

Intervista al neo segretario nazionale ANAAO ASSOMED

TROISE: SERVE PIÙ SINDACATO

“PER DIFENDERE I NOSTRI DIRITTI. SEMPRE, OVUNQUE E COMUNQUE”

alle pagine 2-3

Sommario |

21° CONGRESSO NAZIONALE

La mozione finale, l'intervento del ministro Fazio e la nascita di "Anaaio Giovani"

pagine 4-5

SPECIALE REGIONI/1

La parola ai neo segretari regionali sulle criticità e le proposte per il rilancio della sanità e la difesa del ruolo medico

pagine 8-13

VII RAPPORTO CEIS SANITÀ

In Italia per la Sanità si spende meno che in Europa ma i disavanzi restano. Un'ampia sintesi del rapporto annuale sull'Ssn a cura dell'Università Tor Vergata Roma

pagine 14-15

Intervista a **COSTANTINO TROISE**, neo segretario nazionale ANAAO ASSOMED

“DIFENDERE I NOSTRI DIRITTI. SEMPRE, OVUNQUE E COMUNQUE”



↳ Ester Maragò

Dottor Troise, il Paese è in difficoltà, la professione medica è in affanno, il sindacalismo è in crisi. Il suo mandato inizia in salita ...

Indubbiamente il momento è difficile. Ci sono molteplici elementi di preoccupazione per la condizione lavorativa dei medici e per la sostenibilità del Ssn. Però a volte le crisi possono diventare anche un'opportunità. Credo che il compito di un sindacato oggi è non cedere né alla paralisi, né alla rassegnazione, ma cogliere l'opportunità della crisi per rivedere funzioni, ruolo e meccanismi di rappresentanza cercando di individuare le maglie deboli della catena per porre rimedio. La nostra mission è sempre stata quella di difendere il Ssn. Abbiamo protetto strenuamente i luoghi dove lavoriamo, i nostri ospedali, nei quali l'intera comunità si identifica. E ora ancora di più, nonostante l'evidente crisi del welfare e questa manovra economica priva di

La manovra finanziaria: “Mette le mani nelle tasche dei cittadini e dei medici”. Il compito del sindacato: “Non cedere alla paralisi, ma cogliere l'opportunità della crisi per diventare più forte”. Il ministro Fazio: “Buone le intenzioni, ma aspettiamo i fatti”. Il futuro del Ssn. “Se non cambia la manovra, tra 3 o 4 anni, così come lo conosciamo, non esisterà più”. Le donne medico: “Bisogna rivedere l'organizzazione del lavoro per rispondere alle loro esigenze”. Parla Costantino Troise, neo segretario dell'Anao Assomed eletto all'unanimità dal 21° Congresso nazionale dell'Associazione

equità sociale, dobbiamo continuare a batterci per l'idea di sanità pubblica coniugandola con i legittimi interessi dei medici per tutelare i diritti dei pazienti.

Questa manovra proprio non vi piace

Direi proprio di no. Mette le mani nelle tasche dei medici e dei cittadini, anzi direi che sfonda le tasche dei nostri camici.

Sulla manovra avete mostrato i pugni, le prime proteste sono iniziate il 16 giugno con un sit-in a Piazza Navona, a Roma e assemblee in tutti gli ospedali italiani. A cosa punta?

Spero che il Parlamento pos-

sa modificare, grazie ai 12 emendamenti che abbiamo presentato, alcune norme per garantire la tenuta del Sistema sanitario pubblico. Sono punti che non incidono sul valore economico della manovra stessa, o almeno non incidono in maniera sostanziale, ma sono invece fondamentali per la sopravvivenza del sistema. Un esempio: escludere il Sistema sanitario nazionale dalla norma che affida la conferma degli incarichi professionali alla discrezionalità del Direttore generale e, spesso, alle scorriere della politica, a prescindere dalla valutazione del merito, rafforza la peculiarità dello stato giu-

ridico della dirigenza del Ssn, e l'importanza del sistema di valutazione professionale, a costo zero. Operare in maniera diversa significherebbe legittimare e ampliare la presenza della politica nelle carriere dei Medici. Quello che noi, come molti altri, contestiamo da tempo.

Va modificata anche la norma che congela la retribuzione individuale al 2010. Non si tiene conto che le progressioni economiche dei medici non sono automatiche, ma legate al superamento della verifica professionale. E sono finanziate già dal Ccnl. Quindi, per lo Stato non sono un'uscita aggiuntiva in quan-

to quei costi sono già stati pagati dai contratti nazionali e sono presenti come risorse economiche a livello di fondi contrattuali aziendali.

E poi c'è il blocco del turnover. Avete ricevuto rassicurazioni da parte del ministro Fazio in merito a questo aspetto

Per noi è indispensabile che si intervenga su questo punto. Il Ssn non può essere considerato come le altre amministrazioni pubbliche. Bloccare il turnover nella sanità vuol dire non garantire più l'offerta di cure. Il ministro Fazio, nel corso di un recente incontro con i sindacati, ha

prospettato la possibilità che la sanità venga esclusa da questa norma. Le sue assicurazioni sono apprezzabili, ma non sufficienti a farci sospendere lo stato di agitazione e le altre iniziative di protesta messe in campo. Dalle buone intenzioni, ora occorre passare ai fatti.

E se la manovra restasse così com'è?

Il Servizio sanitario pubblico, come lo conosciamo, tra tre o quattro anni non ci sarebbe più. Avremo un sistema più povero solo per i poveri. E allora qualcuno dovrà spiegare ai cittadini, che saranno costretti a liste d'attesa sempre più lunghe e contemporaneamente a pagare per servizi sempre meno numerosi e meno accessibili, che ciò non è accaduto per caso ma per precise scelte politiche.

Le prossime mosse?

Innanzitutto, se non ci saranno risposte precise da parte del Governo, il prossimo 19 luglio, con lo sciopero nazionale della categoria faremo sentire ancora una volta la nostra voce.

Vogliamo fermamente far conoscere a tutti cosa sta accadendo. Il nostro compito è far suonare l'allarme, perché nessuno domani potrà dirci 'non sapevamo nulla'. Attraverso lo scioperoosterremo le nostre proposte, ma soprattutto intendiamo sviluppare una strategia di comunicazione sia esterna sia interna al sistema per sensibi-

lizzare le Regioni, i Comuni e i cittadini con i quali vogliamo stringere un'alleanza, sugli effetti disastrosi delle misure restrittive che il Governo vuole imporre. Abbiamo preparato una lettera aperta ai cittadini diffusa attraverso i media locali.

Lei chiama in causa le Regioni ...

Certo, i secondi a metterci la faccia dopo i medici, sono i presidenti e gli assessori regionali alla Sanità che sono stati appena eletti facendo campagne elettorali dove la parola d'ordine era "nessun posto letto sarà tagliato, nessun servizio verrà eliminato". Cosa diranno ai cittadini tra qualche anno?

Dove va il sindacato?

Un sindacato di professionisti medici, ma non solo, deve iniziare ad ampliare la propria ottica per costruire una piattaforma comune della professione insistendo sulla difesa dei valori professionali contro l'invasione e la prosopopea di una certa cultura aziendalista. Se vogliamo avere un peso politico dobbiamo recuperare il nostro ruolo sociale. Il compito è certamente non facile perché la crisi della professione viene da lontano e la crisi economica è certamente pesante. La scarsità di risorse non aiuta quando si portano avanti operazioni di innovazione e rinnovamento. Dobbiamo tornare a essere luogo di ascolto per tutti i professionisti per intercettare le loro

istanze e i loro bisogni rappresentando anche i loro legittimi interessi. Perché nessuno deve essere lasciato solo con i propri problemi. Questo sarà l'obiettivo con il quale confrontarci nei prossimi anni.

Parliamo tanto di rapporto ospedale territorio e allora, dobbiamo ragio-

nare cercando di costruire alleanze anche con i sindacati della convenzione. Bisogna creare dei cortocircuiti professionali che puntino più su quello che unisce piuttosto che su ciò che divide. Dobbiamo provare a compiere passi in avanti insieme, uscendo dalla difesa gelosa dei propri territori, altrimenti la sconfitta sarà per tutti.

Per quanto riguarda il rapporto con le professioni sanitarie, qual è il suo parere in proposito?

Questo è un problema serio. E lo diventerà sempre di più e per numerosi motivi. Le nuove professioni sanitarie stanno iniziando a erodere quelli che sono i tradizionali ambiti di esercizio della professione medica. Si stanno facendo largo, anche se in forma sperimentale, alcuni modelli organizzativi come quello realizzato nell'ambito del pronto soccorso in Toscana, che consentono all'infermiere di trattare direttamente il paziente pur sotto la supervisione del medico. C'è poi una tentazione forte da parte delle amministrazioni di utilizzare personale che costa meno per compiti ritenuti di facile approccio. E c'è un problema di sovrapposizione giuridico istituzionale per cui spesso le categorie professionali vivono in maniera parallela all'interno degli ospedali e delle stesse unità operative, creando modelli organizzativi cosiddetti a "canna d'organo", ossia che si guardano e non si parlano. Tutto questo, a lungo andare potrebbe creare confusione e danni. Quindi ritengo che, anche in questo caso, occorra ragionare per dare messaggi chiari al cittadino. Bisogna creare momenti di confronto e sinergia tra professioni in cui siano chiari compiti e ruoli di ciascuno. Sapendo però che oltre certi limiti non si può andare: le potestà attribuite al medico, ossia capacità di diagnosi e di prescrizione delle terapie, non sono surrogabili come non avocabile è la sua

duplice posizione di garanzia verso lo Stato e verso i cittadini.

Parliamo di Governo clinico. Anche se al momento tutto sembra fermo, come giudica il lavoro fin qui svolto dal parlamento?

Avevamo aspettative superiori rispetto a quanto contenuto nell'ultimo testo, ora ritornato in Commissione, che appare peggiorativo, in diversi punti, dello stato giuridico dei medici, soprattutto se letto alla luce della manovra. Sembrava fossimo tutti d'accordo sullo slogan "fuori la politica dalla sanità", e invece ci sono elementi legislativi che vanno in direzione nettamente contraria.

Per noi governo clinico vuol dire valorizzare le competenze dei professionisti e il ruolo degli organismi che li rappresentano nelle aziende. E nel Ddl tutto questo se c'è, è

in dosi omeopatiche. Non è, infatti, sufficiente affermare che il collegio di direzione è un organo dell'azienda se poi non lo si sostanzia di ruolo e funzioni. Né basta pensare che sia sufficiente aumentare l'età pensionabile a 70 anni per risolvere il problema drammatico della uscita di una intera coorte di medici dal sistema se non si interviene contemporaneamente per ridurre l'età di accesso alla professione. I medici entrano nel mondo del lavoro tardi, e quando iniziano, sono già stanchi e demotivati. Creiamo invece, come avviene in molti Stati europei, la possibilità di entrare nelle corsie ospedaliere già dalla laurea senza passare dal collo di bottiglia delle specializzazioni, il cui numero è legato alle disponibilità finanziarie messe in campo, quindi anche esso minacciato da drastica riduzione, un ulteriore contributo negativo alla carenza di professionisti.

Che futuro immagina per l'Anao Assomed?

L'Associazione dovrà cambiare pelle e cogliere l'occasione per rivedere il proprio ruolo e la capacità che ha di rispondere alle esigenze dei medici. Esigenze che si rinnovano anche perché la professione medica sta cambiando connotati. Pensiamo al costante aumento del numero delle donne che esercitano questa professione: saremo chiamati a rivedere l'organizzazione del lavoro per rispondere alle loro esigenze, fin ora non avvertite. L'Anao deve essere un punto di riferimento per tutti coloro che si avvicinano alla

Oggi c'è bisogno di più sindacato e non di meno sindacato, perché le criticità del mondo del lavoro sembrano portarci indietro di 50 anni quando il sindacato nasceva, ma in un contesto economico e sociale completamente diverso

professione condividendo i luoghi e l'organizzazione del lavoro. Una sede di ascolto, di confronto che non cessa di impegnarsi contro privilegi e ingiustizie. Oggi c'è bisogno di più sindacato e non di meno sindacato, perché le criticità del mondo del lavoro con la riduzione delle garanzie e l'aumento esponenziale delle precarietà sembrano portarci indietro di 50 anni quando il sindacato nasceva, ma in un contesto economico e sociale completamente diverso. Di questo dobbiamo assumere consapevolezza.

Lei è ottimista

Chi si avvicina a questa esperienza deve necessariamente essere ottimista. È un obbligo. Non glielo ha ordinato il medico! E poi non mi rassegnano all'idea che un paese civile possa rinunciare a quel valore fondamentale costituito da un sistema sanitario pubblico e nazionale.



Costantino Troise

La mozione approvata dal 21° CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

Il 21° Congresso Nazionale dell'Anao Assomed, tenutosi a Silvi Marina dal 9 al 12 giugno 2010 fa proprio l'intervento del nuovo segretario nazionale ed approva le Tesi Congressuali. Esprime, altresì, affetto e gratitudine al segretario nazionale uscente, Carlo Lusenti, chiamato ad altro ruolo istituzionale.

Il Congresso manifesta unanime e profonda preoccupazione per lo scenario politico economico di grave crisi strutturale che minaccia direttamente l'esistenza del Servizio sanitario nazionale pubblico e penalizza i Dirigenti Medici sia sotto il profilo economico, sia nelle loro condizioni di lavoro, sia nella loro stessa autonomia professionale.

L'attualità politica e sindacale registra un inedito quanto indiscriminato attacco, all'interno del pubblico impiego, ai medici dipendenti del Ssn. Macellai e fannulloni questi ultimi sono fatti oggetto quasi di una politica di respingimento senza nemmeno diritto di asilo. Una politica demagogica che inserendosi nella linea di frattura tra attività della pubblica amministrazione e consenso popolare non opera distinzioni che salvaguardino la delicatezza e la specificità di settori deputati alla tutela di beni costituzionalmente protetti.

Il Decreto legge 78 attualmente all'esame del Parlamen-

to ed il Patto per la Salute 2010-2012 incidono su un sistema sanitario profondamente provato dal perdurante rapporto tra spesa pubblica e Pil inferiore alla media degli altri paesi europei.

Le differenze interregionali sono ulteriormente cresciute dilatando la spesa sanitaria e restringendo la qualità e quantità dell'offerta nelle Regioni che negli ultimi anni hanno registrato i maggiori ritardi nella revisione e razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale. L'obbligo per queste Regioni di rispettare rigidi Piani di rientro del debito rischia di incidere direttamente sull'erogazione stessa dei Lea o, impegnando i Fas, sul loro sviluppo economico e sociale.

In questo contesto la manovra di correzione dei conti pubblici aggiunge ulteriori motivi di preoccupazione.

Il taglio di 10 miliardi di euro del finanziamento a Comuni e Regioni determinerà un peggioramento nella erogazione dei servizi socio-sanitari (disabilità, salute mentale, assistenza sociale, non autosufficienza) con inevitabili riflessi sul processo di integrazione socio-sanitario e sulla stessa efficienza del sistema sanitario in cui l'ospedale è chiamato a svolgere sempre di più il ruolo di ammortizzatore sociale. Ancora una volta a pagare saranno le fasce deboli della popolazione ed il diritto alla salute rischia di

“AFFRONTIAMO LE NUOVE SFIDE PER CRESCERE”

Dalla quattro giorni di lavori congressuali, che si è conclusa con l'elezione della nuova segreteria nazionale, è scaturito un documento in cui i delegati, esprimendo preoccupazione per gli scenari politici economici esistenti, hanno confermato l'adesione dell'Associazione ai principi fondanti di equità e universalità sui quali poggia il diritto alla salute sancito dalla Costituzione. Sottolineata inoltre la necessità di costruire un sindacato nuovo che sappia rinnovare le sue forme di comunicazione e di lotta per interpretare le nuove istanze della professione medica

trasformarsi da diritto di cittadinanza in diritto di censo. Il blocco del turn-over nel periodo 2011-2014 intercetta la "gobba" previdenziale dei medici dipendenti del Ssn determinando a regime una riduzione di circa 20 mila medici e 50 mila infermieri su base nazionale. Per di più a partire dal 2011 le amministrazioni dovranno tagliare del 50% la spesa per contratti a tempo determinato con il licenziamento di migliaia di medici e infermieri precari impegnati per di più nel settore delle emergenze urgenze.

Per effetto di questi provvedimenti le conseguenze sulla quantità e qualità dei servizi sanitari erogati ai cittadini diventeranno drammatiche: drastica riduzione delle attività di specialistica ambulatoriale e di diagnostica strumentale verso utenti non ricoverati, dei posti letto, delle sedute operatorie. I cittadini saranno costretti a rivolgersi sempre di più alla sanità privata spalancando spazi ad ipotesi di stampo liberistico fondate su sistemi assicurativi privati, peraltro ampiamente auspicate dai libri colorati del Ministro Sacconi.

L'attacco determinato dalla manovra finanziaria alle condizioni economiche della nostra categoria non ha eguali per dimensione e portata. Se c'è l'esigenza di rimettere in ordine i conti pubblici non possono essere sempre i "soliti noti", e con molteplici modalità, a pagare.

I medici pubblici malgrado la perdita progressiva del potere di acquisto delle loro retribuzioni, subiscono di fatto lo scippo degli incrementi economici di un contratto appena firmato, il congelamento e, per una parte non piccola,

anche il taglio degli stipendi. Senza contare lo scardinamento del loro stato giuridico che li trasporta in uno stato diffuso di precarietà organizzativa. Il Ministro Brunetta finge di ignorare la differenza tra un impiegato del suo ministero ed un Medico del Ssn per il quale le sue regole non possono valere se non invadendo e limitando l'autonomia professionale e la libertà clinica.

La parcella della cattiva gestione della politica in ultima analisi viene messa in conto a chi è impegnato ogni giorno per servizi migliori e meno costosi. Prendere i soldi direttamente dalla busta paga dei medici vuol dire introdurre una nuova aliquota fiscale mascherata, tanto più odiosa quanto più gravata da evidente disparità gravando sulla natura giuridica della produzione del reddito e non sulla capacità contributiva di ognuno.

Il 21° Congresso dell'Anao Assomed conferma l'adesione dell'Associazione ai principi fondanti di equità ed universalità sui quali poggia il diritto alla salute sancito dalla Costituzione e ribadisce la vo-

La nuova segreteria nazionale

Presidenza Anao Assomed

Presidente nazionale
Domenico Iscaro

Vice Presidente Nazionale

Carlo Melchionna

Segreteria nazionale Anao Assomed

Segretario nazionale
Costantino Troise

Vice Segretario nazionale vicario

Mario Lavecchia

Vice Segretari nazionali

Giorgio Cavallero
Giuseppe Montante
Gianluigi Scaffidi

Responsabile Settore Amministrativo

Giuseppe Ricucci

Responsabile Settore Organizzativo

Santo Monastra

Componenti

Alfonso Brescia
Giuseppe D'auria
Alessandro Falzone
Giulio Liberatore
Francesco Melandri
Leo Mencarelli
Cosimo Napoletano
Sandro Petrolati
Silverio Selvetti
Rosella Zerbi

lontà di adoperarsi in ogni luogo e con ogni iniziativa politica sindacale per promuovere presso la categoria medica e le forze politiche e sociali il Ssn come modello operativo e scenario all'interno del quale garantire a tutti la tutela della salute con efficacia, equità e pari opportunità di accesso alle prestazioni che la scienza medica ritiene essenziali.

I mutamenti sociali e legislativi intervenuti negli ultimi anni impongono, però, un nuovo modo di fare sindacato e richiedono livelli organizzativi che permettano di rappresentare nuove istanze nei nuovi scenari che ogni giorno si propongono.

C'È BISOGNO DI UN SINDACATO NUOVO

Un sindacato nuovo che sappia indicare obiettivi coerenti con i principi che costituiscono le nostre storiche radici e proposte di nuovi traguardi in difesa della autonomia e del ruolo professionale.

Un sindacato nuovo che sappia rinnovare le sue forme di comunicazione e di lotta per interpretare le nuove istanze della professione medica, mortificata da ingerenze politiche sempre più aggressive, marginalizzata dalla invadenza della logica aziendalistica, umiliata nelle forme di lavoro precario che inevitabilmente indeboliscono anche il sistema sanitario pubblico.

Insomma un sindacato capace di portare i medici da una anonima prima linea al core

dei processi decisionali per esercitare fino in fondo il loro ruolo di classe dirigente. Non rifuggendo da rapporti di collaborazione e comunicazione con le nuove professioni sanitarie, che stanno erodendo i tradizionali ambiti di esercizio della professione, forti della consapevolezza della duplice e peculiare posizione di garanzia esercitata dai Medici nei confronti dei pazienti e dello Stato.

Il Congresso conferma la volontà di adeguare la organizzazione dell'Anao Assomed alla esigenza di superare la estrema frammentazione della rappresentanza professionale aprendosi a nuove categorie, a partire dalla dirigenza sanitaria, per giungere ad una associazione multiprofessionale in grado di rappresentare tutti coloro che condividono in un ruolo dirigenziale la stessa organizzazione e gli stessi luoghi di lavoro.

Il Congresso si esprime con favore nei riguardi di una stagione di rinnovamento ed approva la iniziativa di costituire all'interno della Associazione una nuova articolazione organizzativa chiamata Anao-Giovani per dare una prima risposta diretta alla necessità di raccogliere ed organizzare le esigenze, professionali e di tutela, dei Medici nel lungo

periodo formativo, prima e dopo l'accesso al mondo del lavoro.

Il Congresso intende anche impegnare la Associazione a dare risposte concrete al mutamento di genere che interessa il mondo medico, affinché nell'organizzazione del lavoro vengano affermati e salvaguardati

i diritti delle donne-medico e si risponda positivamente alla loro attesa di sbocchi occupazionali, gratificazioni professionali, ruoli decisionali. La complessità del contesto sociale e politico impone nuove sfide che l'Anao Assomed intende accettare trasformandole in opportunità di crescita di tutta la categoria, in coerenza con la propria storia di sindacato libero, autonomo ed orgoglioso del proprio ruolo. Disponibile a uscire dalla difesa gelosa dei propri territori per partecipare da protagonista alla definizione di una piattaforma comune della professione che recuperi la frantumazione e lo smarrimento della stessa identità professionale.

Gli ospedali e gli ambulatori

del Servizio Sanitario per noi non sono solamente il luogo di lavoro ma una scelta di vita professionale, crescita culturale ed investimento per il futuro.

I Medici dipendenti del Ssn meritano più rispetto ed una maggiore valorizzazione della fatica e della complessità del compito che essi ogni giorno si assumono a tutela del diritto alla salute che la Costituzione riconosce ai cittadini. Il senso di responsabilità di una categoria che non può e non vuole sfuggire al ruolo di classe dirigente e la passione civile che la fa identificare con i luoghi del suo lavoro, a loro volta luoghi di identità collettiva delle comunità, ci inducono a sollecitare una maggiore considerazione

per l'impegno e le difficoltà con cui quotidianamente assicuriamo la tutela della salute dei cittadini.

Solo la apertura di una nuova stagione di lotta da parte di tutte le forze che hanno a cuore il patrimonio del Ssn potrà salvarlo da un evidente e progressivo abbandono. Noi faremo la nostra parte ma la sfida è per tutti.

Il 21° Congresso Nazionale impegna i nuovi organismi statutari ad operare nel solco dei valori e delle tradizioni di un Sindacato nato per promuovere e tutelare i diritti ed i doveri professionali e civili dei Medici che operano nella sanità pubblica insieme con la piena esigibilità del diritto dei cittadini alla tutela della loro salute.



Un momento dei lavori del 21° Congresso nazionale

Fazio al Congresso: "Governo pronto a cambiare la manovra"

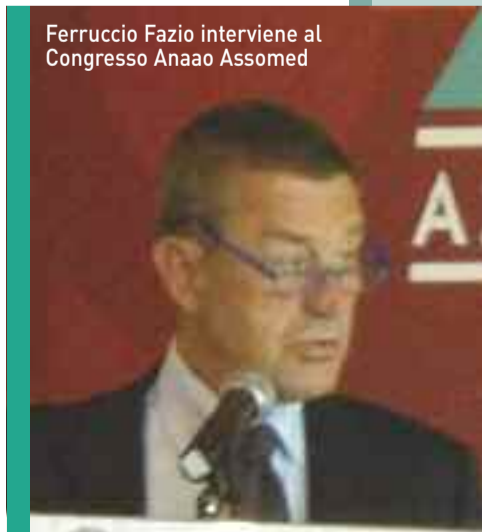
La possibilità di smussare gli angoli alla manovra economica che penalizza i medici era stata annunciata al Congresso nazionale dell'Anao Assomed a Silvi Marina. Il ministro della Sanità, Ferruccio Fazio intervenuto ai lavori dell'Associazione aveva reso noto la disponibilità del Governo ad accogliere le proposte di

modifica alle norme riguardanti i camici bianchi, a partire dal blocco del turnover. Ma ad un patto: che le eventuali modifiche garantissero la parità di saldi della manovra. Soprattutto, Fazio si era detto quindi disponibile a confrontarsi su "interventi migliorativi". "Si alla lotta agli sprechi - aveva affermato - no a tagli indiscriminati e no a tagli del personale". Per questo aveva invitato i medici a collaborare e ad avere fiducia nella possibilità di recuperare qualche cosa in sede di conversione del provvedimento in legge. Da

medico, ha ammesso, "mi trovo in grande difficoltà e capisco le ragioni di amarezza della categoria". Tuttavia, aveva aggiunto: "La manovra economica è un'improvvisa ma necessaria batosta contro una crisi che è più grave di quanto si creda". E aveva quindi chiesto ai medici comprensione per gli interventi che colpiranno anche la categoria: "Siamo in un tunnel da cui non si vede ancora l'uscita, non è certo cosa succederà nel nostro Paese e in Europa. Tutti dovremo fare grandi sacrifici ma vi assicuro che l'impegno del presidente del Consiglio e

del ministro dell'Economia è stato quello di evitare fortemente i tagli nella sanità. Purtroppo la manovra è stata necessaria ed urgente per affrontare la situazione del mercato". Non era mancato da parte del ministro un sostegno al Ssn: "Io sono personalmente orgoglioso che l'Italia abbia un Sistema sanitario universale a governance pubblica e ho fatto passi importanti per rafforzarlo. Respingo - aveva chiosato - che ci sia un attacco al servizio pubblico e assicuro che sarò sempre uno strenuo difensore di questo".

Ferruccio Fazio interviene al Congresso Anao Assomed



Nasce ANAAO GIOVANI

GIOVANI MEDICI ALLA RISCOSSA

Dare voce alle nuove generazione di medici. È con questo obiettivo che l'Anao Assomed ha creato Anao Giovani.

Obiettivo: favorire il ruolo, la presenza e l'attività degli iscritti più giovani all'interno del sindacato

È un plotone di circa 25mila professionisti quello dei camici bianchi under 40, nelle cui fila marciano circa 7mila donne. A questi si aggiunge l'esercito dei precari che, tra contratti a tempo determinato e contratti atipici, raggiungono il numero di 7mila unità. I loro problemi vanno dalla formazione, alla stabilizzazione del posto di lavoro, alla crescita professionale, ai problemi della carrie-

ra, con le donne sempre più spesso discriminate in seguito a scelte personali legate alla maternità e alla famiglia. Ai giovani medici la manovra economica varata dal Governo ha riservato le sorprese più amare dal momento che subiranno una perdita di quasi 40 mila euro in tre anni. Il blocco del turnover, poi, impedirà nuove assunzioni e a fronte dell'uscita di circa 30mila medici che andranno in pensione se ne potranno assumere

solo 6mila con inevitabili ripercussioni sulla qualità dei servizi.

Per dare voce a questa generazione di medici l'Anao Assomed ha affidato loro un settore dell'Associazione proprio per strutturare un percorso che favorisca il ruolo, la presenza e l'attività degli iscritti più giovani all'interno del sindacato.

Saranno tre i temi caldi sui quali punterà i riflettori il neonato Coordinamento – i giovani

medici responsabili sono Vincenzo Boccia (Napoli), Angelica Parodi (Genova), Antonio De Pascalis (Bari) e Alessandra Spedicato (Roma) – che ha debuttato a Silvi Marina in occasione del 21° Congresso nazionale elettivo: formazione, precariato, problematiche dei giovani strutturati.

Sul primo punto c'è in particolare un problema di qualità. La formazione completamente affidata alle Università rimane infatti inadeguata, soprattutto dal punto di vista della pratica professionale.

Il precariato è una grave piaga per chi si affaccia la mondo del lavoro. Anche perché quello che dovrebbe essere uno status temporaneo si trasforma spesso in stabilità. Così professionalità acquisite mediante varie tipologie di contratto, dal Co.Co.Co.

al Dirigente medico a tempo determinato, vivono nell'incertezza lavorativa to-

tale, con l'impossibilità di programmare la propria vita e la propria carriera. Vengono impiegati in punti chiave dell'assistenza quali i reparti di emergenza-urgenza con tutte le responsabilità che questo comporta, ma senza ricevere i benefici del proprio ruolo.

Ma anche i giovani strutturati hanno le loro gatte da pelare: una volta entrati nel Ssn i medici affrontano quotidianamente difficoltà che vanno dalla iniqua distribuzione dei carichi e ruoli di lavoro, all'impossibilità di una crescita economico professionale finendo con la totale incertezza legata al futuro previdenziale. E in un mondo dove la medicina diventa sempre più "rosa", il cammino delle giovani dottoresse è ancora più in salita.

A COLLOQUIO CON **ALESSANDRA SPEDICATO**,
COMPONENTE DEL COORDINAMENTO ANAAO GIOVANI

“Dobbiamo portare il sindacato tra i giovani medici”

Far conoscere alle nuove generazioni di medici l'importanza dell'azione sindacale e puntare i riflettori, nell'ambito del sindacato, sui problemi dei giovani camici bianchi che sono diversi da chi ha già un ruolo radicato nella sanità, o è ormai vicino alla pensione.

Sono questi gli obiettivi del neonato coordinamento Anao Giovani. Un organismo ancora in embrione, ma che vuole crescere in fretta. E a giudicare dalla determinazione di Alessandra Spedicato, giovane anestesista del San Camillo Forlanini di Roma e componente del neonato Coordinamento, i risultati non tarderanno ad arrivare.

“Sono molteplici problemi che i giovani medici devono affrontare – ha

spiegato Spedicato – a partire dalla piaga del precariato. Un fenomeno generalizzato in qualsiasi categoria di lavoratori, ma che in sanità assume connotati preoccupanti perché mette a rischio la qualità delle cure. Il precario guadagna poco e non potendosi permettere una vita sociale consona alla sua età inizia a operare su più fronti, lavora tanto, troppo, e alla fine lavora male”.

Anche le scuole di specializzazione non sono all'altezza delle richieste formative delle nuove generazioni. “Gli specializzandi devono “rubare con gli occhi” per poter ampliare il loro bagaglio formativo. Spesso - ha aggiunto - si esce impreparati dalle scuole di formazione e si continua a fare la gavetta fino a 40 anni”.

E adesso, con le nuove misure adottate dal Governo, il quadro si complica: “Non abbiamo neanche la possibilità di crescere economicamente”. Insomma, il rischio è di continuare a essere “giovani” anche a 50 anni.

Non se la passa meglio neppure chi ha un contratto a tempo indeterminato. “Anche per chi può contare su un lavoro stabile, le criticità non mancano. In particolare – ha aggiunto – è difficile continuare a formarci. La parola d'ordine in corsia è ‘produrre’. Corriamo in continuazione a discapito della nostra preparazione professionale. Per questo vorremmo che fosse introdotta negli ospedali la figura di un tutor, un medico ‘anziano’ che affianchi il

giovane medico trasferendogli esperienza e sapere, come peraltro avviene nei Paesi anglosassoni. Questo gioverebbe anche al Senior che potrebbe riscoprire nel contatto con un giovane medico una passione per questa professione”.

Ora, la prima meta da raggiungere per il coordinamento giovani è far conoscere questa iniziativa a tutte le nuove generazioni di camici bianchi. Servendosi anche di più “giovani” mezzi di comunicazione come Facebook e Twitter. “Abbiamo molte proposte nel cassetto, anche un po' rivoluzionare, soprattutto abbiamo voglia di svecchiare il panorama servendoci anche di strumenti di comunicazione consoni alla nostra età”. (E.M.)



Alessandra Spedicato

I medici manifestano contro LA MANOVRA ECONOMICA

“NO AI TAGLI ALLA SANITÀ”

Assemblee in tutti gli ospedali italiani e un sit-in a Roma in Piazza Navona. La stagione di protesta dei medici e della dirigenza del Ssn è iniziata il 16 giugno. E questo è solo l'inizio: la prossima tappa sarà una giornata di sciopero il 19 luglio, per dire no ad una manovra economica che mette in ginocchio la professione medica e mina le fondamenta del Ssn. Presentate 12 proposte di emendamento sulle quali si sta aspettando risposta dal Governo

Silenziosi, in camice bianco. Tutti affiancati dietro un enorme striscione di 15 metri con la scritta “No ai tagli alla sanità”. C'erano quasi tutte le sigle del sindacalismo medico e sanitario a Piazza Navona, alle spalle del Senato per protestare contro la manovra del Governo.

La manovra taglia a piene mani, hanno spiegato le organizzazioni sindacali – Anao Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi-Emac, Fp Cgil Medici, Fvm, Fassid, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Sds Snabi, Aupi, Sinafo, Fedir-Sanità, Sidirss – e “colpisce la categoria in modo iniquo, grave e inaccettabile. Perché ci colpisce su tutti i fronti, quello economico, quello organizzativo e quello professionale peggiorando le condizioni del nostro lavoro”.

Basta dare un'occhiata ai numeri snocciolati dalle organizzazioni sindacali per comprendere quali saranno gli effetti negativi: 20 mila medici in meno nell'arco di quattro anni a causa del blocco del turn over, deciso dalla manovra. Un numero destinato a crescere se si pensa che a causa del pesante giro di vite imposto dalla manovra altri 10 mila medici decideranno di “scappare” dal Ssn per andare in pensione. In totale, 30 mila unità in meno sulle quali contare per rispondere ad una

crescente domanda di cure. Tradotto: una catastrofe per il Ssn che nel giro di pochi anni trasformerà, come ha sottolineato Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anao Assomed “il Ssn in un sistema povero per i poveri”. “Ci sarà una caduta della qualità e un allungamento delle liste d'attesa – ha aggiunto Troise – un allungamento tempi di degenza sui tempi per rispondere a una visita specialistica, sulle sedute operatorie e sui tempi di ospedalizzazione, con il risultato che il diritto alla salute diventerà diritto di censo. Ovvero chi può si rivolgerà al privato e chi non avrà la possibilità si metterà in coda”.

Gli Ospedali diventeranno quindi, gli unici ammortizzatori sociali. “Si sta provando a cambiare pelle al Ssn – ha aggiunto Troise – per non parlare del lavoro dei medici che sta diventando sempre più gravoso e drammatico al punto che non si riuscirà più a rispondere alla richiesta di cure”. Per questo i sindacati hanno messo a punto 12 emendamenti consegnati ai senatori della Commissione Igiene e Sanità e al ministro Fazio.

“I tagli – ha aggiunto Troise – non possono essere lineari. Vanno adattati alle singole situazioni specifiche e al valore sociale del nostro lavoro. Non si può pensare che la complessità del mondo sani-

tario possa essere equiparata a un pubblico ufficio. Con gli emendamenti che abbiamo stilato chiediamo che sia riconosciuta la specificità e la peculiarità del lavoro del professionista del servizio sanitario”.

I SINDACATI INCONTRANO FAZIO

Il blocco del turn over previsto dalla manovra potrebbe non interessare la sanità. È quanto ha affermato il ministro Fazio che ha ricevuto a Lungotevere Ripa i sindacati di categoria.

“Secondo la nostra lettura – ha detto – il blocco non dovrebbe interessare il comparto sanità perché interessa i dipendenti dello stato e non i trasferimenti delle Regioni”. Il ministro ha comunque dichiarato cautela. “Stiamo procedendo ad un approfondimento anche con il ministero dell'Economia ma gli stipendi dei dirigenti della sanità vengono dai trasferimenti alle regioni del fondo sanitario nazionale e non dallo Stato” e quindi “non sembrano esse-

re affetti dalla manovra”. Durante l'incontro con i camici bianchi, Fazio ha anche parlato della possibilità di rivedere, su richiesta dei sin-

collaborare per mitigare le problematiche per la categoria”. “Apprezziamo le intenzioni, ma aspettiamo i fatti” ha commentato Costantino

Piazza Navona, 16 giugno 2010



dacati, le norme per gli incarichi e per il precariato. Il ministro sottolineando che il clima dell'incontro con i medici è stato “di cordialità e collaborazione” ha, infatti, affermato che “è nostra intenzione e nostro dovere

Troise, secondo il quale “l'incontro con il ministro Fazio rimane interlocutorio” anche se ha comunque “dimostrato disponibilità” e “assicurato il suo impegno” per presentare al Governo le istanze dei medici. (E. M.)

➤ I medici dicono no

- allo smantellamento del Servizio sanitario pubblico;
- al blocco dei contratti e della retribuzione per il quadriennio 2010-2013;
- al congelamento della progressione economica legata alla valutazione professionale e della retribuzione legata a turni notturni e festivi;
- alla precarizzazione di tutti gli incarichi dirigenziali

La parola ai **NEO SEGRETARI REGIONALI ANAAO ASSOMED**

LE NOSTRE IDEE PER LA "BUONA SANITÀ"

Il Ssn ha bisogno di noi per migliorare e vincere la sfida della qualità e dell'efficienza. I programmi e le idee dei neo eletti segretari regionali del nostro sindacato.

In questo numero: Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana, Sardegna, Trento, Valle d'Aosta, Veneto.

Nel prossimo numero: Calabria, Campania, Liguria, Marche, Umbria e Bolzano

ABRUZZO



Filippo Gianfelice:
"RIORGANIZZARE LA RETE OSPEDALIERA"

Le principali criticità

La politica sanitaria della regione Abruzzo è in questo momento stretta "tra due fuochi". Dal 2007 l'Abruzzo è commissariato e pertanto soggetto ad un severo piano di rientro che non permette deroghe rispetto a comportamenti ed azioni concordate con il ministro delle Finanze. Questo da un lato blocca qualsiasi azione, ma dall'altro aprirebbe lo spazio all'introduzione di una riorganizzazione della rete ospedaliera, per prima cosa, e alla più

ampia riorganizzazione della sanità Abruzzese. Sin'ora questo input non è arrivato dal mondo politico ed anzi, con la nomina del Sub commissario al piano di rientro, Giovanna Baraldi, una qualsiasi forma di programmazione è stata trasferita nelle sue mani.

Le proposte

In primis il riordino della rete ospedaliera. Abbiamo proposto di rendere quanto più efficienti gli Ospedali di riferimento per ciascuna Asl e di affiancare a questi, strutture di as-

sistenza più piccole, riconvertendo gli ospedali periferici, attualmente funzionanti, e al di sotto dei livelli minimi di assistenza con grave rischio per gli operatori e i cittadini. La rete ospedaliera deve essere tagliata sui bisogni, con strutture di elevata efficienza per ampi bacini d'utenza e una distribuzione capillare di strutture ambulatoriali, che erogano prestazioni comuni e ad alta richiesta. C'è poi il problema della medicina extraospedaliera: rappresenta la fonte maggiore di spesa (circa il 54% dell'intero Fondo sanitario regionale e un incremento del 7% dal 2006 al 2007

solo per la Medicina generale). I risultati? Ps che scoppiano per le eccessive richieste; precaria assistenza nella post dimissione e nei controlli; minima assistenza medica domiciliare, ma soprattutto la sensazione per il cittadino che l'unico punto di riferimento è il più vicino ospedale. Manca quindi il raccordo, tecnico ed organizzativo con la componente ospedaliera. Proponiamo un collegamento diretto, utilizzando spazi già presenti sul territorio in cui far convergere le prestazioni di base, fornite dal Mmg e prestazioni specialistiche fornite dallo specialista ospedaliero,

eventualmente integrato con lo specialista del territorio. Infine il privato accreditato: occorre che svolga attività complementari al pubblico, concordate con la Asl di riferimento, con un tetto di spesa e con controlli severi.

Le urgenze

La riorganizzazione completa della rete ospedaliera e della medicina del territorio

Le nostre quattro parole d'ordine

Trasparenza: dopo anni di maffare e collusione fra politica ed imprenditori della sanità. Riorganizzare la rete ospedaliera e il territorio. Promuovere la buona sanità presente. Stabilizzare i precari.



Le principali criticità

La Regione Basilicata, con la Legge 12 del 1 luglio 2008, sta attuando il riassetto organizzativo e territoriale del Servizio sanitario regionale, strutturandolo con due Aziende Sanitarie provinciali di Potenza e Matera, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e l'Irccs di Rionero che è Centro di riferimento Oncologico. Il modello è quello delle "reti assistenziali" e dell'integrazione ospedale-territorio.

È un Servizio sanitario regio-

nale "giovane", che solo negli ultimi 15 anni si sta dando dei reali programmi di sviluppo investendo in tecnologie, strutture, formazione e programmi di ricerca, indispensabili strumenti per la crescita e la qualità dell'assistenza sanitaria. Le principali criticità da risolvere sono in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione,

l'orografia, il numero dei presidi ospedalieri presenti che si radicano non sempre in maniera virtuosa nel vissuto delle comunità cui fanno riferimento, infine la riduzione e l'invecchiamento del personale sanitario

Le proposte

Intendiamo impegnarci a difesa dei risultati raggiunti dalla Sanità pubblica regionale, sollecitando e incalzando quindi la politica alla piena attuazione dei programmi dichiarati. Il Sindacato è aperto ad un con-

BASILICATA



Eustachio Vitullo:
"DIFENDIAMO QUALITÀ E SICUREZZA DEL LAVORO"

fronto virtuoso e chiaro su obiettivi di salute e appropriatezza, ma saremo attenti nel difendere la qualità del lavoro di chi opera nella sanità regionale opponendoci a derive riorganizzative di sapore prettamente economico che tolgono linfa vitale ad una Sanità che ha bisogno ancora di crescere.

Le urgenze

Fornire servizi in urgenza ed emergenza sicuri e contemporaneamente continuare nella costruzione di un "sistema" di sanità regionale. Soprattutto governare i "costi dell'efficienza".

Le nostre quattro parole d'ordine

Sicurezza, appropriatezza, ricerca e benessere Aziendale.

EMILIA ROMAGNA

Claudio Aurigemma:
"STABILIZZIAMO IL LAVORO PRECARIO"

Le principali criticità

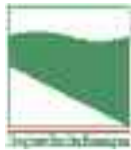
Il mantenimento dell'attuale livello quali-quantitativo delle prestazioni, lo sviluppo e l'integrazione della medicina territoriale e il rapporto con l'Università.

Le proposte

Sostenere gli organici esistenti, incrementare i fondi per lo straordinario e la libera professione per conto dell'Azienda, sperimentare, alla luce della

riconosciuta qualità del sistema un nuovo percorso formativo per i neolaureati all'interno delle strutture del Servizio sanitario regionale per favorire un più rapido inserimento del giovane medico anche alla luce della imminente gobba pensionistica.

Coinvolgere i medici di medicina generale e gli specialisti ospedalieri nella formulazione ed implementazione di pro-



toccolli transmurati condivisi. Favorire un armonico sviluppo delle carriere realizzando una reale pari opportunità fra specialisti ospedalieri e universitari.

Le urgenze

Completare, entro l'anno, il processo di stabilizzazione del lavoro precario ed in particolare identificare uno specifico percorso per l'area dell'Emergenza. Definire entro l'anno gli accordi aziendali per le posizioni alla luce dell'ultimo con-

tratto. Chiedere alla Regione di procedere rapidamente alla sottoscrizione del protocollo d'intesa con l'Università evitando di ripristinare le criticità emerse nell'accordo precedente.

Le nostre quattro

parole d'ordine

Difesa del livello qualitativo del Servizio sanitario regionale. Innovazione attraverso l'introduzione di nuovi modelli organiz-

zativo-gestionali condivisi, anche riguardo ai rapporti interprofessionali

Sperimentazione di un nuovo percorso formativo alternativo all'Università e all'interno delle strutture ospedaliere. Umanizzazione sempre al centro dell'interesse dei medici malgrado lo sviluppo delle grandi tecnologie e la difficile comunicazione.



FRIULI VENEZIA GIULIA

Laura Stabile:
"MAGGIORE CONFRONTO CON I PROFESSIONISTI"

Le principali criticità

La pianificazione regionale continua a essere orientata in modo esasperato al contenimento della spesa, con provvedimenti volti a esercitare tagli lineari a personale e servizi, senza alcuna reale e valida programmazione. Il Piano sanitario regionale, che è stato esteso senza alcuna consultazione dei professionisti del Ssr, contiene alcune affermazioni di principio in generale condivisibili, quali il modello "Hub and Spoke", ma rimane superficiale e generico e non dà alcuna indicazione o linea guida su come realizzarlo nella realtà regionale. Nelle Aziende si iniziano a sentire gli

effetti di tale politica sanitaria, ai quali ora si aggiungono quelli derivanti dalla manovra economica nazionale, con sovrappollamento degli ospedali, peggioramento dell'assistenza fornita, allungamento delle liste di attesa. Abbiamo due aziende ospedaliere universitarie, Trieste e Udine dove permangono gravi difficoltà nell'integrazione fra la componente ospedaliera e quella universitaria, in particolare in quella di Udine.

Le proposte

Si ritiene innanzitutto che la pro-

grammazione regionale debba avvalersi del confronto continuo con i professionisti, che negli ultimi anni è del tutto mancato. È ormai necessario che inizi un processo di riorganizzazione dei piccoli ospedali, in modo da rendere più sicuro ed efficiente l'intero sistema sanitario regionale. L'organizzazione del lavoro in pratica per intensità di cura, oltre a permettere un migliore impiego delle risorse, è ritenuta dai medici del Ssr, se adeguatamente associata all'interscam-

bio di esperienze e alla mobilità interospedaliera dei professionisti, una rilevante opportunità di crescita professionale. Importante è anche rendere efficienti i servizi del territorio, in modo da ridurre il ricorso alle cure ospedaliere soprattutto per gli anziani, per i quali spesso il ricovero è disagiata, inutile e pericoloso.

Le urgenze

Informare la cittadinanza e le forze politiche sul rischio a cui si sta an-

dando incontro, e cioè di compromettere gravemente un Servizio sanitario pubblico che finora nella nostra Regione è stato valido. Riprendere il dialogo fra professionisti e amministrazione regionale al fine di evitare ulteriori danni derivanti da una politica sanitaria volta pressoché esclusivamente al contenimento della spesa.

Le nostre quattro

parole d'ordine

Riorganizzazione della rete ospedaliera, coinvolgimento della Dirigenza del Ssr nei processi decisionali, efficacia dell'assistenza territoriale, integrazione ospedale-università.



LAZIO



Donato Antonellis:
"RICONVERTIAMO LE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE"

Le principali criticità

Quelle che derivano dal Piano di rientro che colloca il Lazio al primo posto a livello nazionale in tema di disavanzo economico. In realtà il Lazio è però la Regione che ha il maggior numero di strutture private accreditate, di strutture di ricovero religiose classificate e/o extra territoriali, il maggior numero di Policlinici universitari pubblici (3) e privati (2), ciò pertanto penalizza l'assistenza pubblica qualifica-

ta per acuti e in urgenza emergenza in modo drammatico.

Le proposte

Commissariamento delle Aziende sanitarie della Regione con la previsione di un apposito staff tecnico di governo clinico a livello regionale, composto da specialisti di riconosciuta competenza professionale nei diversi ambiti (medico, economico-gestionale). Riconversione delle strutture pubbliche e private: le azioni programmatiche dovranno ri-



convertire e/o trasformare diversi ospedali pubblici e ancor più molte strutture private. Un ridimensionamento notevole, se non altro in termini di finanziamento, dovrà riguardare le strutture universitarie pubbliche e private che a Roma sono presenti in una quantità che non ha uguali in Italia. Superamento dei piccoli ospedali, rior-

dino dei grossi ospedali della città di Roma e forte ridimensionamento della ospedalità privata soprattutto a Roma.

Aziendalizzazione e corretto finanziamento dei presidi ospedalieri Universitari: il super finanziamento, anche di didattica e ricerca, di Gemelli e Campus è causa di un altissimo e ingiustificato livello di spesa. La mancanza di governo che caratterizza La Sapienza e altre strutture universitarie pubbliche, con enormi disavanzi, necessita di un'urgente ridefinizione delle regole di finanziamento a fronte di prestazioni correlate ai reali biso-

gni assistenziali.

Gestione centralizzata del personale del Ssr, di altre funzioni amministrative comuni alle aziende sanitarie ed ospedaliere e della funzione acquisti delle Asl e Ao della Regione.

Le urgenze

Sono quattro: scongiurare gli effetti del blocco del turn over; applicare il Ccnl 2006-09 Il biennio; ridurre le ricadute del decreto Tremonti e risolvere il problema del precariato medico e sanitario.

Le nostre quattro

parole d'ordine

Risanamento; razionalizzazione, sviluppo e professione.

LOMBARDIA



Massimo Bocca:
“UN PIANO DI STABILIZZAZIONE DEL NUOVO PRECARIATO”

Le principali criticità

Sono soprattutto quattro. C'è innanzitutto il problema di un nuovo precariato sempre più diffuso in Lombardia. Abbiamo inoltre la necessità di riorganizzare la rete ospedaliera puntando anche ad una maggiore integrazione con il territorio (Mmg e strutture sanitarie territoriali). In Regione c'è poi una carenza di strutture per il post-acuto destinata ad essere ac-

centuata dalla conversione in atto degli ospedali pubblici nel modello per intensità di cure, riservati per definizione alla patologia acuta. Quarta criticità sono i rapporti tra dirigenti delle professioni sanitarie e dirigenti medici sanitari. Necessitano di una ridefinizione delle competenze anche in merito alla gestione delle sanzioni e dei provvedimenti disciplinari.

Le proposte

Innanzitutto, chiediamo l'immediata attivazione della contrattazione di II livello. Puntiamo poi ad una definizione di regole di sistema condivise tra pubblico e privato e al recupero delle risorse aggiuntive regionali (Rar). Risorse che vorremmo fossero destinate ad incentivare la dirigenza su progetti regionali specifici come l'abbattimento delle liste d'attesa, la rete informatica Siss, ecc.

Le urgenze

Sono principalmente tre. In primis, sono necessari dei piani di stabilizzazione del nuovo pre-



cariato, che come ho già detto rappresentano una grave criticità. Altra urgenza sono quindi la definizione di piani di assunzioni per il 2011, tempestivi e con immediata autorizzazione. Infine è necessaria la definizione di linee di indirizzo re-

gionali per la gestione delle sanzioni disciplinari

Le nostre quattro parole d'ordine

Assunzioni e stabilizzazioni, riorganizzazione rete ospedaliera, dipartimentalizzazione come strumento di governo clinico.



Le principali criticità

La Regione Molise è gravata da un enorme debito sanitario (oltre 600 mln di euro) accumulato negli ultimi 10 anni. Tale situazione, che vede il Molise tra le regioni sottoposte a Piano di rientro è la risultante di diversi fattori: l'eccesso di strutture ospedaliere pubbliche e private, una politica storicamente basata su scelte clientelari e campanilistiche, l'incapacità gestionale dimostrata dalle varie Direzioni aziendali. Ad aggravare la situazione una struttura

amministrativa elefantiasica, ma non rispondente alle esigenze gestionali e, soprattutto, la presenza di strutture private (Cattolica e Neuromed) costosissime e sovradimensionate rispetto alle esigenze regionali. È presente l'Università, ma senza una strutturazione clinica e del tutto avulsa dalla realtà ospedaliera. Tuttora permane grande incertezza sulle scelte politiche e organizzative, manca l'atto aziendale e la contrattazione decentrata è naufragata per

MOLISE



Italo Marinelli:
“UNA RETE OSPEDALIERA CON DIPARTIMENTALIZZAZIONE DEI SERVIZI”

precise responsabilità dell'azienda.

Le proposte

La creazione di un'autentica rete ospedaliera basata sulla dipartimentalizzazione dei servizi a livello regionale. La riorganizzazione dei presidi per intensità di cure. La realizzazione di Residenze sanitarie per anziani e un coinvolgimento e integrazione con i Mmg e i Pds

per una continuità assistenziale ospedale-territorio e la riduzione degli accessi impropri. È inoltre essenziale un controllo epidemiologico dei bisogni sanitari ai fini di una programmazione efficace.

Le urgenze

Il superamento della fase di incertezza dovuto alla mancata approvazione del piano di rientro. Un adeguato finanziamen-

to del Sistema sanitario regionale. Il pieno coinvolgimento dei dirigenti medici nel processo di riorganizzazione gestionale e una riqualificazione del top management. E ancora, l'avvio della contrattazione decentrata e una chiara demarcazione delle funzioni della sanità privata.

Le nostre quattro parole d'ordine

Rispetto delle norme dei diritti e dei livelli minimi di assistenza. Integrazione ospedale territorio. Governo clinico. Costruire l'ospedale del futuro.

PIEMONTE



Gabriele Gallone:
“TUTELIAMO I DIRITTI SINDACALI DEI DIPENDENTI MEDICI”

Le principali criticità

La necessità di una profonda riorganizzazione della rete ospedaliera in cui coesistono troppi piccoli ospedali, costosi e inefficienti e grandi Aziende ospedaliere generaliste o monospécialistiche. A ciò si deve accompagnare una revisione degli accorpamenti delle Aziende ospedaliere.

Le proposte

Chiusura delle strutture che non possono garantire assistenza adeguata nell'arco del-

le 24 ore e riconversione, se necessario, in punti di erogazione di prestazioni ambulatoriali territoriali. Separare nettamente, almeno per la città di Torino, ospedali e territorio come avvenuto in altre Regioni.

Le urgenze

La tutela dei diritti sindacali dei dipendenti medici, troppo spesso operati di ore di straordinario e di ridotte possibilità di utilizzo delle ferie entro i termini previsti. Accordi regionali per la mobilità dei medici, per la definizio-

ne dei carichi di lavoro e per i livelli minimi da garantire per la continuità assistenziale. Trasparenza nella costruzione dei fondi aziendali in base a precisi requisiti di chiarezza che la segreteria regionale si appresta a definire.

Monitoraggio accurato delle risorse Ria dei cessati che ammontano ogni anno per un'Azienda di medie dimensioni a circa 150-200mila euro. Denunceremo tutte le Aziende che non forniscono dati esaurienti fino a denunce di appropriazione indebita.

La stesura di un vademecum da distribuire a medici e specializzandi in cui vengono elencati i diritti esigibili, corsi di forma-

zione per i diritti delle donne medico e una forte richiesta di programmare accuratamente le risorse di personale necessarie per ogni disciplina. Una gestione diversa del sistema di emergenza territoriale 118, più vicino ai dipartimenti di medicina d'urgenza e una maggiore incentivazione economica per i medici dei pronti soccorsi.

Le nostre quattro parole d'ordine

Il codice deontologico ha un limite: le 38 ore settimanali. Se ci vogliono nel pubblico impiego faremo gli impiegati pubblici. La flessibilità che offriamo è una sola: non ci piegheremo a piacimento. Noi possiamo giustificare il tempo dedicato alle nostre attività. I politici possono fare altrettanto?



PUGLIA

Cosimo Lodeserto:
"NO ALLE LOGICHE DELLA POLITICA DEI CAMPANILI"

Le principali criticità

La Puglia è una Regione che deve programmare un piano di rientro di circa 300 milioni di euro, pertanto le criticità sono legate ad individuare metodologie e criteri di razionalizzazione dell'offerta sanitaria iniziando dalla rete ospedaliera ancora molto frammentata e onerosa.

Fortemente carenti sono i servizi territoriali ed il sostegno alle classi sociali più deboli e fragili.

È necessario superare con determinazione le resistenze al cambiamento provenienti da

molti sindaci, alcuni consiglieri regionali e marginali gruppi professionali o singoli professionisti che vedono messe in crisi consolidate rendite di posizione.

In queste prime fasi del governo regionale non giova un certo scollamento della maggioranza che sembra non trovare ancora la necessaria sintonia nell'affrontare le problematiche sanitarie emergenti.

Le proposte

È difficile immaginare un per-

corso di radicale riorganizzazione del Ssr costretto da rigidi vincoli di bilancio, senza il concreto coinvolgimento delle Organizzazioni sindacali della Dirigenza medica.

L'Anaao ha sempre lamentato un pesante condizionamento

della programmazione sanitaria regionale alle logiche della politica dei "campanili".

Il nostro sindacato, nel corso del congresso regionale di maggio, alla presenza dell'Assessore alle politiche del-

la salute, ha rilanciato un patto che abbia come principi di riferimento lo snellimento e razionalizzazione della rete



SICILIA

Rosario Cutri:
"RIORGANIZZIAMO IL SISTEMA"

to, nelle grandi Aziende metropolitane.

Le proposte

La riorganizzazione attraverso la creazione di reti assistenziali specialistiche, che, nell'ambito di un'individuazione di "Hub and Spoke" consentano a tutti i cittadini di usufruire dell'assistenza in modo uniforme sull'intero territorio isolano. Individuazione delle funzioni di base che ogni ospedale deve erogare con la dotazione organica necessaria a garantire utenti e operatori. Assunzione di responsabilità da

parte di chi ha compiti dirigenziali, secondo lo spirito dell'aziendalizzazione, per premiare chi merita e penalizzare chi non raggiunge gli obiettivi.

Le urgenze

La messa a regime dell'assistenza primaria, per decongestionare i Ps e le Uo di diagnosi e cura, e ridurre i ricoveri inappropriati. La riconversione di circa mille posti letto chirurgici, individuati nel piano di rientro, in posti letto di medicina interna e di lungo degenza e riabilitazione.



Fondamentale è, inoltre, la diffusione omogenea sul territorio siciliano dell'assistenza domiciliare integrata per la gestione delle molte cronicità e delle fragilità, soprattutto negli anziani.

Il superamento del precariato medico, che impedisce lo sviluppo del senso di appartenenza nonché la crescita professionale ed umana dei giovani medici precari.

Le nostre quattro parole d'ordine

Premiare il merito. Sviluppare l'efficienza e l'efficacia della rete sanitaria. Rispondere ai bisogni reali dei cittadini. Ridurre l'invadenza della politica, dando maggior peso decisionale a chi la sanità la fa sul campo mettendoci passione, competenza.

Le principali criticità

I decreti attuativi della legge regionale di riforma (n. 5/09) non hanno trovato applicazione da parte dei Dg i quali, non solo non hanno provveduto a riqualificare i piccoli ospedali così come previsto - ne abbiamo 11 con meno di 50 posti letto e 11 con meno di 100 posti letto -, ma hanno ampliato posti letto e unità operative. Tutto quindi è rimasto immutato con gravi rischi per gli utenti e per gli operatori degli stessi. Altra criticità sono le sperimentazioni gestionali, il cui costo è insosteni-

bile per la nostra sanità e il privato accreditato, che rappresenta il 20% dei posti letto regionali, con punte più elevate nei quattro capoluoghi di provincia. Un privato che continua a selezionare le prestazioni più remunerative assumersi quelle fondamentali, quali Pronto soccorso e rianimazione, che rappresentano sicuramente un costo. Infine, c'è il problema delle dotazioni organiche assolutamente carenti nella maggior parte delle strutture regionali tranne che, al soli-

TOSCANA

Le principali criticità

I tagli imposti dalla manovra economica apriranno scenari preoccupanti anche nella nostra Regione che ha i conti sostanzialmente in ordine. Sono a rischio, il mantenimento degli attuali Lea regionali e delle reti assistenziali in campo socio-sanitario. Il sistema ospedaliero e territoriale dovrà affrontare nei prossimi 4 anni il blocco del turn-over che va ad impattare con la prevista "gobba" previdenziale della nostra categoria. In Toscana entro il 2014 usciranno dal sistema di circa 1500-2.000 medici su un totale di circa 8mila. Senza rimpiazzi le attuali dotazioni organiche del-



Carlo Palermo: "I TAGLI ECONOMICI METTONO A RISCHIO IL SSR"

le Unità operative si ridurranno mediamente del 20% con drammatiche conseguenze nell'erogazione dei servizi.

Le proposte

La Regione deve assumere l'impegno a mantenere gli attuali standard organizzativi del personale sanitario, contestando politicamente i contenuti della manovra che presenta aspetti di dubbia costituzionalità. Come stabilito dalla Corte Costituzionale, le norme statali che fissano limiti alla spesa di Regioni pos-

sono qualificarsi come "principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica" solo a condizione che si limitino a porre obiettivi di riequilibrio, anche di riduzione della spesa corrente, e non prevedano strumenti vincolanti per il loro perseguimento. Dal momento che la Toscana non è sottoposta a patti di stabilità, il blocco del turn-over è un'ingerenza e rappresenta in tutta evidenza uno strumento vincolante.

Le urgenze

L'iniquità dei tagli economici a cui i medici vengono obbli-

gati. Il Governo mette le mani nei camici dei medici pubblici con modalità plurime. È pertanto urgente rimuovere il previsto blocco degli stipendi portando la limitazione non sullo stipendio dei singoli dipendenti in godimento al 2010, ma sui fondi contrattualmente definiti al 31 dicembre 2010. Inoltre tutte le Aziende sanitarie dovranno impegnarsi a definire ed erogare i nuovi fondi contrattuali entro e non oltre il 31 dicembre 2010. Su

questo l'Anaao Assomed sarà inflessibile e tutte le ricostruzioni incomplete dei fondi e i ritardi e saranno denunciati all'autorità giudiziaria competente!

Le nostre quattro parole d'ordine

No allo smantellamento della sanità pubblica; no alla precarizzazione degli incarichi professionali; no allo svilimento economico dei medici pubblici; sì all'autonomia professionale dei medici.



SARDEGNA

Susanna Montaldo: "RECUPERARE IL RISPETTO DEL RUOLO DEI MEDICI"

Le principali criticità

Le principali criticità sono l'autofinanziamento della Sanità da parte della Regione Sardegna, e la bozza di riforma della Sanità Regionale, che è servita a sostituire in una logica di spoil system i Direttori generali esistenti, con Commissari deputati a svolgere solo l'ordinaria amministrazione. Da qui la pressoché totale assenza di trattative sindacali a tutti i livelli. L'assenza di atti aziendali ha ulteriormente bloccato la gra-

duazione delle funzioni, e la successiva attribuzione degli incarichi, con il risultato che il fondo di posizione di tutte le aziende della Sardegna, il minimo contrattuale, è rimasto invariato negli anni.

Le proposte

Siamo fortemente convinti che le criticità presenti nella sanità regionale siano il frutto di una scarsa attenzione riservata alla dirigenza medica. Per questo l'azione che l'Anaao Assomed intende portare avanti con decisione è



quella di recuperare il dovuto rispetto sia del ruolo dei medici che delle regole contrattuali e delle relazioni sindacali.

Le urgenze

Attivazione di tavoli di lavoro (regionale e aziendale) con le organizzazioni sindacali mediche per un confronto sulle de-

cisioni di programmazione e organizzazione.

Assegnazione degli incarichi dirigenziali nel rispetto delle regole e stabilizzazione dei precari.

Processo di negoziazione dei budget con l'effettiva partecipazione degli operatori e la trasparenza degli atti. Attivazione del Risk management. Rispetto delle relazioni sindacali e quindi delle regole contrattuali tra gli obiettivi da assegnare ai Direttori generali.

Le nostre quattro parole d'ordine

Informazione capillare ai medi-

ci sulle disposizioni vigenti e sull'andamento delle trattative sindacali a livello regionale ed aziendale. Riappropriazione del ruolo medico all'interno dell'organizzazione del Sanitario nazionale.

Alleanze con i medici dell'assistenza primaria per costruire insieme un Ssn capace di rispondere alle problematiche correlate alle malattie croniche.

Cooperazione con associazioni dei malati, con il Tribunale del Malato e con i cittadini per ottenere il più vasto consenso ad iniziative che aiutino la politica a pensare "meglio".





P.A. TRENTO

Romano Nardelli:
"STABILITÀ A RISCHIO"

ta la possibilità di partecipare alla discussione, in Quarta Commissione, sia all'Anao che all'Intersindacale provinciale ed effettivamente alcune delle nostre proposte e modifiche erano state accolte.

Le conseguenti criticità organizzative che dovremo affrontare saranno molte, tra cui ad esempio "il potenziamento" della Dipartimentalizzazione,

strettamente legato allo sviluppo della "Rete" di collegamento tra le varie strutture ed alla possibile conseguente mobilità degli operatori attualmente "legati" all'ospedale in cui operano.

Le urgenze

Sino a poche settimane fa le problematiche Trentine legate al precariato ed anche al

turnover medico erano fortunatamente state marginali, ora sono improvvisamente e drammaticamente presenti. È quindi evidente che le nostre urgenze sono quelle che si stanno affrontando a livello generale e il nostro stretto abituale legame

con l'Anao Nazionale è diventato ancor più fondamentale.

Le nostre quattro parole d'ordine

Direi una sola parola d'ordine, sentita a Silvi: "Dobbiamo farci sentire ora per non tacere per sempre!".



Le principali criticità

La manovra colpirà la sanità del Trentino, che pur fa parte delle "Regioni" virtuose, come e forse più che altre realtà. Il Consiglio provinciale nel corso dell'estate licenzierà la nuova Legge che riorganizzerà profondamente il Servizio sanitario provinciale. La Legge intergrerà per la prima volta sotto lo stesso tetto sanità e sociale, sostituendo la precedente Legge 10 del 1993. Le particolari caratteristiche orografiche del territorio Provinciale fanno sì che al momento vi siano sette

ospedali (uno di riferimento provinciale con strutture di 2° e 3° livello, gli altri di "Distretto o di valle" con caratteristiche peculiari spesso diverse per ognuno).

Le risorse economiche e di personale "attese" per tale realizzazione sono al momento state congelate o spazzate via dalla manovra.

Le proposte

Nei mesi scorsi era stata offer-

VALLE D'AOSTA



Piero Sirianni:
"PROBLEMI IRRISOLTI PER MANCANZA DI DIALOGO"

Le principali criticità

Una criticità è rappresentata dalla difficoltà di dialogo. Problemathe ormai vecchie continuano a restare irrisolte: migliaia di ore di straordinario, effettuate da molti colleghi per assicurare la continuità assistenziale, sono state congelate; il precariato; il disagio medico e il rispetto delle norme sul riposo psico-fisico; la mancata valorizzazione delle professionalità anche al fine di fa-

vorire la permanenza dei professionisti in Regione; la mancata attribuzione degli incarichi dirigenziali in modo funzionale alle reali esigenze della sanità valdostana; la valutazione dei dirigenti; l'impiego non sempre trasparente della libera professione nell'interesse dell'Azienda; ruolo non sempre chiaro di centri di potere in seno all'ospedale; mancata crescita professionale dei medici, in particolare in ambito chirur-

gico, in una Regione periferica dove il ricambio di professionalità è spesso difficoltoso.

Le proposte

Il sindacato ha presentato una bozza completa di contrattazione decentrata che purtroppo è andata molto al rilento. È stata proposta una via, già percorsa da altre Regioni, per risolvere il contenzioso sulle ore congelate, ma inutilmente: pertanto si sta procedendo ad un'azione legale. Abbiamo chiesto, e in parte ottenuto, la stabilizzazione per i precari. Abbiamo chiesto l'applicazione delle norme sul riposo psico-fisico e una valorizzazione dei turni di pronta

disponibilità e delle ore effettuate in pronta disponibilità (è in fase di definizione un accordo). Abbiamo proposto un tutore obbligatorio, che deve costituire un peso rilevante nella valutazione dirigenziale, anche in sede di rinnovo degli incarichi, finalizzato alla nascita degli attori equivalenti, che devono essere in grado di assicurare la continuità quali-quantitativa delle prestazioni, anche in assenza della figura apicale: ciò garantirebbe una crescita professionale uniforme, spe-

cialmente in ambito chirurgico (verificabile dai registri operatori). Abbiamo proposto criteri trasparenti per l'attribuzione della libera professione nell'interesse dell'Azienda.

Le urgenze

Il precariato. L'integrazione ospedale-territorio. Il disagio medico (guardie, pronte disponibilità). Il rispetto dell'orario di lavoro e del contratto. La valorizzazione della professione del medico.

Le nostre quattro parole d'ordine

Condivisione di obiettivi, motivazione, ottimizzazione, applicazione del Contratto.



VENETO



Salvatore Calabrese:
"INFORMARE E DENUNCIARE TUTTE LE CRITICITÀ"

Le principali criticità

È tuttora assente dopo oltre 14 anni una proposta di Piano socio sanitario regionale che individui nella qualificazione e nella razionalizzazione della rete ospedaliera uno degli obiettivi strategici da perseguire per superare le criticità esistenti. Nonostante le nostre denunce, permane da parte della Regione una scarsa attenzione alla gestione del rischio clinico, all'incompleta attuazione dei Lea e degli Accordi regionali in merito. Manca un progetto regionale condiviso per la formazio-

ne e l'aggiornamento dei dirigenti medici. Nel 2008 è stato predisposto un nuovo progetto sull'assistenza primaria per incentivare i medici convenzionati alla medicina di gruppo e alla costituzione della Utap. Progetto che non ha coinvolto i medici ospedalieri. Questo comporterà significative ripercussioni nell'organizzazione del lavoro negli ospedali e nelle strutture poliambulatoriali aziendali dislocate nel territorio dove i medici dipendenti sono sempre più presenti. C'è inoltre un severo conflitto con l'Università

che allarga i suoi spazi di influenza con gli affidamenti delle direzioni di strutture complesse e dei dipartimenti agli universitari. Anche se grazie all'azione dell'Anao abbiamo bloccato iniziative che colpivano i medici ospedalieri in più sedi (Verona, Treviso, Venezia).

Le proposte

Portare avanti con forza un'azione di informazione e denuncia pubblica di tutte le criticità esistenti: questo è uno dei capisaldi dell'azione futura della nostra Associazione. Per questo continueremo a fare pressione sulla Regione per ottenere una forte integrazione ospedale-territorio e attuare il Progetto per l'integrazione ospedale-assistenza primaria.

Intendiamo poi confrontarci con la Regione sull'applicazione della normativa contrattuale, che in assenza di un futuro contratto economico, diviene fondamentale per garantire la sicurezza, la qualità e la formazione professionale.

Le urgenze

Attuare nuove linee di indirizzo in merito alla definizione di un moderno Pssr per garantire ai cittadini l'attuazione di un elevato standard di sanità ospedaliera, e ai medici una più eleva-

ta tutela contro il rischio clinico, il disagio e il fenomeno del mobbing. Trovare una soluzione al precariato medico che nel Veneto incide in maniera significativa, più che in altre Regioni.

Le nostre quattro parole d'ordine

Difesa del Ssn e dei rapporti pubblico/privato; organizzazione della rete ospedaliera e delle condizioni di lavoro; formazione professionale e sindacale; qualità gestionale e professionale.



VII RAPPORTO CEIS-SANITÀ

PER LA SANITÀ SI SPENDE POCO. MA I DISAVANZI RESTANO

La spesa sanitaria italiana può considerarsi ormai sotto controllo. Forse anche troppo, considerando congiuntamente che, per effetto degli interventi di contenimento attuati negli ultimi anni, la nostra spesa pro-capite è oggi del 17,6% inferiore a quella dell'Europa a 15 e addirittura di quasi il doppio più bassa se nel confronto ponessimo anche paesi extraeuropei come il Canada, il Giappone e gli Usa, ma anche che persiste la carenza di tutela per la non autosufficienza.

È forse questo il dato più significativo del Rapporto Ceis-Sanità 2009, presentato a Roma. Giunto alla sua settima edizione, il lavoro del Centro studi economici ed internazionale afferente alla Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma, fotografa anche le ripercussioni di questo evidente gap di finanziamento del sistema sanitario, ancor più evi-

dente in considerazione della crisi economica esplosa nel 2008, sul budget familiare destinato alla salute.

Tre dati su tutti: 338.000 nuclei familiari (pari ad oltre 1 milione di persone) sono stati soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spesa sanitarie o sociali (soprattutto per problemi di non autosufficienza); altre 992.000 famiglie (per un totale di circa 3 milioni di persone) sono state costrette a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto ai propri redditi; in oltre 2.600.000 famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a sostenere spese sanitarie per il peso economico che avrebbero comportato.

In tutto, quindi, si può presumere che siano oltre 5 milioni gli italiani che hanno avuto problemi di diversa entità nell'accesso alle cure nel corso del 2009. Da sottolineare che la capacità delle Regioni di evitare tali fenomeni di impoverimento appaiono molto diverse tant'è che l'analisi sull'equità in termini di impatto della spesa sanitaria sui bilanci familiari (out of pocket) indica una significativa differenza regionale con picchi di maggiore

impoverimento relativo e quindi di minore equità nella soddisfazione della domanda di cure e assistenza, in Piemonte, Molise e Liguria e una minore incidenza di impoverimento e quindi di maggiore equità nella soddisfazione della domanda in Campania, Marche e Puglia.

Dal punto di vista economico finanziario si delinea uno scenario preoccupante, ovvero la necessità di un significativo intervento regionale a copertura della spesa. E ciò anche dopo l'ultima manovra economica attualmente all'esame del Parlamento, che appare sostanzialmente neutrale rispetto al finanziamento regionale per il 2010, e moderatamente incisiva per il 2011 (- 418 milioni per blocco contratto del personale).

Pertanto, secondo le previsioni del Ceis, le Regioni potrebbero quindi trovarsi a dover reperire risorse (con nuove tasse o nuovi ticket o tagli alle prestazioni) intorno ai 6 miliardi di euro per il 2010 e 7 miliardi nel 2011. La spesa sanitaria del Ssn per il 2010, sempre secondo le previsioni del Ceis aggiornate con i saldi della nuova manovra economica, dovrebbe infatti assestarsi sui 116,5 miliardi nel

La spesa sanitaria italiana inferiore del 17,6% a quella dell'Europa a 15. Per il 2010 e 2011 in vista forti disavanzi di gestione per Asl e Ospedali. Cresce anche l'impoverimento delle famiglie per spese sanitarie non coperte dal Ssn e 5 milioni di italiani hanno avuto problemi nell'accesso alle cure. Questi i dati più eclatanti del VII Rapporto Sanità del Ceis Tor Vergata che disegna prospettive nere per i disavanzi di regionali

2010 e sui 121 miliardi nel 2011.

A questo punto occorre rilevare che, qualora tali previsioni dovessero essere confermate, gli oneri del disavanzo e le relative coperture rischiano di pesare in modo disomogeneo tra le 21 Regioni e Province Autonome, con maggior incidenza nelle Regioni già oggi in dissesto finanziario e oggetto di Piani di rientro.

Un quadro caratterizzato anche da una forte disomogeneità nella distribuzione delle risorse, dovuta essenzialmente al criterio del riparto procapite in base all'età della popolazione che crea una forbice significativa tra il picco di 2.119 euro procapite del Trentino Alto Adige e il minimo di 1.636 euro pro capite della Calabria. Un gap giustificato dal presupposto che una popolazione anziana "consumi" più sanità ma che lascia certamente più di un dubbio sulla entità e sulla effettiva correttezza della redistribuzione, in relazione al fatto che è dimostrato l'età essere la principale ma non l'unica determinante dei bisogni sanitari, come anche l'evidenza che sia necessario garantire le dotazioni essenziali di personale e strutturali, indipendentemen-

te dalla quantità delle prestazioni erogate.

Ma vediamo una breve sintesi di alcuni capitoli della ricerca.

SPESA SANITARIA

La spesa sanitaria totale in Italia nel 2008 (ultimo dato consuntivo disponibile) è stata pari all'8,7% del Pil (e certamente il dato del 2009 risulterà cresciuto ulteriormente, anche per effetto della recessione economica) ma, con l'indotto che crea, si stima che l'economia legata alla Sanità in termini di valore aggiunto superi il 12%, rappresentando la terza industria italiana dopo alimentari ed edilizia.

L'incidenza della spesa sanitaria totale in Italia è pari all'8,7% del Pil rispetto all'8,9% media dei Paesi OcCd; lo scarto è poi decisamente inferiore alla media dei Paesi dell'Europa a 15 (9,2%); ma, ciò che più conta, le politiche di contenimento sembrano essere state vincenti: infatti dal 1990 ad oggi, la crescita di tale incidenza è stata in Italia inferiore agli altri Paesi, fermandosi ad un solo punto di Pil: solo Finlandia e Nuova Zelanda hanno fatto meglio, peraltro avendo registrato una crescita del Pil decisamente superiore. Per effetto di questi

andamenti la spesa totale pro capite italiana è oggi del 17,6% inferiore (pari a 2.286 euro) a quella dei Paesi Eu 15% (e se si considerassero anche Paesi quali Canada, Giappone e Usa tale scarto quasi raddoppierebbe).

L'intervento pubblico esercita una importante funzione di redistribuzione: il riparto delle risorse porta a garantire una quota capitaria pro capite pari in media a 1.745, con un massimo di 2.119 euro in Trentino Alto Adige e un minimo di 1.638 euro in Campania, con un differenziale quindi del 23%. Tali differenze si spiegano con la pesatura delle quote capitarie in base ai bisogni: si stima che circa l'1% in più di over 65 porti un finanziamento maggiore del 2,2%.

La redistribuzione operata dal finanziamento pubblico è apprezzabile nel fatto che il finanziamento garantito in media alle Regioni, in rapporto al proprio Pil, si attesta al 5,7% nel Nord, al 6,0% nel Centro, sino al 9,3% nel Sud.

Malgrado la redistribuzione, i disavanzi si concentrano nel Centro Sud: di fatto Lazio, Sicilia e Campania, in base ai risultati di esercizio, da sole rappresentano quasi il 77% del disavanzo complessivo del sistema nell'anno 2008. La maggiore peculiarità riferibile alla composizione della spesa nel sistema sanitario italiano rimane quella relativa alla componente di spesa sanitaria privata. Quella pro capite passa dagli euro 292 in Basilicata, agli euro 649 in Friuli Venezia Giulia, senza una evidente relazione con il reddito medio delle famiglie. Di questa spesa quasi l'86% (dati fermi al 2007) risulta spesa out of pocket, mentre in Europa molti Paesi sono sotto il 50% (32,5% in Francia).

La mancanza di un secondo pilastro di copertura sanitaria comporta effetti equitativi non desiderabili, che si riassumono nell'esistenza di oltre 338mila nuclei familiari annualmente soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spese sanitarie o sociali

(non autosufficienza), e quasi 992.000 nuclei familiari costretti, almeno in un mese nell'anno, a sostenere spese per la Sanità molto elevate rispetto alle proprie possibilità (spese cd. catastrofiche). Si stima inoltre che in oltre 2.600.000 nuclei familiari, almeno un componente abbia addirittura rinunciato a sostenere spese sanitarie, per il peso economico che queste avrebbero implicato.

L'ARCHITETTURA DEL SISTEMA

Da un punto di vista organizzativo il sistema da una parte vede alcune tendenze comuni (ad es. accorpamento delle Asl e riduzione dei Posti Letto per acuti), ma con velocità diverse e altrettante forze centrifughe a livello regionale, da ultimo accelerate per effetto del federalismo.

La dimensione media delle Asl sfiora oggi i 350mila abitanti, ma con una variazione regionale molto accentuata: considerando i casi estremi, si passa da 1,5 mil. di abitanti della unica Asl della Regione Marche, ai 118.200 della Regione Basilicata, con un rapporto di 1 a 12; analogamente la dimensione media dei distretti passa dai 154.000 abitanti in media della Regione Lazio (superando di fatto la soglia dei 60.000 abitanti indicata dalle norme) a meno di 25.000 del Molise (con un rapporto di circa 1 a 6).

Le differenze sono ancora più marcate per altre forme di presidio che caratterizzano la primary care: i punti di guardia medica vanno dai 61.700 abitanti in media per punto di guardia medica della P.A. di Bolzano ai 4.200 della Regione Basilicata; i consultori dai 57.000 abitanti in media della P.A. di Trento ai 5.700 della Regione Valle D'Aosta; i Centri di salute mentale dai 118.200 abitanti in media nella Regione Basilicata ai 15.700 della Regione Valle D'Aosta. Secondo i dati più recenti disponibili (2007) il personale dipendente delle ASL, al netto di quello impegnato nei pre-

sidi ospedalieri a gestione diretta, varia da 6,5 dipendenti per 1.000 abitanti della Valle d'Aosta, all'1,4 della Lombardia, con una media nazionale di 3,0; si noti la forte disparità di personale con cui si gestiscono le attività extra ospedaliere, e anche come nell'ultimo quinquennio per quanto la numerosità del

personale (per quanto il dato potrebbe essere inficiato ad esempio dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) sia in media leggermente diminuita (3,6% nel quinquennio), le Regioni approssimativamente si equiripartiscono: poco più di metà hanno aumentato il personale, in particolare la P.A. di Bolzano, la P.A. di Trento e Basilicata (rispettivamente con +94,1%, +41,3% e +29,8%), mentre le altre lo hanno diminuito (in particolare in Lombardia 36,3%, e la Liguria 26,2%). Passando ai presidi ospedalieri, la tendenza è a un riduzione degli stessi e anche dei posti letto, ma con velocità, modalità e livelli difforni fra le Regioni. Circa due terzi delle Regioni e Province Autonome hanno, nel periodo 2000-2007, ridotto contemporaneamente numero di strutture e di posti letto, e di queste circa metà hanno ridotto i posti letto in una percentuale maggiore rispetto a quella delle strutture. Ad oggi la densità di posti letto per acuti ogni mille abitanti registra un valore medio nazionale pari a 3,8; le Regioni con minore dotazione di posti letto per acuti risultano la Campania e il Piemonte con, rispettivamente 3,3 e 3,4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti. Per contro, la Regione che presenta la densità di posti letto per acuti più elevata è il Molise con 5,2 posti letto ogni 1.000 abitanti. La disomogeneità territoriale è significativa anche nel caso dei

Spesa Sanitaria pubblica su PIL Valori %

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	6,14	6,74	6,72	6,78
Nord	5,20	5,66	5,68	5,80
Centro	5,83	6,56	6,47	6,46
Sud	8,56	9,36	9,38	9,37
Piemonte	5,76	6,31	6,30	6,48
Valle d'Aosta	5,39	6,11	5,96	6,18
Lombardia	4,67	5,04	5,10	5,17
P. A. Bolzano	5,88	6,46	6,39	6,50
P. A. Trento	5,65	6,14	6,15	6,23
Veneto	5,30	5,74	5,70	5,81
Friuli Venezia G.	5,53	5,81	6,15	6,53
Liguria	6,68	7,30	7,20	7,36
Emilia Romagna	5,11	5,71	5,70	5,80
Toscana	5,82	6,32	6,32	6,41
Umbria	6,40	7,15	7,05	7,18
Marche	6,07	6,31	6,26	6,42
Lazio	5,70	6,70	6,53	6,41
Abruzzo	7,21	8,25	8,22	8,00
Molise	8,55	9,71	9,77	9,92
Campania	9,14	9,68	9,71	9,81
Puglia	8,35	9,38	9,64	9,58
Basilicata	7,74	8,55	8,75	9,05
Calabria	9,07	9,27	9,48	9,65
Sicilia	8,85	9,96	9,69	9,51
Sardegna	7,56	8,08	8,07	8,23

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

posti letto per riabilitazione e lungo degenza. A fronte di una media nazionale pari a 0,6 posti letto per non acuti ogni 1.000 abitanti, a livello locale si registrano dotazioni che variano da 1,3 posti letto nella P.A. di Trento sino alla completa assenza di tale tipologia nella Valle d'Aosta.

Il personale dipendente dei presidi ospedalieri pubblici, ivi comprese le aziende ospedaliere e policlinici etc, è pari a circa 2,6 unità per posto letto (media nazionale al netto degli universitari), passando da un minimo di 1,9 registrato in Molise, a un massimo di 3,1 del Friuli Venezia Giulia e della P.A. di Bolzano. Anche in questo caso gli organici medi risultano significativamente diversi: nel quinquennio 2002-2007 (ultimo dato disponibile) il personale assegnato alle strutture di ricovero e cura pubbliche (per quanto il dato potrebbe essere inficiato anche in questo caso dalle modificazioni nei rapporti libero professionali e dal ricorso alle forme di outsourcing) in metà delle Regioni sembra aumentare, in particolare in Molise e in Liguria (rispettivamente +14,9%, +13,3%), mentre diminuisce nel restante 50% delle Regioni, in particolare nella P.A. di Bolzano (6,6%), con una tendenza alla riduzione del 1,2% annuo.

L'ASSISTENZA

Per quanto concerne l'assistenza, la variabilità regionale di quella ospedaliera è molto forte: i tassi di ricovero in regime ordinario passano da 109,5 per

mille esidenti del Piemonte a 183,3 dell'Abruzzo. A livello di ricoveri degli anziani over 75, le differenze crescono ancora passando da 254,3 del Piemonte a 470,5 della P. A. di Bolzano. Risultano ampiamente difforni anche le degenze medie (da 5,5 giornate della Campania a 8,0 della Valle d'Aosta), la quota di ricoveri in regime diurno (dal 23,4% della Puglia al 42,6% della Sicilia), e soprattutto la quota di Drg chirurgici (dal 31,2% della Calabria al 50,4% del Piemonte). Anche la complessità dei ricoveri appare regionalmente difforme: il "valore medio della produzione" per ricovero in Valle d'Aosta risulta del 34,7% superiore a quello dei ricoveri in Sardegna.

Si stima che l'inappropriatezza dei ricoveri (utilizzando ad esempio la quota dei Drg a rischio di inappropriatezza definiti a livello ministeriale) passi dal 15,0% della Toscana al 25,4% della Sicilia.

Le differenze regionali esplodono negli altri regimi diversi dalle acuzie: basti dire che i tassi di ricovero in riabilitazione variano fra lo 0,8 per 1.000 residenti della Sardegna, all'8,9 della Lombardia; la degenza media passa dalle 16,0 giornate dell'Abruzzo, alle 40 del Lazio. Analogamente per la lungodegenza abbiamo un tasso dello 0,02 per 1.000 residenti in Valle d'Aosta e del 7,0 in Emilia Romagna, con una degenza media compresa tra le 15,6 giornate del Friuli Venezia Giulia e le 51,9 della Calabria.

LE SPESE PER L'AVVOCATO? NO PROBLEM! SE SEI ISCRITTO PAGA ANAAO!

Dal 1 luglio 2010 per tutti gli iscritti all'Associazione disponibili nuovi importanti servizi, assolutamente gratuiti: la POLIZZA DI TUTELA LEGALE e il PRONTO SOCCORSO MEDICO LEGALE e ASSICURATIVO. E a breve anche la TUTELA PER "COLPA GRAVE" con condizioni particolarmente vantaggiose

1 | POLIZZA DI TUTELA LEGALE

Assicura tutti gli iscritti nell'esercizio della loro attività professionale, compresa quella libero-professionale intramoenia, anche in forma allargata.

Il servizio garantisce:

- la difesa nei procedimenti penali, civili e per gli illeciti amministrativi;
- la difesa in procedimenti disciplinari e nelle controversie contrattuali nascenti dal rapporto di lavoro dipendente (a partire dal 4° mese dall'iscrizione);
- la resistenza avverso richieste di risarcimento danni;

- la difesa, in qualità di conducente, nei procedimenti penali originati da violazione di legge collegati alla circolazione stradale;

- retroattività di 24 mesi per la difesa penale;

- garanzia postuma di 12 mesi. La polizza copre gli onorari e le spese sostenute per un Legale liberamente scelto dall'Associato senza limite territoriale; le spese giudiziarie; gli onorari dei consulenti tecnici di parte; le spese di traduzione; le spese di viaggio.

Il massimale per ciascun Associato è di 25.000 mila euro per ogni sinistro senza limite annuo. Il tetto può essere elevato fino a 100.mila euro per sinistro.

La polizza è gratuita per i medici dipendenti iscritti alla associazione e i medici pensionati che mantengono l'iscrizione.

2 | PRONTO SOCCORSO

2.1 MEDICO-LEGALE

Il servizio nasce con lo scopo di rilevare e rispondere rapidamente alle richieste di consulenza medico-legale-assicurativa, anche non urgenti, rispetto agli adempimenti necessari per un'adeguata tutela e di supportare i dirigenti medici in caso di contenzioso.

L'Associato può richiedere l'attivazione gratuita di questo servizio attraverso il numero verde 800-689955 a cui risponde in prima battuta il personale Anaa Assomed adeguatamente formato. Alle richieste ricevute viene attribuito un codice.

CODICE ROSSO

Richiesta di consulenza in caso di contenzioso penale (ricevimento di un avviso di garanzia). Tempo di risposta: immediata

CODICE GIALLO

Richiesta di consulenza in caso di contenzioso civile (richiesta di risarcimento danni, giudiziale o extragiudiziale). Tempo di risposta:

entro le 8 ore successive alla richiesta

CODICE VERDE

Problematiche di natura medico-legale nell'attività professionale quotidiana (es. consenso informato ai trattamenti sanitari, redazione della cartella clinica, Tso, ecc.); Tempo di risposta:

entro le 24 ore successive alla richiesta

CODICE BIANCO

Richiesta di supporto per la stesura della relazione richiesta dalla Direzione Sanitaria per reclamo/segnalazione da parte dei cittadini. Tempo di risposta:

entro le 48 ore successive alla richiesta.



2.2 ASSICURATIVO

È a disposizione degli iscritti un servizio GRATUITO di consulenza in merito alla propria posizione assicurativa e/o alle polizze in essere e/o alle polizze aziendali.

3 | TUTELA PER "COLPA GRAVE"

L'Anaa Assomed metterà a breve a disposizione dei propri iscritti anche una polizza di responsabilità civile per "colpa grave" a premi e condizioni particolarmente vantaggiosi rispetto a quanto richiesto dalle Aziende Sanitarie.



PER INFORMAZIONI SULL'UTILIZZO E LA GESTIONE DEI NUOVI SERVIZI RIVOLGERSI ALLE SEDI DI:

Milano

telefono 026694767
e-mail: segr.naz.milano@anaao.it

Roma

telefono 064245741
e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

Napoli

telefono 0817649624
e-mail: segr.naz.napoli@anaao.it

DIRIGENZA **MEDICA**
Il mensile
dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI SANITARI

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

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

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004
n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza
dei dati forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di luglio 2010