo un nostro studio, ad esempio, gli ultrasessantacinquenni consumano il 15% in più della media della popolazione". In attesa di sapere se ci sarà una riduzione delle risorse a disposizione, nell'aprile scorso è stato intanto approvato il Piano sanitario regionale 2002-2004.

PSR 2002-2004

Nel Piano vi sono tre novità rilevanti, che non modificano l'impianto complessivo del sistema sanitario pubblico, ma che mirano a migliorarne la gestione: la scomparsa della doppia articolazione in zone e distretti, ricondotta a unità con la definizione di zona-distretto, le Società della salute e le cosiddette Aree vaste. Le Società della salute, che saranno sperimentate nel triennio e che si occuperanno ciascuna di un'area corrispondente a quella del distretto, dovranno occuparsi della gestione della sanità in area locale per la parte non ospedaliera, coinvolgendo Asl e medici di famiglia ma anche i Comuni e i diversi soggetti sociali (as-

sociazioni di cittadini, sindacati, privato no-profit e imprenditoriale). Tutte le parti in causa parteciperanno alla composizione del budget disponibile, all'elaborazione del Piano integrato di salute e alla designazione della Giunta che guiderà i lavori. La parte più strettamente sanitaria, rappresentata da queste strutture, dovrebbe poi raccordarsi con la programmazione dei Piani sociali di zona, previsti dal Piano integrato sociale regionale (Pisr) recentemente approvato dal Consiglio regionale.

La gestione delle prestazioni sanitarie ospedaliere è invece affidata nel Psr 2002-2004 alle cosiddette Aree vaste, che sono in tutto tre: quella della Toscana del centro-nord, comprendente le Asl di Firenze, Empoli, Prato, Pistoia e le Ao miste di Careggi e del Meyer; quella dell'area costiera, con le Asl di Massa Carrara, Lucca, Viareggio, Pisa, Livorno e l'Ao mista di Pisa; quella del centro-sud, con le Asl di Arezzo, Siena e Grosseto e l'Ao di Siena. Lo scopo principale della creazione delle Aree vaste è di evitare che vi siano sprechi di risorse, con duplicazioni o sovrapposizioni nelle offerte disponibili su uno stesso territorio. Inoltre si prevede di aggregare alcune funzioni delle diverse aziende sanitarie, soprattutto sul piano dei servizi interni (contabilità, magazzini, gestione del personale, contratti per fornitura di beni e servizi), per arrivare ad un possibile risparmio di circa un miliardo di euro.

Tra i dieci obiettivi di salute previsti nel Piano quello di potenziare i servizi agli anziani: secondo uno studio dello stesso assessorato, infatti, a fronte di 73mila anziani che vivono in Toscana e che hanno bisogno di un'assistenza continua, i servizi sanitari riescono a coprire solo 16mila casi, attraverso le Rsa e l'assistenza domiciliare.

AZIENDE ASL

L'asse portante della sanità toscana restano le 16 Asl nelle quali si suddivide il territorio regionale, che amministrano complessivamente 34 zone-distretti e 35 dei 39 ospedali toscani. Le Asl sono dunque soggetti contemporaneamente prescrittori e produttori di servizi sanitari e amministrano ciascuna un presidio ospedaliero e un presidio territoriale. A livello regionale le risorse finanziarie sono destinate per il 52% all'assistenza territoriale, per il 42,9% a quella ospedaliera, mentre il rimanente è finalizzato alla prevenzione. La Regione Toscana è l'unica ad aver utilizzato tutti i fondi dell'ex art.20 per gli interventi di edilizia ospe-

daliera, e il fiore all'occhiello della ristrutturazione della rete ospedaliera sono i nove ospedali monoblocco, modernissimi sia sotto il profilo tecnologico che sotto il profilo del comfort per ricoverati e familiari e dell'impatto ambientale. Già completamente funzionanti quelli dislocati in Val di Cecina, alta Val d'Elsa, Val di Chiana senese e Versilia, quasi completati quelli di Orbetello, Arezzo, Val d'Arno e Val di Chiana aretina, mentre è ancora in via di completamento la struttura ospedaliera di Empoli.

AZIENDE OSPEDALIERE

Le aziende ospedaliere toscane sono solo quattro e sono tutte aziende miste, ovvero a partecipazione universitaria. Sono dunque finanziate prevalentemente in rapporto alle prestazioni erogate, valutate sulla base dei tariffari regionali. Il nuovo Psr invita le Asl a stipulare accordi con le Ao, in ambito di Area vasta, che superino questo sistema con formule capaci di assicurare più congruità e appropriatezza sia nelle prestazioni erogate, sia nelle modalità di erogazione delle prestazioni, incentivando ad esempio il day hospital. Attualmente la Toscana ha 4,82 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti, dunque già allineato con i parametri della legge 405 anche se con qualche carenza per ciò che riguarda lungodegenza e riabilitazione, e un tasso di ricoveri di 186,7 ogni mille abitanti, ben al di sotto della media nazionale che è di 204,8.

Toscana

Popolazione: 3.595.750 abitanti

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

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

Medici dipendenti del Ssn: 6.936

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

Una buona sanità, ma si deve valorizzare il governo clinico

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

Dottor Palermo, la sanità toscana sembra essere un'oasi di efficienza e qualità, oltre tutto con i conti in ordine. È proprio così?

La qualità che esprime il modello toscano nasce da lontano, dall'adozione del metodo della contrattazione e da alcune scelte lungimiranti sull'organizzazione della rete ospedaliera. A partire dagli anni '80 è stata avviata una razionalizzazione che ha portato alla chiusura di circa 40 nosocomi, con evidenti risparmi in scala, e alla progettazione di ospedali monoblocco, che rappresentano un salto in avanti in termini di qualità e complessità dell'offerta di prestazioni sanitarie. Prima c'erano piccoli ospedali, oggi con i sette monoblocchi in via di completamento la risposta of-

ferta è di alto livello, perché nel monoblocco sono presenti tutte le specialistiche, a cominciare dal medico di pronto soccorso dedicato in modo specifico a questa attività.

La razionalizzazione della rete è stato un processo lungo e non sempre semplice: questa è la patria dei comuni e si può capire quante lotte ci siano state, ad esempio, rispetto alla collocazione territoriale dei monoblocchi.

E che giudizio dà sul nuovo Piano sanitario regionale della Toscana?

Il Piano 2002-2004 prevede un ulteriore sviluppo, che si fonda su due elementi. Da un lato c'è la proposta delle Società della salute, che dovrebbero consentire di superare il

distacco tra le comunità locali e le aziende sanitarie, mentre dall'altro si affronta nuovamente la rete ospedaliera con l'introduzione dell'Area vasta. Questo nuovo sistema si propone di superare la contraddizione tra l'ospedale inserito all'interno delle Asl, che è finanziato a quota capitaria ed è quindi indotto alla razionalizzazione, e l'azienda ospedaliera, finanziata a prestazione e spinta a darne il più alto numero possibile. Avviare una programmazione complessiva per Area vasta, che comprende sia Asl che Ao, dovrebbe garantire un maggiore controllo sugli equilibri e consentire anche notevoli risparmi. Ma ci sono anche dei rischi.

Cosa può succedere con l'introduzione dell'Area vasta?

Il rischio è una colonizzazione da parte delle Ao, che in Toscana sono tutte aziende miste a guida universitaria, verso le strutture della periferia. Può insomma esserci una tendenza a centralizzare nelle strutture già grandi, lasciando in un limbo la periferia e dunque creando anche problemi di limitazione nella crescita professionale. Si dovrà seguire questa operazione con molta attenzione.

Ma i medici ospedalieri avranno un ruolo nella programmazione?

Corriamo il rischio di rimanere schiacciati in un modello organizzativo troppo verticalizzato: non vorremmo che il fine ultimo sia la creazione di solo tre aziende con tre Direttori Generali e con pochissimi capi dipartimento. Per quanto riguarda le Società della salute, cioè il livello territoriale, il rischio è che il potere dei direttori generali, anche con l'ingresso dei comuni, rimanga immutato e non trovino spazio le esigenze e il ruolo dei medici, anche perché in Toscana non sono stati attivati tutti quegli strumenti del governo clinico individuati dal 229, come il Collegio di direzione o lo sviluppo dei dipartimenti. Dovremo sorvegliare in fase di attuazione del Piano se vi sia davvero la volontà di andare verso una partecipazione dei dirigenti medici al governo dell'azienda.

Quali sono le vostre richieste?

È necessaria una modifica della legge regionale 22/2000 riguardante l'organizzazione delle Asl: chiederemo collegi di direzione, organizzazione dipartimentale ma soprattutto una messa in orizzontale delle unità operative. L'attuale tendenza è ad accentrare le unità operative, individuando pochissime strutture complesse e ancor meno strutture semplici, mentre noi pensiamo che debba essere dato maggiore spazio all'autonomia del professionista, con rapporti orizzontali tra le strutture e individuando nelle singole unità operative funzioni e ruoli che permettano lo sviluppo dell'autonomia professionale e la crescita dei medici.

L'AnaaO sostiene con forza la necessità di avere un forte livello di contrattazione regionale. Ma in una realtà positiva come la Toscana, anche in termini di bilanci, non sarebbe meglio andare alla contrattazione regionale?

Non credo che si possa rinunciare ad una cornice nazionale di riferimento, che sia una base di partenza in tutte le regioni. Anche l'ipotesi proposta avanzata dagli assessori della Toscana e dell'Emilia Romagna, di legiferare autonomamente se sarà approvato il decreto sullo stato giuridico dei medici messo a punto dal governo, non mi convince perché rompe l'unitarietà del sistema e porta a 21 sistemi sanitari regionali con normative diverse sul diritto alla salute. Tuttavia una contrattazione regionale forte sarebbe necessaria, per evitare soprattutto l'applicazione disomogenea del contratto a macchia di leopardo del contratto. Oggi può succedere che a distanza di pochi chilometri si trovino una struttura che è considerata complessa e una, assolutamente simile come peso e anche come budget, che è però considerata struttura semplice o addirittura come un incarico organizzativo. Un buon livello regionale della contrattazione può impedire queste ingiustizie.

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

Un rilancio sulla via delle riforme

La sanità toscana sembra andare benissimo. Qual è il segreto, assessore Rossi?

Veniamo da una fase di riforme e di razionalizzazione che hanno consentito di raggiungere risultati importanti sia in termini di qualità delle cure sia in termini di controllo del bilancio. È stato un lavoro duro che oggi ci consente di vantare i migliori indici di ospedalizzazione a livello nazionale, con 180 ricoveri ogni mille abitanti compresi il day hospital e il day surgery, un ottimo rapporto tra spesa ospedaliera (42,9%) e spesa sul territorio (52%) e il miglior tasso, dopo l'Emilia Romagna, in termini di mobilità interregionale. Secondo i dati della Corte dei Conti, che hanno sorpreso anche me, abbiamo un tasso di mobilità positiva superiore a quello della Lombardia, che raccoglie molti pazienti delle altre regioni ma che evidentemente ne ha anche molti in uscita.

Malgrado i buoni risultati già ottenuti, il nuovo Piano sanitario regionale 2002-2004 contiene molte novità. Perché?

Potevamo stare fermi, ma facendo così si corre sempre il pericolo di andare indietro. Allora abbiamo deciso di proseguire in questo percorso di riformismo cercando, anche se è faticoso, nuove idee. Riguardo agli ospedali la novità è l'Area vasta, che consente di avere una programmazione dell'offerta in una dimensione più adeguata, capace di star dietro alla crescita della domanda di salute e all'evoluzione della medicina, alla sua progressiva specializzazione. L'obiettivo che ci proponiamo è quello di un governo unitario su questo livello, nel cui ambito c'è il governo clinico e la valorizzazione dei professionisti, in coordinamento tra loro.

E per quanto riguarda il territorio?

Vogliamo valorizzare il ruolo delle istituzioni locali nel governo dei servizi territoriali, in linea con quello che era già previsto nel 229 o nella legge quadro sul settore socio sanitario. I Comuni saranno coinvolti non nella gestione ma nel governo e nella programmazione dei servizi socio sanitaria, secondo un meccanismo di sussidiarietà verticale e dunque di decentramento dalle Regioni ai Comuni, valorizzando anche l'apporto che può venire ai servizi territoriali dal volontariato e dal terzo settore. Il punto più problematico dell'innovazione che cerchiamo di introdurre, al quale dovremo prestare grande attenzione, è il mantenimento di un buon livello di scambio tra servizi ospedalieri e territoriali.

Non c'è un rischio di eccessiva verticalizzazione del sistema?

Al contrario, noi prevediamo un criterio di partecipa-

zione e di programmazione concertata, per evitare l'autoreferenzialità aziendale che rischia di produrre doppioni, e quindi inappropriata e irrazionalità, e che impedisce la crescita qualitativa del sistema. Inoltre in dimensione di Area vasta sarà possibile razionalizzare anche i servizi di supporto. La Toscana ha 16 aziende sanitarie che per quanto riguarda provvidorato, gestione del personale, informatica e magazzini fanno tutte le stesse cose. Ora abbiamo deliberato la costituzione di consorzi che si occupino della razionalizzazione di questi servizi, per un'ingegnerizzazione più efficiente e più efficace del sistema e per ottenere risparmi che potranno essere reinvestiti in servizi sanitari.

I medici temono però di essere lasciati un po' fuori dal governo di questo sistema.

Quando si avviò il sistema aziendale molti medici si opposero, giudicando che fosse tutto centrato su un problema di controllo di bilancio e attraverso forme di potere monocratico. Nella sperimentazione di Area vasta diamo risposta proprio a queste critiche, parlando esplicitamente di governo clinico attraverso i coordinamenti di professionisti, ai quali chiediamo di partecipare alla programmazione sanitaria. Per fare un esempio, abbiamo valutato che nell'area fiorentina esiste una carenza di radioterapia: d'ora in poi, con l'Area vasta, ci aspettiamo che siano proprio i medici a segnalarci carenze di questo tipo e a dirci dove investire. E la nostra ipotesi prevede una valorizzazione dei professionisti così forte, che qualcuno ci ha messo in guardia sul rischio di sfondamento della stessa tenuta del sistema, anche in termini economici e finanziari. Ma noi siamo convinti che una programmazione partecipata, concertata e fondata sull'evidenza scientifica potrà scongiurare questo pericolo.

Lei ha dichiarato di voler intervenire con una legge regionale se il decreto sullo stato giuridico dei medici messo annunciato dal ministro Sirchia cancellerà il rapporto di esclusività.

L'esclusività è stata introdotta, e adeguatamente retribuita, sulla base di una scelta: se questa scelta viene meno non si può pensare di continuare a pagare. È talmente ovvio che il ministro Sirchia, davanti a queste obiezioni così inoppugnabili, ha spiegato che per lui si trattava di onorare una promessa elettorale.

In ogni caso, noi in Toscana non vogliamo alla direzione delle unità operative medici part-time, che stanno solo due giorni alla settimana nella struttura pubblica e impiegano in studi e case di cura privati il resto del loro tempo.

FISCO & PREVIDENZA

Aggancio pensione-stipendi: una richiesta da sostenere

La Corte dei Conti ha respinto un ricorso per ottenere la riliquidazione della pensione sulla base dei miglioramenti economici conferiti al personale in servizio, che si basava sulla questione di legittimità, con riferimento agli artt 3 e 36, primo comma, della Costituzione, di alcune leggi sul rinnovo dei contratti del pubblico impiego in quanto non garantiscono l'adeguamento pensionistico. In sostanza si chiedeva che, in applicazione dei principi di adeguatezza automatica e di proporzionalità del trattamento pensionistico già affermati per i magistrati dalla Corte Costituzionale con sentenza 21 aprile/5 maggio 1988 n. 501, venisse riconosciuto il diritto di ottenere la riliquidazione del trattamento pensionistico.

La Corte dei Conti ha così motivato il rifiuto del ricorso: "La stessa Corte Costituzionale, mentre ha riconosciuto in linea generale che i principi di adeguatezza e proporzionalità della pensione comportano una commisurazione del trattamento di quiescenza al reddito percepito in costanza di rapporto di lavoro, ha affermato che tale valutazione è riservata al legislatore in funzione del bilanciamento tra le esigenze varie nel quadro degli indirizzi di politica economica e delle concrete disponibilità finanziarie".

Alcuni prevedono di fare ricorso alla Corte di Giustizia Europea e alla Corte dei Diritti Umani di Strasburgo speran-

do che quello che non si riesce ad ottenere dalla giustizia nazionale, ora che siamo in Europa, lo si ottenga in campo europeo. Infatti, il problema dell'aggancio delle pensioni alla dinamica salariale, dal 1980 quando tale beneficio è stato soppresso non ha mai trovato una soluzione legislativa, anche se qualche "ardita" sentenza, prima fra tutte la n. 1 del 1991 della Corte Costituzionale (che ha invitato il Parlamento a emanare un'apposita legge), ne ha riaffermato il valore come atto di giustizia sociale. Non hanno sortito alcun effetto nemmeno le insistenti richieste rivolte ai governi di diverse maggioranze parlamentari dalle associazioni di lavoratori anziani e pensionati.

Nei confronti del pubblico impiego la questione è più precisa perché ci sono settori, ad esempio la magistratura, nei quali i pensionati fruiscono ancora dell'adeguamento agli stipendi del personale in servizio e perciò molti, tra gli altri settori non beneficiati, dopo che l'Inpdap aveva respinto le loro istanze in tale senso, hanno coltivato ricorsi presso la Corte dei Conti per affermare il diritto di uguaglianza ed ottenere la riliquidazione del loro trattamento previdenziale. Il limite del giudice è però quello di applicare la legge e non di crearla e, dunque, anche un giusto richiamo alla "par condicio" non ha trovato una concreta risposta in una sentenza, quando manca il riferimento legislativo da applicare. Ne sanno qualcosa molti colleghi ricorrenti. A questi, tuttavia, sconsigliamo di ricorrere alla Corte di Giustizia Europea, perché questo tribunale non ha potere di sindacare le nostre leggi né di fornire interpretazioni sulla base di decisioni della Corte Costituzionale, a prescindere dall'elevato costo del procedimento giudiziale.

Quota B obbligatoria per gli over 65

Per i medici ultrasessantacinquenni che potevano chiedere all'Enpam di essere esonerati dal versamento del 2% sui proventi libero-professionali, al fondo generale "quota B", non sarà più possibile richiedere tale esonero.

Coloro che avessero presentato la richiesta prima del 29 giugno 2001 o entro quella data avessero compiuto 65 anni di età, sono esonerati e possono presentare richiesta di esonero, ove non lo avessero già fatto, entro il 31 luglio 2002.

Claudio Testuzza

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Sentenza n.2285. I rapporti convenzionali con i laboratori privati devono rispondere a una pianificazione sanitaria regionale e solo una volta approvato il piano della regione la competenza a instaurare rapporti in convenzione passa alle Asl, in quanto soggetti tenuti all'attuazione del piano stesso.

Sentenza n.2553. Dichiarata rilevante e non manifestamente infondata, in riferimento all'articolo 36 della Costituzione, la questione di legittimità della legge della Regione Lombardia n.25/90 nella parte in cui afferma il principio della non retribuibilità delle mansioni superiori, ancorché conferite su posto vacante e con formale provvedimento.

Sentenza n.3006. È legittimo il decreto del ministero della Salute che, pur abrogando ogni contributo sui controlli relativi alla produzione e commercializzazione delle carni fresche, prevede implicitamente il mantenimento dei contributi sulle fasi di trasporto delle carni stesse, compresa la fase di trasporto transfrontaliero con importazione nel territorio nazionale.

Sentenza n.3038. Non ha titolo a ricoprire la funzione di direttore sanitario in un ospedale il medico condotto che l'aveva già svolta per disposizione statutaria interna prima dell'istituzione del Ssn.

Sentenza n.3055. Il dipendente Asl che ha cessato servizio per dimissioni può essere riammesso con motivato provvedimento della regione previa ricognizione e motivazione sulla sussistenza delle necessarie condizioni e, in particolare, sulla sussistenza di un interesse pubblico ad adottare il provvedimento. La Regione non ha obbligo giuridico alla riammissione del dipendente dimissionario, bensì ha la semplice facoltà di riammetterlo.

Sentenza n.3175. È legittimo il licenziamento di un dipendente Asl che, abusando della sua posizione, ha estorto somme di denaro al fine di agevolare l'iter amministrativo relativo al rilascio di autorizzazioni sanitarie.

Sentenza n.3190. La dichiarazione del direttore sanitario di un ospedale, ai fini dell'eventuale riconoscimento di mansioni superiori svolte da un sanitario interno, non basta. Tale attestazione risulta solo un elemento conoscitivo di natura, non sufficiente in mancanza di un formale atto di incarico che deve essere espresso dall'organo competente in materia.

Tar del Lazio

Sentenza n.4204. Approvate le applicazioni delle metodiche terapeutiche che, ai fini del dimagrimento o aumento di peso dei pazienti, si avvalgono di apporti farmacologici contenuti in preparazioni magistrali a base di amfepramone e fendimetrazina.

Viene accolto il ricorso del fondatore della Metodica Terapeutica Zohoungbogbo (Mtz), con limitato effetto alla metodica clinica praticata dal ricorrente, e parzialmente bocciato il decreto del ministero della Salute del 24/1/2000 che introduce il divieto, per i farmacisti, di eseguire preparazioni magistrali contenenti alcune sostanze per ottenere un effetto anoressizzante ad azione centrale. Il decreto viene giudicato difettoso di adeguata istruttoria in relazione allo svolgimento del procedimento di valutazione degli effetti sulla salute dell'impiego nei preparati magistrali di farmaci anoressizzanti, essendo mancato il parere conclusivo della Commissione Unica del Farmaco.

Sentenza n.4680. È legittimo il decreto del ministero della Salute del 2001 che indica la quota di alimenti senza glutine in grado di soddisfare il fabbisogno calorico dei soggetti affetti da morbo celiaco, e fissa i corrispondenti tetti di spesa mensili a carico del Ssn per erogazione di alimenti "gluten free". Il Tar respinge un ricorso dell'Associazione Italiana Celiachia che aggrega i malati soggetti a intolleranza permanente al glutine, obbligati a una rigida dieta alimentare. I giudici affermano che, contrariamente a quanto sostenuto dall'associazione ricorrente, il decreto impugnato non ha violato la normativa generale sul sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni.

Sentenza n.5483. Respinto un ricorso del centro per i diritti del cittadino Codici contro il rifiuto dell'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma di esibire documentazione relativa ad alcuni atti del collegio sindacale dell'ente stesso.

Sentenza n. 5606. Respinti i ricorsi di alcuni medici che avevano chiesto l'annullamento delle delibere con le quali la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri aveva approvato la misura del trattamento di fine servizio spettante loro a titolo di indennità di anzianità e di trattamento aggiuntivo di quiescenza.

Sentenza n. 5996. Viene stabilito che non è diritto di tutti i medici che hanno frequentato i corsi di specializzazione prima dell'anno accademico 1991/92 conseguire i relativi emolumenti, previsti dalla legge successiva sull'obbligo di retribuzione per il periodo di formazione, "ma solo di quelli che possano dimostrare di aver svolto la formazione in conformità alle disposizioni entrate in vigore in seguito, e che comportano il tempo pieno e l'esclusività dell'impegno".

Sentenza n. 6003. È legittima la decisione del ministero della Salute di escludere dall'ammissione in soprannumero ai corsi di formazione specifica in medicina generale relativi al biennio 2000-2002 i medici che ne avevano fatto richiesta.

I testi delle sentenze sono disponibili integralmente sul sito www.anaao.it

SANITÀ PRIVATA

IL DOPO CONGRESSO

Integrazione pubblico-privato: il nostro progetto per dare voce a tutta la categoria

L'Anaa Assomed si appresta ad affrontare la fase post congressuale che porterà alla applicazione del progetto associativo con una dirigenza eletta cui è affidato il compito di trovare modalità e percorsi per la sua realizzazione.

Così si è espresso il segretario nazionale, Serafino Zucchelli, riletto al XIX Congresso di Matera al quale l'Associazione si è presentata con argomenti di prioritario e comune interesse elaborati in forma di "tesi" aperte.

Questo elemento di novità nella vita associativa, lo è ancora di più se si considera che tra le tesi portate in discussione figura il settore dell'Ospedalità privata accreditata, presente più che mai nel nuovo progetto associativo.

È una presenza non solo verbale, nelle parole espresse nella relazione del segretario nazionale o nei contenuti delle tesi, ma anche nei fatti. E i "fatti" di un Congresso iniziano con lo Statuto, ossia l'elemento cardine su cui è basato tutto l'ordinamento della associazione la cui modifica, approvata dal Congresso, rappresenta la dimostrazione più evidente dei "fatti".

Nel Consiglio nazionale, infatti, vale a dire nel Parlamento della Associazione, siederà per la prima volta un rappresentante del settore privato accreditato, eletto dalla "Conferenza permanente dei segretari regionali".

È un fatto nuovo, un fatto che indica l'irreversibile scelta della Associazione di dare rappresentatività e voce a tutti i medici che lavorano per il Servizio sanitario nazionale, dell'o-

spedalità pubblica o privata che sia.

La stessa modalità di elezione viene già a configurare il significato che si è voluto dare a tale rappresentanza. Non una rappresentanza autonoma e a sé stante priva, al momento, della forza necessaria per rendersi visibile e udibile, soprattutto in queste fasi iniziali. Ma completamente integrata nell'ambito delle Segreterie regionali, che a loro volta avranno il compito aggiuntivo di tutelare gli interessi dei medici del privato accreditato.

Dunque una stretta relazione tra Segreterie regionali e Settore privato, cui faranno riferimento tutti gli iscritti appartenenti alle diverse strutture, ma anche una altrettanto stretta relazione con il Consiglio nazionale che avrà il compito di portare al livello decisionale più alto le diverse istanze provenienti dalla periferia.

Non una Anaa nell'Anaa, dunque, ma un tutt'uno paritario, come affermato dal segretario nazionale nella sua relazione, come affermato nelle tesi congressuali, come previsto dal progetto associativo. Questa l'organizzazione interna.

Ma le vere difficoltà sono all'esterno, nel percorso ancora lungo che abbiamo dinanzi, nelle resistenze Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi di dare riconoscimento alla nostra rappresentatività, che oltretutto inizia ad essere consistente. È un fatto apparentemente formale, ma in realtà fondato sulla consapevolezza, e dunque timore, della nostra capacità e forza di aggregazione. E soprattutto sulla consapevolezza che nel reclamare la parità rea-

le tra pubblico e privato accreditato, sbandierata ad ogni occasione, i "signori del privato" debbono anzitutto dare riconoscimento a "chi" di quella parità è l'elemento insostituibile: il Medico, senza il quale non esiste né sanità né ospedale, senza il quale anche la più efficiente delle organizzazioni non ha alcuna possibilità di operare.

Quella che si apre ora è una fase assai delicata. E il compito è affidato in primo luogo alle Segreterie regionali, che debbono:

1. prendere contatto con i colleghi delle singole strutture
2. portare allo scoperto disagi e difficoltà
3. individuare i problemi
4. farne una piattaforma rivendicativa e programmatica
5. fare opera di divulgazione
6. inserire tali problematiche all'attenzione dei nostri Consigli regionali.

Nel contempo si tratta di dare avvio ad indagini conoscitive sugli accordi tra Regioni e ospedalità privata accreditata a livello di Assessorati e di Agenzie regionali, di aprire colloqui con le singole Aiop regionali al fine di portare anche a questi livelli istituzionali la diretta conoscenza della irreversibile presenza Anaa, di far circolare tutte queste informazioni nell'ambito della associazione per dare un contributo positivo alla vertenza in atto, nel perseguimento di condizioni sempre più omogenee tra tutti coloro che erogano prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale.

Il congresso è terminato. Ora cominciamo a lavorare.

Fabio Florianello

Dalla relazione del Segretario Nazionale, Serafino Zucchelli, al XIX Congresso Nazionale di Matera

"... Da qualche mese abbiamo ricominciato a proporre la nostra associazione come strumento di tutela dei diritti dei medici delle case di cura private.

La ragione di questa scelta risiede nel fatto che all'interno delle strutture sanitarie incluse nel circuito dell'accreditamento i medici operanti debbono raggiungere condizioni di lavoro, regole, sistemi di reclutamento e remunerazione sempre più omogenei.

Stiamo trovando difficoltà ad essere presi in considerazione dalla controparte, ma le supereremo certamente..."

MEDICI IN PENSIONE

Per i pensionati Inpdap doppia indennità ancora da ottenere

Per i pensionati dell'Inpdap, fra cui i medici dipendenti dal servizio sanitario, la possibilità di avere in contemporanea l'indennità integrativa speciale, su due eventuali pensioni o su pensione e busta paga, resta ancora una chimera da raggiungere. La questione mantiene ancora un alto grado di incertezza, almeno per l'ente previdenziale, che più volte sollecitato, tuttavia continua a fare orecchio da mercante. Precisiamo che si tratta specificatamente di trattamenti pensionistici dell'Inpdap, perché per le pensioni Inps questo problema non esiste. Stiamo parlando di pensioni del pubblico impiego, e non di quelle dei dipendenti privati, il cui ente, l'Inps, paga la cosiddetta scala mobile sotto forma di aumento percentuale, un tutt'uno con la pensione di base. La Corte Costituzionale, con quattro decisioni, aveva smantellato (o aveva creduto di farlo) il divieto di cumulo di due indennità integrative. Per rendere operativo il principio, invitò il legislatore a fissare nuove norme che legassero il divieto alla misura dei redditi, in modo che al di sopra di un certo reddito lordo annuo restasse il divieto di cumulo, e l'interessato ricevesse una sola indennità; al di sotto di quel tetto, invece, l'interessato avrebbe conservato entrambe le indennità. L'invito, più volte ripetuto, di stabilire i limiti di reddito, fu ignorato da Governo e Parlamento. Passano gli anni (il primo intervento della Consulta è del 1989), ma la pronuncia della Corte è ancora inattuata. La Corte dei Conti, subissata dai ricorsi degli interessati, non ha mai preso decisioni univoche: alcune sezioni dicono che, senza una legge, il divieto di cumulo permane; altre sezioni sostengono il contrario, e cioè che senza tetti di reddito il divieto è caduto del tutto. Per dirimere la questione la Corte dei Conti a sezioni unite introdusse (sentenza 1/2000) il limite di reddito di lire 12.184.000, ma facendo ciò si sostituì al legislatore, cosa che secondo noi non poteva fare. E infatti la decisione è stata contestata dalle sezioni regionali che ancora oggi decidono per conto proprio. Molte sentenze, intanto, danno ragione ai pensionati: il divieto di cumulo non esiste più. Ricordiamo la sentenza 93/2000 della II sezione centrale, la 136/2000 della II sezione centrale in sede d'appello, le sentenze 131, 136, 188, 189 del 2001, ma di certo ce ne sono molte altre. Forti di tali decisioni, molti hanno chiesto all'Inpdap la doppia indennità, ma senza risultati: l'ente, infatti, si rifà alla decisione a sezioni unite e ritiene di non poter applicare le decisioni costituzionali finché non saranno fissati i limiti di reddito. Siamo quindi ancora in mezzo al guado, nonostante l'evidente volontà dell'organo giurisdizionale di riconoscere il diritto di cumulo. Ovviamente il problema riguarda il passato: con la legge 724/94, infatti, anche le pensioni pubbliche sono formate da un importo unico, in cui non si distingue più l'indennità integrativa. L'Inpdap ha caldeggiato presso il ministero del Lavoro una soluzione normativa che consenta all'ente di pagare su ogni pensione una quota d'indennità integrativa speciale, determinata in relazione all'entità del servizio prestato, sulla base di 1/40 per ogni anno di servizio utile a pensione. Staremo a vedere.

Dpr 1081/70 - Leggi 1092/73 - 843/78 - 33/80 - Escludono la doppia lis (indennità integrativa speciale) per chi ha due pensioni oppure una pensione e la retribuzione.

Governo, anno 1993 - Presenta un disegno di legge che stabilisce il limite di reddito pari al doppio della pensione minima Inps. Ma la legge non è mai stata approvata.

Le sentenze a favore:

Corte Costituzionale: sentenze 566/89, 204/92, 386/92 e 494/93 - L'esclusione è valida solo se il reddito dell'interessato supera un certo importo annuo da determinare con la legge.

Corte dei Conti, sezioni giurisdizionali - Le sezioni decidono in modo diverso: alcune dicono che il divieto è ancora operante; altre, invece, che il divieto è caduto e quindi le due lis vanno date a tutti.

Corte dei Conti, sezioni riunite, anno 1994 - Poiché la legge regolamentare non è stata presa il divieto è ancora operante.

Corte dei Conti, sezioni regionali - Continua il balletto delle opposte decisioni: ognuna di esse, comunque, vale solo sul singolo caso concreto e non ha valore generale.

segue dalla prima

ANNUNCI DI GUERRA

nei confronti del settore pubblico" (dichiarazione al Senato del sottosegretario al ministero dell'Economia, Giuseppe Vegas - 27 giugno 2002). Si alzano le solite geremiadi sulla spesa sanitaria pubblica che vedono in prima fila, accanto all'on. Giulio Tremonti, responsabile economico del Governo, il solito governatore della Banca d'Italia Fazio e anche l'ex ministro Visco.

Crediamo sia serio smettere il solito balletto ormai stucchevole che viene ad arte alimentato ed enfatizzato da coloro che vogliono depotenziare il sistema sanitario nazionale, senza però avere il coraggio di dirlo esplicitamente.

L'Italia, grande paese industriale, appartenente al G8, spende per la tutela del diritto alla salute denaro pubblico pari a circa il 5,5% del Pil. Si tratta di una cifra bassissima che ci vede agli ultimi posti tra i paesi dell'Ocse. Il Paese deve decidere una buona volta se tale diritto di cittadinanza deve essere veramente tutelato, oppure no. Noi riteniamo che la spesa pubblica, secondo quanto deciso dall'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001, debba raggiungere almeno il 6% del Pil per il 2003.

Riteniamo poi indispensabile un piano di investimenti straordinari centrali, che un serio stato unitario deve intraprendere per modificare la vergogna sanitaria di un mezzogiorno che lasciato a sé non avrà futuro.

Crediamo che questa impresa contenga elementi di priorità uguali o superiori a quella delle grandi opere che si vogliono intraprendere per il Paese, come il ponte di Messina.

Altro concetto che deve radicarsi è che il sistema sanitario nazionale non rappresenta un costo improduttivo per il Paese, bensì un'importante risorsa di sviluppo diretto ed indiretto della nazione e delle sue articolazioni regionali e locali.

Contratto di lavoro. Il recente congresso ci ha impegnato ad operare per mantenere i livelli di contrattazione nazionale e aziendale introducendo, a fianco, un livello regionale di contrattazione che abbia la duplice funzione di predisporre le linee guida per la contrattazione aziendale e di controllare l'applicazione tempestiva, uniforme e corretta dei contratti nelle aziende.

Questa noi proponiamo sia la prossima cornice contrattuale.

Quanto poi ai contenuti non potrebbe andare peggio: dopo molti mesi, ancora nulla è stato scandalosamente deciso sul dovuto recupero dell'inflazione reale del 2001 pari allo 0,92% del monte salari. Non si parla ancora, passati sei mesi dalla scadenza, di ripresa della contrattazione nazionale, ma, soprattutto, il patto del 4 febbraio scorso governo-sindacati relativo ai rinnovi contrattuali, è ancora completamente privo di copertura economica. È indispensabile che la manovra eco-

nomica che si sta predisponendo contenga queste cifre indispensabili per i rinnovi contrattuali.

Ecm. Va ribadita l'assoluta necessità che stato, regioni ed aziende provvedano ai costi diretti ed indiretti che derivano dalla organizzazione del sistema che, va ricordato, è obbligatorio per legge. Questi oneri non devono ricadere, né direttamente né indirettamente, sui professionisti.

In altre parole i finanziamenti per tale sistema devono essere di natura extracontrattuale se nazionali, e reperiti al di fuori dei fondi contrattuali attuali, se regionali o aziendali.

Se queste condizioni non si realizzeranno ci adopereremo per la eliminazione dell'obbligo normativo, fermo restando l'obbligo deontologico della formazione.

Stato giuridico. Già molto abbiamo detto e scritto su questo punto, rilevando con oggettività i miglioramenti contenuti nell'ultimo testo del ddl conosciuto rispetto ai precedenti, ma denunciando il persistere di un orientamento teso a favorire il consolidarsi per i medici di interessi professionali al di fuori dell'ambito aziendale con gravi pericoli per i medici stessi ed i cittadini.

Due cose, comunque, non potremo assolutamente tollerare:

- la sostanziale impossibilità per il medico di esercitare la libera professione intramoenia in tutte le forme oggi pattuite;
- l'obbligo, solo per gli intramoenisti, di operare per la riduzione delle liste di attesa senza ricorrere a stanziamenti ulteriori, ma considerando la indennità di esclusività di rapporto la remunerazione per questo fine.

Questo non è scritto nel testo del ddl, ma la mancanza di stanziamenti credibili e le recenti dichiarazioni non smentite del Ministro, autorizzano questa interpretazione.

Come si può ben vedere da queste brevi note, la quantità di nodi che stanno venendo al pettine è veramente rilevante: federalismo estremo, finanziamenti e Dpef, contratti vecchi e nuovi, Ecm, stato giuridico, libera professione intramoenia, difesa dell'entità e del significato della indennità di esclusività di rapporto, liste di attesa.

Da più di un anno la nostra associazione ha mostrato senso di responsabilità argomentando e fornendo proposte e contributi. I pericoli oggi ci sembrano tanti e veri sia per la sopravvivenza del Ssn sia per la nostra categoria.

I nostri atteggiamenti dipenderanno dalle soluzioni che verranno date ai problemi. Fin da ora per chiarezza, comunque, diciamo che se da Bossi, Tremonti e Sirchia non avremo risposte soddisfacenti, l'autunno ci vedrà fortemente mobilitati e combattivi insieme ai nostri alleati, medici e non.

LIBRI

Guida alle leggi del personale del Ssn

Redatto da Silvana Dragonetti, Armando Pozzi, Mario Ricciardi e Nico Speranza, arriva nelle librerie il volume "Il personale delle aziende sanitarie", edito da Giuffrè

Descrivere e ricostruire organicamente l'attuale ordinamento del Servizio sanitario nazionale, servendosi anche di riferimenti dottrinali e giurisprudenziali. Questo l'obiettivo del libro "Il personale delle aziende sanitarie" redatto da Silvana Dragonetti, Armando Pozzi, Mario Ricciardi e Nico Speranza.

Il trattato è rivolto agli studiosi e agli operatori che operano in un settore in cui, negli ultimi dieci anni, si sono verificate e apportate profonde trasformazioni normative, correttivi, integrazioni e modifiche che si propongono un consolidamento del sistema, però non ancora concluso.

Il tema viene affrontato nel quadro della complessa problematica da cui è contrassegnato l'attuale sistema sanitario e la disciplina del rispettivo personale. La complessità del contesto è causata da una molteplicità di fattori, quali l'"intreccio" tra i principi e le disposizioni della riforma generale delle amministrazioni pubbliche e quelli del riordino del servizio sanitario.

Questo innovativo aspetto, che converge in comuni fondamenti ideologici e comuni impostazioni di base in cui gli enti e le aziende della sanità sono compresi tra le amministrazioni (e che si riscontra nella privatizzazione del rapporto di lavoro, nel nuovo ruolo della dirigenza, dell'autonomia della stessa dal livello politico e sua responsabilizzazione per i risultati), comporta, al tempo stesso, varie forme di differenziazioni in relazione alla specificità del settore sanitario, i cui soggetti istituzionali sono stati dotati di un'autonomia imprenditoriale con tutta una serie di implicazioni relative al piano organizzativo, metodologico e della disciplina del personale.

Il volume, di 937 pagine, è suddiviso in sei parti. Nella prima viene illustrata la natura dell'ente o azienda del Ssn. Una sezione è poi dedicata alla figura del direttore generale e dei direttori coadiuvanti, analizzando i sistemi di nomina, natura e contenuto del rapporto di lavoro, l'incompatibilità e illeggibilità, le responsabilità e le sanzioni in caso di illecito.

La seconda parte, suddivisa in tre capitoli, è dedicata alle riflessioni teoriche e pratiche, attraverso richiami critici alla letteratura e alla giurisprudenza, sui fondamentali principi che sono alla base dell'organizzazione e del rapporto di lavoro del personale sanitario. Vengono quindi individuate le molteplici fonti che regolano la materia e analizzati i relativi contenuti. Il terzo capitolo, di particolare interesse, illustra la contrattazione integrativa e il sistema delle relazioni sindacali.

La parte terza affronta la tematica del riordino delle pubbliche amministrazioni e, in connessione a questa, della dirigenza del Ssn. Il primo capitolo tratta gli aspetti generali della riforma, mentre il seguente illustra dettagliatamente il problema dell'applicazione, negli enti e nelle aziende della sanità, del principio di distinzione tra compiti e responsabilità dell'organo di vertice, e compiti e responsabilità della dirigenza.

Vengono quindi analizzati, attraverso l'illustrazione di un'indagine, il ruolo della dirigenza nel quadro della riforma delle pubbliche amministrazioni e nell'ambito dell'ordinamento conseguente al riordino del servizio sanitario. Un ulteriore sezione è poi dedicata alle attribuzioni della dirigenza nei vari ruoli (sanitario, amministrativo, tecnico e professionale), della dirigenza del settore della sanità e dei molteplici profili professionali ricompresi in quei ruoli. Viene rilevata inoltre la natura e i contenuti sia delle attribuzioni esplicite all'interno degli enti e delle

aziende che, dove previsto, verso l'esterno.

Il trattato continua poi con l'attribuzione delle responsabilità della dirigenza, in particolare nei risultati, in relazione alla disciplina dei vari tipi di controllo interno: strategico, di gestione, amministrativo e contabile.

La quarta parte del volume è invece dedicata al rapporto di lavoro: il sistema degli incarichi dirigenziali, del contratto individuale di lavoro e degli istituti di peculiare interesse, dell'esercizio della libera professione dei dirigenti sanitari, dei processi di mobilità dei dirigenti e dell'altro personale e della gestione delle risorse umane (accesso, sistema classificatorio, incentivi, progressioni).

La parte quinta è dedicata al codice di comportamento del personale, alla responsabilità disciplinare (riferita ai non dirigenti), alle controversie di lavoro, alle cause di cessazione del rapporto di lavoro e la possibile conciliazione.

La sesta e ultima parte è costituita da un'appendice che riproduce, con impostazione sistematica, atti e note interpretative e di orientamento emanate dall'Aran (Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni) ai fini della corretta applicazione delle disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro del 1994/97 e del 1998/2001.

Il trattato si presenta quindi come un'articolata analisi per chiarire l'attuale normativa in materia sanitaria. La normativa, infatti, risulta una lettura altrimenti difficile a causa di una certa commistione tra pubblico e privato sia nella disciplina dell'organizzazione che in quella delle attività, alla quale si sovrappongono i problemi derivanti dalle numerosi fonti alla materia sanitaria accinge: le leggi delegate seguite da rispettivi molteplici decreti legislativi presentati nella prospettiva di contribuire con significative e continue modificazioni; le leggi finanziarie e quelle su aspetti particolari, a cui si sono aggiunti numerosi regolamenti statali di vario livello; e inoltre la corporata contrattazione collettiva nazionale che occupa ormai una collocazione di centralità nella regolazione dell'organizzazione e del personale.

Lucia Conti

Silvana Dragonetti, Armando Pozzi, Mario Ricciardi, Nico Speranza (coordinamento), *Il personale delle aziende sanitarie*, Editore Giuffrè, Milano 2002, pagg. 936; euro 61,00

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed

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

direttore **Serafino Zucchelli**

direttore responsabile **Silvia Procaccini**

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli, Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Su questo numero:

Eva Antoniotti, Lucia Conti, Fabio Florianello, Fabrizio Gianfrate, Domenico Iscaro, Claudio Testuzza, Gerardo Tommasiello

Segreteria di redazione: **Arianna Alberti**

Progetto grafico e impaginazione: **Giordano Anzellotti**

Abbonamento annuo € 20,66 - Prezzo singola copia € 2,50

Editore

Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma - Telefono 065729981 - fax 0657299821/2

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"

garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di luglio