

ALLA VIGILIA DEL DDL CALDEROLI

FEDERALISMO
SANITARIO

TUTTI
I NOSTRI
DUBBI

↳ Domenico Iscaro

Il Ddl sul federalismo fiscale prosegue la sua marcia parlamentare ed ottiene il sì della Camera con soli 35 voti contrari e 195 astenuti, numeri da leggere in chiave squisitamente politica e quindi lontana da specifiche ragioni tecniche. Ora il Ddl è tornato al Senato in terza lettura, dopo il quale sarà legge dello Stato. Tra i punti maggiormente discussi e che sollevano non pochi interrogativi ed inevitabili conseguenti fiumi di parole è la gra-

duale sostituzione del criterio della spesa storica con quello dei costi standard. Passaggio che provoca non poche preoccupazioni nonostante sia previsto un congruo periodo di transizione. Eravamo e siamo consapevoli che il processo di trasformazione federalista del-

lo Stato avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione – che trasferiva poteri e competenze dallo Stato agli enti periferici coerentemente con il principio che gli atti di governo hanno maggiore efficacia di esercizio e maggiore democrazia partecipativa se eser-

citati nei luoghi decisionali più vicini ai cittadini – senza il federalismo fiscale è una riforma incompiuta, a doppia velocità. Per questo motivo la nostra Associazione ha sempre seguito con attenzione l'evoluzione politico-legislativa del testo di legge sul federalismo fiscale.

Ora siamo ad un passo dalla definitiva approvazione della riforma e dopo il via libera del Senato entro due anni dovranno essere adottati decreti attuativi e l'entrata a regime del federalismo fiscale è prevista entro cinque anni.

È quindi arrivato il momento di

segue a pag. 15

Sommario

FNOMCEO

Intervista ad Amedeo Bianco: obiettivo affermare la qualità medica *pagine 2-3*

GOVERNO CLINICO

Di Virgilio (Pdl): le Regioni frenano sul provvedimento ma l'accordo ci sarà *pagina 4*

PREVIDENZA

Cazzola (Pdl): in pensione a 40 anni? Resta questa l'idea del Governo *pagina 5*

RAPPORTO OSSERVASALUTE

È sempre più divisa l'Italia della sanità: migliora il Nord, Centro Sud in difficoltà *pagine 9-12*



INTERVISTA AD AMEDEO BIANCO,
PRESIDENTE DELLA FNOMCEO

“AFFERMARE LA QUALITÀ MEDICA”

Presidente Bianco, innanzi tutto complimenti per la sua riconferma. Ora ha davanti altri tre anni alla guida della Federazione, che potranno essere ancora più intensi di quelli appena trascorsi, visto che già conosce bene la “macchina” che dovrà guidare. Quale sarà il suo principale obiettivo?

Sviluppare un modello, praticabile ed attuale, di promozione e valutazione della qualità professionale, a cominciare dal momento formativo di base, quando a colpi di scalpello si delinea il futuro professionista. Ciò che ci preoccupa è che i contenuti cognitivi e i profili di competenze in questa fase vengano definiti in assenza di adeguati e coerenti riferimenti ai profili professionali, in altre parole si trasmettono saperi spesso disgiunti dal saper essere e dal saper fare, ovvero la traduzione delle

conoscenze e delle competenze nella pratica dell'esercizio professionale. Questo progetto di qualità richiede che sistema formativo e sistema professionale siano molto più profondamente integrati e bisogna dare più peso nei *core curricula* alle nuove scienze umane: la comunicazione, l'antropologia, la sociologia, per orientare sempre più il professionista ad un approccio attento al paziente come persona. Successivamente la qualità professionale si dovrà sviluppare individuando metodologie, soggetti e risorse idonee a produrre e mantenere nel tempo occasioni per la formazione e l'aggiornamento continuo: in altre parole un sistema formativo nel sistema delle cure e dell'assistenza, capace di accompagnare il professionista per tutta la sua vita lavorativa dandogli l'opportunità di migliorare gli skills e le performances dei servizi.

Sviluppare la qualità professionale, a cominciare dalla formazione di base. Questo l'obiettivo principale della nuova “legislatura” Fnomceo lanciato da Amedeo Bianco per il suo secondo mandato. Sul fronte dei temi etici, Bianco non ha dubbi: “Quando una persona si trova a vivere il passaggio da capace ad incapace, non deve diminuire la quantità e la qualità dei suoi diritti ma devono aumentare la quantità e la qualità delle tutele per garantire meglio lo stesso diritto”

↳ Eva Antoniotti

Malgrado le difficoltà del sistema Ecm, sembra più semplice realizzare questo processo di formazione continua piuttosto che intervenire sulla formazione di base, dove ci si scontra con le regole interne del mondo universitario.

Anche in questo ambito esistono diverse attenzioni e sensibilità. Ad esempio in alcuni corsi universitari sono

state inserite materie come etica e deontologia, antropologia, economia sanitaria, perché ci si sta rendendo conto che la complessità dell'esercizio professionale ha bisogno di nuovi strumenti. Così come in alcune facoltà, al quinto e sesto anno, alcuni crediti universitari sono riconosciuti ad attività svolte nell'ambito della medicina di

famiglia. In Toscana si stanno avviando sperimentazioni formative in ospedali di comunità, dove medici specialisti e medici di famiglia lavorano insieme e allo stesso tempo formano medici e infermieri su questo modello di integrazione. Sono testimonianze di come, insistendo con convinzione, il modello formativo può rinno-

vars superando inerzie ed autoreferenzialità.

Sviluppare la qualità professionale sembra essere un progetto in sintonia con la volontà politica, più volte annunciata, di dare spazio al governo clinico.

Uno dei compiti principali dell'istituzione ordinistica è promuovere e garantire la piena espressione dell'autonomia e della responsabilità del professionista, quale garanzia verso il cittadino di un esercizio libero delle sue funzioni di tutela. Ma il governo clinico è un progetto nato e destinato a migliorare un sistema organizzativo e gestionale di produzione ed offerta di servizi sanitari nel quale è entrato in gioco il "terzo pagante", rappresentato dallo Stato e dunque dalle sue espressioni istituzionali, (Governo-Regioni) ed, in ultima analisi, dalle forme in cui si esprime la rappresentanza di interessi generali e cioè la politica. Stiamo affrontando questo complesso tema che ha per obiettivo il miglioramento della qualità, dell'efficacia e della sicurezza dei servizi sanitari insieme a quegli interlocutori professionali che poi, sul versante dell'organizzazione del sistema, hanno più voce in capitolo, ovvero le organizzazioni sindacali di categoria e con le Società medico-scientifiche, che sono i naturali depositari delle prospettive tecnico-scientifiche.

Per noi governo clinico vuol dire reclutare l'autonomia e responsabilità di ogni professionista alla migliore organizzazione e gestione delle attività sanitarie e sociosanitarie. Dare spazio al Collegio di direzione vuole, infatti, dire riconoscere ai professionisti autonomia e responsabilità per poter esprimere al meglio le loro potenzialità, coniugando la gestione delle attività sanitarie con la responsabilità che gli deriva dall'essere parte costitutiva di quella organizzazione. Ma per ottenere buoni risultati occorre rendere trasparente il rapporto tra politi-

ca, gestione e professione, perché la politica si fermi dove comincia la gestione e la gestione si fermi dove comincia le aree di autonomia e responsabilità della professione.

Il governo clinico è un modo per riconquistare autonomia assoluta da parte dei medici?

No. I ritorni al passato esistono solo nella fantasia degli scrittori, mentre qui parliamo di cose concrete. Sono cambiati i contesti culturali, sociali, economici, politici, organizzativi e quindi pensare di ritornare ad un modello paternalista e corporativo della professione vorrebbe dire illudersi e perdere intanto il treno che passa. Perché i grandi cambiamenti sono sempre un mix di rischi e opportunità. È vero che, nella fase di grande trasformazione che sta attraversando il mondo della sanità, noi medici rischiamo di essere marginalizzati, ma è vero anche che le grandi sfide dell'appropriatezza e della sostenibilità economica, etica e civile del sistema non potranno essere vinte se ai professionisti non saranno compiutamente riconosciuti ruoli e compiti, centrali ed esiziali, nel governo del sistema sanitario. E insieme a loro dovranno contare i cittadini perché la sanità è, più di ogni altro, il terreno delle scelte che devono diventare un momento di responsabilità non solo della politica che deve definire gli indirizzi, ma anche dei professionisti che devono avvallare la base tecnico-professionale e dei cittadini che devono commisurare il loro consenso/dissenso all'equità e sostenibilità del sistema. Faccio un esempio: i nuovi farmaci costeranno di più e avranno finestre terapeutiche più strette, i politici devono garantire che questi farmaci siano accessibili, i professionisti devono garantire che l'uso sia il più appropriato possibile, i cittadini, opportunamente informati e coinvolti, devono supportare eventuali restrizioni di accesso laddove il loro uso sarebbe inappropriato. Solo in

questo modo il sistema può trovare un equilibrio e reggere le tremende sfide di sostenibilità ed equità del presente e del prossimo futuro.

In questi anni la Fnomceo si è molto occupata di temi etici, che d'altra parte, investono anche il dibattito politico e l'opinione pubblica, basti pensare alla legge sulla Pma o a quella sul testamento biologico. Come pensa di intervenire ora?

Come cittadini possiamo intervenire nel dibattito affrontando le questioni poste sotto ogni profilo, da quello etico a quello politico. Ma come professionisti la prima domanda che dobbiamo porci è: sotto il profilo delle nostre conoscenze e delle nostre competenze, la quantità e qualità di tutela che noi diamo a supporto delle nostre decisioni e di quelle che sollecitiamo ai nostri pazienti sono sufficienti o possono essere migliorate? Ad esempio, nel corso del confronto sul cosiddetto biotestamento avviato con le Società medico-scientifiche e con le Associazioni di Tutela dei cittadini, abbiamo concordemente rilevato che le nostre conoscenze riguardo le condizioni di stato vegetativo, i suoi profili diagnostici e prognostici, la valutazione sistematica degli esiti di trattamenti di cura ed assistenziali compresa la nutrizione ed idratazione artificiale presentano alcune aree di incertezza che si ingigantiscono laddove viene posta la questione della limitazione e/o sospensione dei trattamenti anche in ragione di Dichiarazioni anticipate.

Allora non si deve fare nulla riguardo al testamento biologico?

Ritengo che la vicenda Englaro abbia segnato un punto di non ritorno, le questioni che ha posto ed i conflitti giuridici che ha aperto possono essere riequilibrati solo attraverso un intervento legislativo che paradossalmente deve però sottrarsi alle grandi emozioni del caso Englaro. Lo abbiamo detto in passato e lo ri-

petiamo oggi: occorre un dispositivo leggero che definisca modalità, finalità, contenuti e limiti delle Dichiarazioni anticipate di trattamento quale eccezionale e particolare estensione del principio del consenso/dissenso informato e consapevole del paziente ai trattamenti in una condizione, quella di un danno irreversibile delle capacità cognitive di sé e di relazione con l'ambiente, determinanti una attuale incapacità di intendere e volere. Leggero significa per noi mite, che non deve occupare ed assorbire la relazione di cura o meglio quella alleanza terapeutica che si fonda su un responsabile bilanciamento tra la libertà di scelta del paziente e l'esercizio autonomo delle tutele in capo al medico. Sono convinto che, quando una persona si trova a vivere il passaggio da capace ad incapace, non deve diminuire la quantità e la qualità dei suoi diritti ma devono aumentare la quantità e la qualità delle tutele per garantire al meglio lo stesso diritto.

Anche per questo abbiamo chiesto alla politica ed al Parlamento una pausa di riflessione e, relativamente gli stati vegetativi, l'avvio di uno studio osservazionale rigoroso sulle aree di incertezza. Così potremo irrobustire la struttura della scelta, dando risposte al principio di precauzione in più occasioni invocato, in modo che i pazienti e le loro famiglie e gli stessi medici possano disporre di robuste evidenze su cui fondare le proprie scelte.

Su temi come questo, viene spontaneo pensare ad una interlocuzione diretta con i cittadini.

Abbiamo avuto rapporti importanti con le associazioni di cittadini già in passato e vorremmo svilupparli. L'arcipelago dell'associazionismo non profit di affiancamento ai malati deve sempre più e sempre

meglio rappresentare uno straordinario punto di riferimento per le nostre professioni, perché sostiene gran parte degli sforzi di assistenza domiciliare e residenziale nell'ambito delle cronicità.

L'impegno civile della Fnomceo si è manifestato recentemente anche con la decisa presa di posizione contro le norme contenute nel pacchetto sicurezza che "consentivano" ai medici di denunciare gli immigrati irregolari. È una presa di posizione che va interpretata in chiave politica?

Absolutamente no. Mettere delle barriere, ancorché implicite (la possibilità di una segnalazione) all'accesso dei clandestini ai servizi sanitari pubblici, è innanzitutto una sciocchezza sotto il profilo della tutela della salute pubblica, perché produce una immersione nella clandestinità delle malattie comprese quelle infettive e diffuse, riducendo sul versante sanitario il profilo di sicurezza delle comunità. Tutti sanno che l'unico modello che funziona nel controllo di questo tipo di patologie diffuse è quello che promuove e garantisce ampio e libero accesso ai servizi pubblici.

Ed è una norma da respingere anche sul versante etico e civile che per noi è sintetizzato nel Codice Deontologico. Ancora una volta, l'importante non è ciò che il medico fa ma ciò che viene percepito che egli possa fare. Una norma come questa ne snatura il ruolo essenziale, che è di accoglienza e non di denuncia. Anche nelle guerre più barbare, si sospendono i combattimenti perché i medici e gli infermieri, sia pure in divisa, possano raccogliere i feriti e i morti che sono gli ultimi degli ultimi. Per fortuna, senza guerre e senza divisa, vogliamo continuare ad essere medici per tutti, anche con gli ultimi tra gli ultimi.

Governo clinico vuol dire reclutare l'autonomia e responsabilità di ogni professionista alla migliore organizzazione e gestione delle attività sanitarie e sociosanitarie

Intervista a **DOMENICO DI VIRGILIO (PDL)**

CLINICAL GOVERNANCE IN STAND BY

Onorevole Di Virgilio, il testo sul governo clinico che sarebbe dovuto approdare in Aula alla fine di marzo si è bloccato dopo l'altolà delle Regioni. Cosa sta succedendo?

Le Regioni ci hanno fatto sapere di avere delle perplessità sostenendo che le disposizioni contenute nel provvedimento sono invasive dell'autonomia regionale soprattutto in materia di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi. In sostanza, secondo le Regioni ci sarebbero punti di incostituzionalità alla luce della riforma del Titolo V.

Come pensate di uscire dall'impasse?

In qualità di relatore ho proposto alle Regioni un tavolo di confronto al quale parteciperanno anche i capigruppo di Maggioranza ed Opposizione. Una proposta che è stata accolta. Certo questo comporterà un ritardo nella conclusione dell'iter di approvazione del provvedimento.

Previsioni?

Sono abbastanza ottimista sulla possibilità di trovare un accordo. Non abbiamo nessuna intenzione di scavalcare le Regioni, ma abbiamo la ferma volontà di andare avanti perché lo Stato deve dare linee generali su materie di sua competenza. Inoltre, sono fermamente convinto che il governo clinico rappresenti una grande opportunità per la sanità italiana:

↳ Ester Maragò

sarà una minirivoluzione positiva. Questo provvedimento nasce dalla necessità di offrire una volta per tutte soluzioni alle richieste sia dei cittadini che mostrano insoddisfazione verso alcune criticità del sistema, sia dei medici che sempre più si sentono emarginati dalla gestione della sanità.

Quali sono i punti controversi?

Quello sui criteri di nomina e valutazione dei Direttori generali e dei dirigenti di struttura complessa. Anche se sono convinto che l'indicazione prospettata sia la più idonea per arrivare alla massima trasparenza del sistema. Poi c'è quello sull'età pensionabile. Puntiamo all'equiparazione tra universitari ed ospedalieri: e su questo aspetto c'è concordanza con le Regioni. La discussione è invece aperta sul limite massimo per il pensionamento che vorremmo portare a 70 anni. Su questo c'è qualche resi-

stenza perché si vorrebbe il limite a 68 anni di età.

Parliamo di intramoenia. Qual è il vostro obiettivo?

Il nostro intendimento, quello del Governo e del Pdl, è di rispettare la libertà di scelta del cittadino a farsi curare da chi vuole e quando vuole. Ed anche quella di rispettare la libertà del medico ad esercitare la libera professione una volta espletata l'attività ospedaliera e secondo tutte le regole che le Regioni riterranno opportune. Non siamo per l'intramoenia allargata, vogliamo una volta per tutte che si dica o dentro o fuori e cioè che il medico scelga l'intra o extramoenia. Rimane però la possibilità per chi ha optato per l'intramoenia di potere svolgere l'attività libero professionale in strutture esterne all'azienda qualora questa non sia in grado di offrire gli spazi idonei sia per prestazioni ambulatoriali sia per attività di ricovero. Ricordo che il Governo, come già quello precedente, ha messo fondi a disposizione perché questo sia realizzabile.

Mi scusi, ma di fatto si sancisce un'intramoenia allargata ad libidum ...

Ci sarà fino a che la struttura non sarà in grado di offrire spazi idonei all'attività libero professionale

Il testo si rivolge anche alla dirigenza infermieristica ... Abbiamo pensato a regola-

mentare la libera professione degli infermieri. Un'opportunità che per questioni organizzative, di fatto, non si è mai concretizzata. Per questo nel testo di legge abbiamo previsto espressamente che venga organizzata nelle Aziende.

È invece ancora aperta, con la dirigenza medica, la problematica relativa alla dirigenza infermieristica. In alcune Regioni come Emilia Romagna, Toscana e Lombardia esiste il capodipartimento infermieristico, ma questo dovrebbe realizzarsi su tutto il territorio nazionale. Quindi, anche se questo tema non è stato inserito nel provvedimento sul governo clinico, stiamo lavorando con il ministro Sacconi e il sottosegretario Fazio per arrivare, in tempi brevi, ad un accordo tra medici e infermieri.

A proposito di infermieri, la presidente dell'Ipasvi Annalisa Silvestro ha chiesto un riconoscimento del loro ruolo a tutto tondo e una valorizzazione delle loro competenze e responsabilità. Per cui sarebbe più opportuno parlare di "governo clinico e assistenziale". Come risponde?

Nelle Audizioni ufficiali svoltesi nella XII Commissione Affari Sociali della Camera abbiamo convocato i rappresentanti dell'Ipasvi che hanno illustrato le loro esigenze ed esposto le loro richieste che saranno tenute presenti.

Sulla possibilità di istituire l'Ordine professionale degli infermieri?

Il dibattito sulla esistenza degli Ordini è ancora aperto. Di certo non siamo contrari all'istituzione di un Ordine ad hoc.



Domenico Di Virgilio

In qualità di relatore ho proposto alle Regioni un tavolo di confronto al quale parteciperanno anche i capigruppo di Maggioranza ed Opposizione. Una proposta che è stata accolta. Certo questo comporterà un ritardo nella conclusione dell'iter di approvazione del provvedimento

Intervista a **GIULIANO CAZZOLA**, deputato ed esperto di temi previdenziali

IL GOVERNO NON HA UN PIANO PER LA PREVIDENZA

Ridurre la spesa previdenziale, liberando risorse per la sanità. Già nel precedente Governo guidato da Berlusconi questa era la linea di tendenza generale. Una linea che però, alla prova dei fatti, non sembra così netta. Una occasione poteva essere il Ddl Brunetta, che interviene su tutto il settore del pubblico impiego. Al di là degli importanti risultati ottenuti dai sindacati medici, che hanno ottenuto che per la dirigenza medica e sanitaria non venga trasformato in salario di risultato il 30% della retribuzione e che il pensionamento "obbligato" sia possibile solo dopo 40 anni di effettivo lavoro, in materia previdenziale non vi sono interventi decisi.

Abbiamo chiesto a Giuliano Cazzola, che sui temi previdenziali è voce autorevole della maggioranza di governo, come si debba interpretare questa situazione

Se è evidente l'intenzione del Governo ad intervenire sull'assetto della previdenza, non sempre è chiaro l'indirizzo generale. Si vuole ridurre il tempo di lavoro, ad esempio con la possibilità di pensionare "d'autorità" i dirigenti pubblici con più di 40 anni di contributi, o allungarlo, equiparando donne e uomini o dando la possibilità ai neo pensionati di restare in attività? Ono-

revole Giuliano Cazzola, può aiutarci a comprendere meglio quale è l'orientamento del Governo?

Il fatto è che il Governo – nel suo insieme – non persegue per adesso un disegno organico di carattere previdenziale. Se non fosse stato costretto dalla sentenza dell'Alta Corte di Giustizia (in sé abbastanza discutibile) il Governo non avrebbe mai affrontato neppure la questione del-

l'età di vecchiaia delle dipendenti pubbliche, per la quale è prevalsa comunque la linea di guadagnare tempo. La questione dei 40 anni non riguarda solo i dirigenti, ma tutti i dipendenti pubblici. È una specie di prepensionamento di massa (che si tiene insieme alle altre misure contenute nell'articolo 71 del dl 112). Quindi non vi è alcuna indicazione di carattere pensionistico, ma solo un modo per ri-

dure gli organici. Però la Camera ci ha infilato una zeppa: quella dell'effettività dei 40 anni. Il Governo vorrebbe tornare alla situazione precedente ma non lo ha ancora fatto.

Cosa succederà della delega per la definizione dei lavori usuranti e come potrebbe intervenire in ambito sanitario? È prevista la sua riapertura nel collegato lavoro ora in Commissione referente al Senato. Il personale sanitario può essere coinvolto in quanto svolga lavoro notturno.

Che effetto ha il passaggio della vigilanza sulla previdenza dei gruppi professionali (Enpam, Enpaf ecc.) dal ministero alla Covip?

La trovo una misura discutibile. Vuol dire che si accennerà la componente assistenziale di natura privatistica.

C'è ancora il progetto di accorpamento di Inps e Inpdap? Credo di poterlo escludere anche a nome del ministro.

Se il sistema contributivo, verso il quale ormai si orienta tutta la previdenza, è una sorta di "capitalizzazione individuale", ha senso parlare di età pensionabile?

Sicuramente. È sempre necessaria una soglia minima sia pure in un contesto di pensionamento flessibile. Poi non ha alcun senso che un sistema obbligatorio operi come una cattiva assicurazione privata erogando una prestazione ina-

Bio - Giuliano Cazzola

Nato nel 1941 è tra i maggiori esperti italiani di previdenza. Dirigente della Cgil fino al 1993. Attualmente è deputato eletto nelle liste del Popolo della libertà e vicepresidente della Commissione Lavoro della Camera.

deguata a persone ancora giovani.

Quali sono le ragioni per cui in Italia si hanno pensioni tra le più basse d'Europa ma anche il deficit previdenziale più alto?

Le ragioni sono tante. Bisognerebbe partire dai livelli stipendiali, che sono poi la radice dei trattamenti pensionistici. Quanto al deficit non è che il risultato di trattamenti erogati più generosi del dovuto. Poi, che i nostri pensionati stiano male – in rapporto ad altri ceti sociali ovviamente – è tutto da dimostrare. (E.A.)



Giuliano Cazzola

L'Anaao Assomed risponde a Cazzola

Giorgio Cavallero - Vice segretario nazionale Anaao Assomed

Nell'intervista rilasciata da Giuliano Cazzola si legge l'onesta ammissione che "il Governo nel suo insieme non persegue per adesso un disegno organico di carattere previdenziale". In effetti in questi mesi si è assistito ad un continuo cambiamento di rotta: prepensionamenti per statali, pensionamenti forzosi a 40 anni di retribuzione, ma anche proposte di elevazione a 70 anni di età di cessazione per la dirigenza. Se da un lato si invoca il turn-over, dall'altro lo si posticipa, il tutto con

crescenti difficoltà di cassa sfociate in alcune proposte di differimento del pagamento delle liquidazioni. Cosa ancor più preoccupante viene rivelata la volontà di reiterare il provvedimento di pensionamento con 40 anni di contribuzione. Delle molte inadempienze alle normative europee, particolare zelo viene riposto nella proposta di elevare l'età per il pensionamento di vecchiaia delle donne nel settore pubblico. In realtà la norma europea parte dalla discriminazione (solo in parte

collegata all'età pensionabile) delle pensioni delle donne rispetto a quelle degli uomini.

A quanto pare non preoccupa, invece, un'altra discriminazione che si verrebbe a creare: quella tra le lavoratrici del settore privato, che manterrebbero a 60 anni l'età del pensionamento e quelle del settore statale per le quali verrebbe elevata a 65 anni.

Registriamo una certa apertura su quello che fu uno slogan in voga molti anni fa: la cosiddetta "liberalizzazione dell'età pensionabile" che dovrebbe superare un concetto rigido di età pensionabile quando viene raggiunto un

montante contributivo sufficiente a garantire una pensione adeguata. Segnaliamo l'assenza nell'agenda dei problemi di una soluzione per la grave situazione in cui versa la previdenza complementare al palo da mesi in particolare per i dipendenti pubblici, oggi privi anche della deducibilità fiscale per i fondi negoziali. Il tramonto del progetto di accorpamento dell'Inps-Inpdap è una buona notizia anche se l'unica. In conclusione possiamo affermare che le pensioni sono basse anche per chi è ottimista a prescindere: incidono evasione fiscale e contributiva ad oneri impropri sui conti previdenziali.

Da Sindacati, Ordini e Enpam arriva un **SOSTEGNO ECONOMICO PER LA RICOSTRUZIONE**

L'ITALIA STRETTA INTORNO ALL'ABRUZZO

Quasi 300 morti, 1.500 feriti e più di 63mila persone senza casa. Il terremoto che nella notte tra il 5 e il 6 aprile ha devastato l'Abruzzo ha commosso l'Italia e dato il via a numerose azioni di solidarietà

↳ a cura di Lucia Conti e Ester Maragò

La terra ha tremato in Abruzzo, talmente forte da far barcollare i palazzi di Roma ed essere percepita nelle Regioni limitrofe. In meno di trenta secondi la provincia dell'Aquila era in ginocchio. Alcuni paesi sono stati completamente rasi al suolo. Palazzi di cinque piani ridotti in un ammasso di macerie. La casa dello studente dell'Aquila, come un fragile castello di carte, è venuta giù poco a poco. Chi è riuscito a scappare è corso in strada, senza niente altro che il pigiama che aveva indossato. Altre centinaia di persone non hanno fatto in tempo a correre via, sono precipitate giù, insieme alle loro case, tra le macerie. I morti insieme ai vivi. Senza poter far nulla se non sperare che qualcuno, al più presto, sollevasse quei massi e li riportasse alla luce e alla vita. I primi soccorsi sono stati immediati e in poche ore sono arrivati aiuti da tutta Italia. Ognuno con le proprie competenze, per salvare le vite e assistere chi, pur incolume, non aveva una casa in cui tornare. La protezione civile, i pompieri e le unità addestrate hanno scavato a mani nude per una settimana. A loro il compito di correre contro il tempo per estrarre dalle macerie le persone ancora vive. A pochi passi da quei cumuli di mattoni, anche gli infermieri e i medici. Quelli del 118, a

I medici in aiuto della popolazione

Un versamento di 27.500 euro sul conto corrente della Caritas Italiana.

È questo il contributo simbolico, "una goccia in un mare...", che Anaao Assomed, Cimo Asmd, Aaroi, Fvm, Federazione Cisl Medici, Fassid, Fesmed hanno voluto offrire per aiutare le popolazioni colpite. Un'occasione per ringraziare anche i Colleghi che in Abruzzo si stanno prodigando per curare feriti e malati. "Li ringraziamo - hanno

affermato i sindacati - perché stanno dimostrando al mondo intero che la nostra categoria, spesso bistrattata e denigrata, è ancora una degna seguace di Esculapio".

Le sigle hanno poi invitato tutti i medici e i veterinari italiani a sostenere le popolazioni inviando una offerta alla *Caritas Italiana causale terremoto Abruzzo c/c postale n. 347013 (Bic bromitr707)*.

Dal consiglio nazionale della Fnomceo è arrivato il via libera

agli Ordini a prelevare, in rapporto alle proprie disponibilità, risorse di bilancio da destinare al ripristino di strutture e apparecchiature sanitarie.

L'Enpam finanzia la ricostruzione dell'ospedale aquilano. L'impegno economico sarà supportato anche da tutti i versamenti che gli iscritti devolveranno alla Fondazione con il contributo del 5 per mille previsto nella dichiarazione dei redditi.

prestare immediato soccorso ai feriti più gravi, e quelli nelle tendopoli, ad assistere la popolazione intera: i feriti meno gravi e i malati cronici, che terremoto o non terremoto, hanno ogni giorno bisogno di farmaci, di visite mediche e assistenza. Ma in Abruzzo c'è anche una popolazione traumatizzata, con attacchi di ansia, insonnia, vertigini e rischi

di infezione a causa delle condizioni igieniche e di vita ridotte all'osso. Con le fredde notti passate nelle tende, poi, sono arrivate anche le influenze e le polmoniti, soprattutto tra i bambini e gli anziani. L'emergenza sanitaria in Abruzzo va oltre le vittime del terremoto. Non si fermerà quando l'ultimo corpo sarà estratto dalle macerie. E non

sarà facile gestirla, perché l'Aquila non ha più neanche l'ospedale quello Civile di San Salvatore è inagibile.

Le condizioni generali sono disastrose. E non preoccupano solo l'Abruzzo. Quanto accaduto nella notte tra il 6 e il 7 aprile ha acceso i riflettori su come sia alto il rischio sismico in Italia e, soprattutto, sulla fragilità degli edifici pubbli-

ci che, nonostante le normative edili antisismiche, gli studi e le raccomandazioni per la sicurezza, continuano ad essere i più vulnerabili. In California un terremoto di questa entità non avrebbe mosso un solo mattone. Ma l'Italia è vecchia e, peggio ancora, è fuori controllo. Nonostante le leggi per la sicurezza sismica, infatti, sembrerebbe che vi siano nel nostro Paese oltre 100 mila edifici pubblici vulnerabili. Il rischio è che l'inchiesta aperta dalla Procura sugli edifici crollati all'Aquila non sia che la punta di un iceberg fatto di inefficienze e frodi. La speranza è che le polemiche di oggi non si dissolvano nel nulla, ma che siano il primo passo concreto per rendere il Paese più sicuro.

La Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie incomplete **L'AVEVA GIÀ BOCCIATO NEL 2000**

Ospedale San Salvatore, l'ennesimo scandalo

"L'impianto costruttivo del San Salvatore dell'Aquila è irrazionale e obsoleto e presenta una scarsa qualità dei materiali impiegati". Un ospedale dagli "spazi di degenza angusti".

Sono queste le conclusioni della Commissione parlamentare d'inchiesta "sulle strutture sanitarie

incomplete o non funzionanti" istituita al Senato nel lontano 1997 e pubblicate nel giugno del 2000.

Dalla relazione finale stilata dai parlamentari era emerso un quadro sconcertante che porta oggi il suo relatore Ferdinando Di Orio, ex senatore Ds e attuale magnifico rettore dell'Università

aquilana a definire, e senza esitazione, l'ospedale abruzzese evacuato a causa di cedimenti strutturali come "uno scandalo di questo Paese".

Già da allora si capiva fin troppo bene che l'ospedale, oltre a mostrare le sue deficienze, si sarebbe trasformato anche in una macchina mangiasoldi.





Dal 2003 ad oggi sono state emanate numerose leggi, raccomandazioni e ordinanze per l'edilizia antisismica

Le leggi ci sono, ma le applicazioni?

Quella delle regole per l'edilizia antisismica è una storia molto italiana: ad andare a cercare tra le carte si scoprono pagine e pagine di leggi, raccomandazioni e ordinanze, ma nessun reale coordinamento degli interventi o sistema di verifica per assicurarsi che le parole siano trasformate in fatti. E così, in Abruzzo perdono la vita 300 persone, solo sette anni dopo che il crollo della scuola di San Giuliano uccise 27 bambini. Fu proprio in quell'occasione che il CdM emanò, in collaborazione con la Protezione Civile, l'Ordinanza 3274 del 20 marzo 2003, che contiene prescrizioni tecniche per le costruzioni in zona sismica e introduce la valutazione obbligatoria delle capacità di risposta in caso di terremoto, secondo percorsi di verifica definiti, da effettuarsi entro cinque anni dalla data di pubblicazione dell'Ordinanza per gli edifici di carattere strategico, come ad

esempio gli ospedali. Anche il ministero della Salute non era rimasto a guardare. Già nel 2000 aveva istituito un Gruppo di lavoro formato da vari esperti, incaricato di fornire alle Regioni indirizzi per migliorare la sicurezza sismica degli ospedali italiani. I lavori si conclusero alla fine del 2002, con le Raccomandazioni per il miglioramento della sicurezza sismica degli ospedali in Italia, quindi poco prima della pubblicazione dell'Ordinanza 3274. E ancora, fu anche istituito un Fondo straordinario destinato a cofinanziare i soggetti pubblici impegnati in verifiche tecniche e interventi necessari a ridurre il rischio sismico (legge n. 326 del 24 novembre 2003). Le Regioni furono interpellate per la ricognizione delle richieste relative al settore ospedaliero e per la segnalazione delle esigenze rimaste insoddisfatte. Ma alla richiesta del Ministero risposero solo 8 Regioni (anche

se questo non esclude che le istituzioni regionali abbiano provveduto autonomamente alle verifiche e agli eventuali interventi di messa in sicurezza degli ospedali). Rispetto alle segnalazioni pervenute il ministero aveva applicato criteri di selezione, limitando la propria attenzione alle strutture ospedaliere più esposte e coinvolte nella rete dell'emergenza-urgenza. Si arrivò così ad una richiesta di finanziamenti per verifiche su ospedali pari a circa 3 milioni e mezzo di euro, integralmente accolta in un Dpcm del 6 agosto 2005 che recepiva, anche e soprattutto le indicazioni dell'Ordinanza del 2003. Ma da allora iniziarono anche a partire i primi rinvii: nel gennaio 2008 la normativa venne nuovamente aggiornata con regole più stringenti, in particolare per gli edifici pubblici, mentre per le altre costruzioni tutto fu invece rimandato al 2010.

“L'irrazionalità e l'obsolescenza dell'impianto costruttivo, la scarsa qualità dei materiali impiegati, oltre all'enorme dispersione dei percorsi orizzontali che presenta la struttura, fanno ritenere che le spese di gestione del complesso saranno tali da rendere problematico l'equilibrio finanziario dell'Azienda”, scrivono i senatori. Ed affettivamente lo sperpero di denaro pubblico per il mantenimento e la crescita del San Salvatore è stato notevole: “Secondo i calcoli della Guardia di Finanza – ha ricordato sempre l'ex senatore Di Orio – è costato nove volte di più del necessario”. Ma per capire meglio basta dare un'occhiata alle cifre indicate dalla

Commissione d'inchiesta e tirare qualche somma. La costruzione del nuovo ospedale S. Salvatore – progettato nel 1970 in sostituzione del vecchio nosocomio originario del Cinquecento considerato del tutto “inadeguato per spazi e caratteristiche ad una moderna funzione sanitaria”, ma rimasto in piedi nonostante il sisma – è iniziata nel 1972 su un progetto generale che prevedeva una spesa di 11.395 milioni di lire, per 1.100 posti letto (oggi sono 350, cioè un terzo). Al finanziamento iniziale di 5.300 milioni si sono aggiunti ulteriori 164.000 milioni di vecchie lire stanziati nel corso dei 22 anni successivi. In “soldoni”: quasi 200 miliardi

di lire erogati dalla Cassa del Mezzogiorno, dalla regione Abruzzo e dai ministeri dei Lavori pubblici e dell'Università e Ricerca. A questi si sono sommati altri 31.150 milioni provenienti dai fondi ex articolo 20 della legge 67 del 1988, più altri 800 milioni di vecchie lire arrivati sempre dalla stessa fonte e finalizzati al settore materno infantile. Un bel gruzzolo per un ospedale che ha aperto i battenti solo parzialmente nel 1992 con l'avvio dei poliambulatori e che ha visto l'attivazione di circa 200 posti letto ben tre anni dopo. E che, al momento del sopralluogo nel dicembre del 1997, era ancora in via di completamento. Un ospedale inaugurato ben 28 anni dopo

l'avvio della sua costruzione. E non è finita qui, perché a nove anni dal suo primo “battesimo” si scopre che il San Salvatore è abusivo. Da una relazione inviata dal Direttore generale della Asl aquilana, Roberto Marzetti, alla Regione e al ministero della Salute emerge che l'ospedale non poteva essere aperto. Non dispone del certificato di agibilità. Non solo, non risulta nemmeno nelle mappe catastali. L'immobile per lo Stato, dunque, non esiste. Perché? Semplice: il documento per l'accatastamento viene rilasciato solo al completamento dei lavori. Lavori che non sono ancora terminati. Come dire: il San Salvatore dopo anni e anni è ancora un cantiere in itinere.

Intervista al Sottosegretario alla Salute, **FERRUCCIO FAZIO**

“Possiamo ricostruire un modello ottimale di sanità”

Sottosegretario Fazio, quali azioni, immediate, avete messo in atto per risolvere l'emergenza sanitaria nelle zone colpite dal sisma?

Attualmente, come avviene in queste situazioni di grave criticità, il coordinamento delle emergenze è in mano alla Protezione civile con la quale stiamo comunque collaborando.

Medici, infermieri e farmacisti hanno espresso la propria disponibilità ad offrire aiuti concreti. Pensate di utilizzarli? E se sì come?

Per quanto attiene la ricostruzione paradossalmente ci troviamo davanti ad una nuova opportunità: dovendo partire da zero possiamo ridisegnare il Sistema sanitario regionale e tentare quindi di ricostruire un modello ottimale di assistenza. E da questo punto di vista abbiamo già trovato grande disponibilità da parte dei medici di medicina generale della Fimmg e dello Snami con i quali stiamo costruendo un percorso che parte proprio dal medico di medicina generale e quindi dal territorio.

Purtroppo è realistico pensare che l'emergenza si protrarrà per molto tempo. Dall'acuzie si passerà quindi ad una cronicizzazione della problematiche. E sicuramente l'inagibilità dell'ospedale dell'Aquila e delle strutture limitrofe renderà ancora più difficile la gestione degli eventi. Avete già predisposto un piano a medio lungo termine per contrastare i rischi igienico-sanitari cui andrà incontro la popolazione?

Stiamo predisponendo un programma che partirà nei prossimi giorni. Ci sarà quindi, a poco a poco, un passaggio del testimone con la Protezione civile.



Ferruccio Fazio

Nuovo Patto PER LA SALUTE

RIDURRE I POSTI LETTO E SVILUPPARE L'ASSISTENZA TERRITORIALE

A cavallo delle giornate pasquali, il Governo ha consegnato ai rappresentanti regionali un piano di interventi che affronta il nodo dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri. In sostanza, la proposta mira a ridurre il numero dei ricoveri, sviluppando sul territorio un percorso di "continuità assistenziale" capace di soddisfare una più larga parte dei bisogni di salute. Tre le direttrici proposte. Al primo posto l'individuazione di percorsi virtuosi da applicare a 107 Drg considerati ad alto rischio di inappropriatazza (e che saranno indicati nel provvedimento sui "nuovi Lea" in via di definizione, che a loro volta dovrebbero entrare nel Patto), sulla scorta dell'esperienza già compiuta con i 43 Drg posti sotto osservazione dal decreto sui Lea del 2001. Poi l'indicazione di nuovi parametri per il dimensionamento delle reti ospedaliere: nel triennio si dovrebbe arrivare ad avere 3,3 posti letto per acuti ogni mille abitanti, contro i 3,5 attuali, con un tasso di ospedalizzazione che dovrebbe attestarsi intorno a 145 per mille abitanti, contro il 160 di oggi. Ma in una prospettiva temporale più lunga, tra i 5 e i 10 anni, i parametri dovrebbero scendere a 3 p.l. per acuti e 130 ricoveri ogni mille abitanti. Ulteriore indicazione è quella di avere entro tre anni almeno il 10% di queste degenze come day hospital, puntando a far salire questa quota al 25% in un secondo tempo. Invariati invece i parametri previste per le lungodegenti e le riabilitazioni, che restano indicati a 1 p.l. ogni mille abitanti (ma quasi ovunque, sia pure con grandi variazioni, questo tipo di offerta ospedaliera è assai inferiore). Infine si prevede un intervento che renda più trasparenti, e confrontabili, i bilanci delle Aziende ospedaliere. In particolare, entro tre anni, tutte le Aziende sanitarie dovranno adottare e rendere operante un sistema completo di contabilità analitica, mentre gli ospedali potranno utilizzare la programmazione per budget (essendo quasi disatteso il calcolo

per tariffa/Drg) purché i criteri siano davvero chiari e rendano misurabili i risultati. La proposta ha inizialmente suscitato reazioni preoccupate in molte amministrazioni regionali, soprattutto per la previsione di un "taglio" di 27 mila posti letto da realizzarsi in breve tempo. Tranquillizzante la risposta fornita dal sottosegretario Fazio, secondo il quale il piano avanzato dal Governo servirà a "modernizzare il servizio sanitario italiano e non semplicemente a risparmiare". Ma un risparmio dovrebbe comunque produrlo, che si dice possa essere quantificato in circa 2 miliardi di euro. Non la pensano così, però, le Regioni.

Gran parte di quelle del Nord hanno ribadito di aver già compiuto il riordino della rete ospedaliera, che dunque non potrà essere ulteriormente ridotta. Molto più lontane dagli obiettivi indicati dal Governo sono invece gran parte delle Regioni del Centro Sud, molte delle quali sono già sottoposte ad un controllo ministeriale attraverso i Piani di rientro (v. box), ma che per sviluppare la rete di assistenza territoriale avranno bisogno di investimenti rilevanti. Vasco Errani, presidente della Conferenza dei presidenti regionali, ha riassunto la posizione delle amministrazioni regionali: "la sfida dell'appropriata

zza è fondamentale, cruciale per il futuro del sistema sanitario pubblico. E le Regioni, che in questi anni non si sono certo sottratte alle loro responsabilità, sono pronte a fare la loro parte". Dunque, nel merito della proposta, che si inserisce su una linea già indicata anche nel precedente Patto per la Salute 2007-2009, le Regioni sono concordi e pronte a collaborare. Resta però il nodo dei finanziamenti: le Regioni hanno dichiarato del tutto insufficienti le risorse previste dalla Finanziaria 2009 e per questo avevano già raggiunto un'intesa, siglata con il presidente del Consiglio ad ottobre, che prevedeva di incre-

mentare con 7 miliardi lo stanziamento per il 2010. Sebbene Governo e Regioni affermino di voler arrivare all'accordo in tempi rapidi, per arrivare a firmare il Patto per la Salute 2009-2011 bisognerà quindi trovare questi 7 miliardi.

SACCONI SOTTOLINEA I RISCHI DEGLI OSPEDALI "GENERALISTI"

Le Regioni che spendono di più sono quelle che erogano di meno. Ne è convinto il ministro del welfare Maurizio Sacconi che ha poi spiegato come questo sia applicabile anche nella dimensione ospedaliera. Le Regioni che hanno una maggiore spesa sanitaria, ha detto Sacconi nel corso di un convegno organizzato da Federsanità Anci, sono anche quelle che "hanno un eccesso di offerta ospedaliera generalista, spesso pericolosa perché organizzata in complessi ospedalieri di dimensione e qualità tecnologica modeste, che sono di per sé pericolosi oltre che costosi, e che a loro volta determinano un ricorso inappropriato all'ospedalizzazione".

E per quanto riguarda le Regioni in rosso, il Ministro Sacconi avverte: hanno tempo fino all'estate per rimettersi in carreggiata e dimostrare di aver avviato percorsi virtuosi in sanità. Altrimenti scatteranno le sanzioni. Secondo il ministro, infatti, "si possono identificare i costi standard, ma serve un percorso ragionevolmente virtuoso, incentivato e sanzionato perché il sistema sia efficace. I piani di rientro sono un'esperienza da cui partire solo se funzionano. Cioè se scattano le sanzioni laddove è necessario". (E.A.)

A che punto sono i Piani di rientro

A rischiare grosso sono in tre: Molise, Campania e Sicilia. Troppo lontane dall'obiettivo di mettere sotto controllo la propria spesa sanitaria per riuscire ad evitare il commissariamento. Questi i risultati del tavolo tecnico di

monitoraggio che ha concluso ai primi di aprile i suoi incontri. Fermando i conti al 2008, la Campania avrebbe uno scoperto di 261 milioni di euro, il Molise di 42,5 e la Sicilia di quasi 120 milioni. Il Molise sembra alla resa, mentre la Campania ha

dichiarato di voler fornire un'ulteriore documentazione e la Sicilia spera che possa salvarla la recente approvazione della legge di riordino del Ssr. Positivo invece l'esame per la Liguria e, sia pure con qualche ritocco da apportare, anche per

il Lazio. Discorso diverso per l'Abruzzo, per il quale si pensava ad un incremento delle aliquote fiscali regionali, ma che dopo il terremoto si trova ad affrontare ben altri problemi. Disperata la situazione della Calabria, con un deficit che si aggira intorno ai due miliardi: il tavolo di monitoraggio propone di varare una legge ad hoc.

I risultati di OSSERVASALUTE2008

UNA SANITÀ ANCORA FRAMMENTATA

Veste ancora i panni di arlecchino la sanità italiana fotografata dal Rapporto Osservasalute2008 dell'Università Cattolica di Roma giunto alla sua sesta edizione: le Regioni virtuose del Nord continuano a migliorare, mentre quelle del Centro-Sud arrancano.

Su un aspetto gli italiani sono uniti: nella propensione verso le cattive abitudini. C'è una scarsa educazione alimentare, si pratica poco sport e poca prevenzione. Cresce il numero dei fumatori.

"Fatta l'Italia, si tratta adesso di fare gli italiani". Disse più o meno così Massimo D'Azeglio (ma non tutti concordano sull'attribuzione della frase) all'incirca un secolo e mezzo fa. E qualche risultato, in effetti, da allora s'è raggiunto. Per esempio da Nord a Sud della Penisola il "giro-vita" della popolazione continua ad aumentare, mentre diminuiscono coloro che praticano qualche attività sportiva. Inoltre, dalle Alpi a Capo Passero si sta diffondendo l'abitudine all'aperitivo alcolico, che non è esattamente la più salubre delle consuetudini. Sono alcune tra le cose che emergono dal Rapporto Osservasalute, la cui sua sesta edizione, quella per il 2008, è stata presentata di recente all'Università Cattolica di Roma.

Gli italiani, insomma, pare che si stiano unendo nelle cattive abitudini. Ma per il resto, ci dice il Rapporto della Cattolica, l'Italia della sanità resta invece ben divisa, con il Nord e una parte del Centro il cui profilo economico-sanitario sta via via migliorando e il Sud, insieme con qualche altra Regione del Centro, che invece rimane indietro e nel quale si vanno acuitizzando le "storiche" criticità della gestione dell'assistenza.

segue a pag. 10

Osservasalute 2008 dà i numeri

L'assetto economico-finanziario. Le Regioni del Centro-Sud sono generalmente costrette a dedicare quote molto elevate del loro Pil all'assistenza sanitaria: la punta massima si registra in Molise, con l'11%. All'estremo opposto la Lombardia, con il 4,85%, mentre il dato medio nazionale è del 6,69% (dati 2005).

Tuttavia, se si considera la spesa pubblica pro-capite la cosa cambia e si va (stavolta nel 2007) dai 1.581 euro della Calabria ai 2.202 della Provincia autonoma di Bolzano (1.731 euro è il dato medio nazionale di quell'anno); a Bolzano spetta anche la palma del miglior avanzo pro-capite, con 36 euro, mentre al Lazio quella per il maggior disavanzo (261 euro), anche se con un significativo recupero rispetto all'anno precedente, quando era di 373 euro.

I medici e gli infermieri del Ssn. Se si esclude la Valle d'Aosta (dove c'è un solo ospedale a gestione diretta), la Regione che nel 2006 ha la percentuale più alta di medici dipendenti dal Ssn è la Basilicata, con il 73,89%, mentre la percentuale più bassa si registra in Lombardia, con un valore pari al 40,60% (che risulta inferiore di 10,34 punti percentuali rispetto alla media nazionale). Diminuisce leggermente il numero complessivo dei medici di famiglia (da 36.783 nel 2007 a 36.553 nel 2008), soprattutto in Lombardia (-79), mentre in alcune altre Regioni si registra un aumento (in particolare il Friuli Venezia Giulia con +69). Cala sensibilmente il numero dei medici di

famiglia in associazione semplice, un lieve aumento fanno registrare sia la medicina di gruppo sia quella in rete e un forte incremento le altre forme associative (coerentemente con quanto previsto dall'Acn del 2005). Per quanto riguarda gli infermieri, nel 2006 erano 265.444 quelli che lavoravano nel Ssn, con un tasso medio nazionale del 4,50 per 1.000 abitanti, con punte estreme di 3,44‰ in Puglia e 5,94‰ in Friuli Venezia Giulia.

L'assistenza ospedaliera. Il tasso più alto di dimissioni ospedaliere in regime ordinario spetta (nel 2006) all'Abruzzo con il 185,6 per 10.000, mentre quello più basso alla Toscana (106,5 per 10.000); la media italiana è del 140,2 su 10.000. Per quanto riguarda il day-hospital, a fronte di una media nazionale di 65,2 per 10.000, il tasso più alto è il 112,6 della Sicilia, quello più basso il 36,9 del Friuli Venezia Giulia. La Regione con la maggiore incidenza del privato for profit è la Campania con il 22%; in Lombardia è del 17%.

L'assistenza domiciliare. Migliora l'Assistenza domiciliare integrata, infatti nel corso del 2006 sono stati assistiti al proprio domicilio 414.153 pazienti; dai 359 casi del 1998 si è giunti ai 703 casi del 2006, con un incremento medio annuo del 9% circa. Ma a livello regionale la variabilità è notevole: si passa da un valore minimo del tasso di assistibili in Adi di 53 per 100mila abitanti in Valle d'Aosta a un valore massimo di 2.159 in Friuli Venezia Giulia. Globalmente la percentuale di Adi erogata a soggetti anziani è stata pari all'84,8%, valore in leggero aumento rispetto agli anni passati

(84,2% nel 2005): tutte le Regioni, ad eccezione del Molise (57%), presentano una percentuale superiore al 75%. Ci sono inoltre evidenti differenze tra Nord e Sud: nelle regioni settentrionali il numero di Adi per 100mila abitanti è oltre due volte e mezzo superiore rispetto a quello del Sud (943 vs 365).

Assistenza farmaceutica. I consumi farmaceutici totali più elevati rimborsati dal Ssn si registrano (per il 2007) nel Lazio, con un valore di 1.019 Dosi definite giornaliere (Ddd) per mille abitanti al giorno (a fronte di una media nazionale di 880); quelli più bassi si osservano invece nella Provincia autonoma di Bolzano, con 669 Ddd. Tuttavia, c'è da segnalare che proprio il Lazio è stata l'unica Regione che ha fatto registrare un calo dei consumi (-4,6%) tra il 2006 e il 2007. In termini di spesa territoriale pro-capite lorda (pesata per età) la Sicilia è la Regione che registra quella più elevata, con 272,30 euro, mentre all'estremo opposto c'è la Provincia autonoma di Bolzano, con i suoi 151,6 euro. Per quanto riguarda i farmaci equivalenti, i valori più elevati in termini di percentuale di utilizzo sul totale delle Ddd prescritte sono stati rilevati in Toscana (34,3%), mentre la Regione a minore percentuale di utilizzo è la Calabria, con un valore pari al 27,5%; tuttavia, la Regione con la percentuale minore di spesa per farmaci a brevetto scaduto è la Lombardia (17,3%), nonostante abbia presentato valori percentuali di utilizzo superiori rispetto alla media nazionale;

segue a pag. 12

I risultati di OSSERVASALUTE2008

segue da pag. 9

Così, per esempio, si registrano Regioni come la Calabria e il Molise che destinano (o sono costrette a destinare) rispettivamente il 9% e l'11% del loro Pil alla sanità, mentre la Lombardia si ferma al 5% (dati 2005).

Oppure nella farmaceutica. Nel 2007 il Lazio e le Regioni meridionali – pur registrando decrementi significativi rispetto all'anno precedente, con riduzioni tra il 5% e il 16% – hanno confermato valori di spesa pro capite decisamente superiori al valore medio nazionale, con la Sicilia (272,30 euro) e la Calabria (270,30 euro) a segnare le punte più elevate.

Nell'assistenza ospedaliera, inoltre, il Rapporto segnala

una leggera diminuzione dei tassi medi nazionali di ospedalizzazione sia per i ricoveri in regime ordinario sia per quelli in day-hospital (nel 2006 rispettivamente di 140,24 e 65,21 per 1.000 abitanti). Ma il confronto con il parametro di riferimento, indicato dall'Intesa del 23 marzo 2005 (180% senza distinzione della modalità di degenza) evidenzia una frequenza del ricorso all'ospedalizzazione ancora troppo elevata in molte Regioni, soprattutto – guarda caso – nel Sud. Fanno eccezione Veneto (171,58%), Piemonte (171,60%), Friuli Venezia Giulia (151,31%), Emilia Romagna (171,88%), Marche (176,46%), Umbria (176,95%) e Toscana

(158,40%) i cui tassi complessivi risultano al di sotto del parametro di riferimento.

In conclusione, secondo il Rapporto 2008, se è vero che in linea generale lo stato di salute degli italiani è complessivamente buono, è anche vero che aumenta la differenza tra macroaree geografiche, tra singole Regioni e tra uomini e donne. "Il quadro che emerge – ha commentato Walter Ricciardi, direttore dell'Istituto di Igiene della Cattolica e coordinatore del Rapporto – è caratterizzato da molti aspetti positivi, con una di-

segue a pag. 12

Intervista a **FULVIO MOIRANO**, nuovo direttore dell'Agenas

“Nessuna classifica, ma misureremo le performance”

Per colmare le differenze, sempre più accentuate tra Nord e Sud nella sanità italiana, occorre “riadeguare l'offerta sanitaria ai bisogni dei cittadini”. Non solo, deve essere anche ripensata la “rete ospedaliera a volte sovradimensionata rispetto alle necessità di assistenza”. Soprattutto, per arrivare ad un Ssn più uniforme serve qualità e appropriatezza delle prestazioni. Sono queste le coordinate da seguire per superare le criticità emerse dal Rapporto Osservasalute 2008, indicate da Fulvio Moirano neo direttore dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). E proprio per l'Agenas si ipotizzano sempre maggiori compiti soprattutto in materia di valutazione e monitoraggio delle realtà regionali. “Cercheremo di stimolare attraverso i tavoli istituzionali che già sono al lavoro, la crescita della qualità delle Regioni più in sofferenza” ha sottolineato Moirano. Mentre in accordo con il Ministero sarà necessario “potenziare i meccanismi di misurazione delle performance e delle attività della rete sanitaria”

Dottor Moirano, l'istantanea scattata dal rapporto Osservasalute, ancora una volta ci mostra un'Italia molto frammentata per quanto riguarda qualità ed efficienza dei servizi sanitari.

Ritengo che di fronte ad una diagnosi così chiara e nota, bisogna solo agire. Sicuramente rispetto alla situazione fotografata nel Rapporto, relativa agli anni 2006-2007, alcune azioni sono state messe in campo. Penso in

particolare ai piani di rientro in quelle Regioni con deficit importanti. Regioni con non solo i conti in rosso, ma anche con alcune carenze strettamente legate agli aspetti qualitativi dell'offerta sanitaria; e verso le quali l'Agenas, coordinandosi con i ministeri competenti sulla materia, ha svolto e sta svolgendo un'azione di supporto. Lo abbiamo fatto in maniera più intensa con la Sicilia e ultimamente anche con il Molise e il Lazio.

Comunque, occorre sicuramente rivedere la rete dell'offerta e tararla ai bisogni reali, quindi rivedere la rete ospedaliera, ridondante e con un uso inappropriato delle strutture.

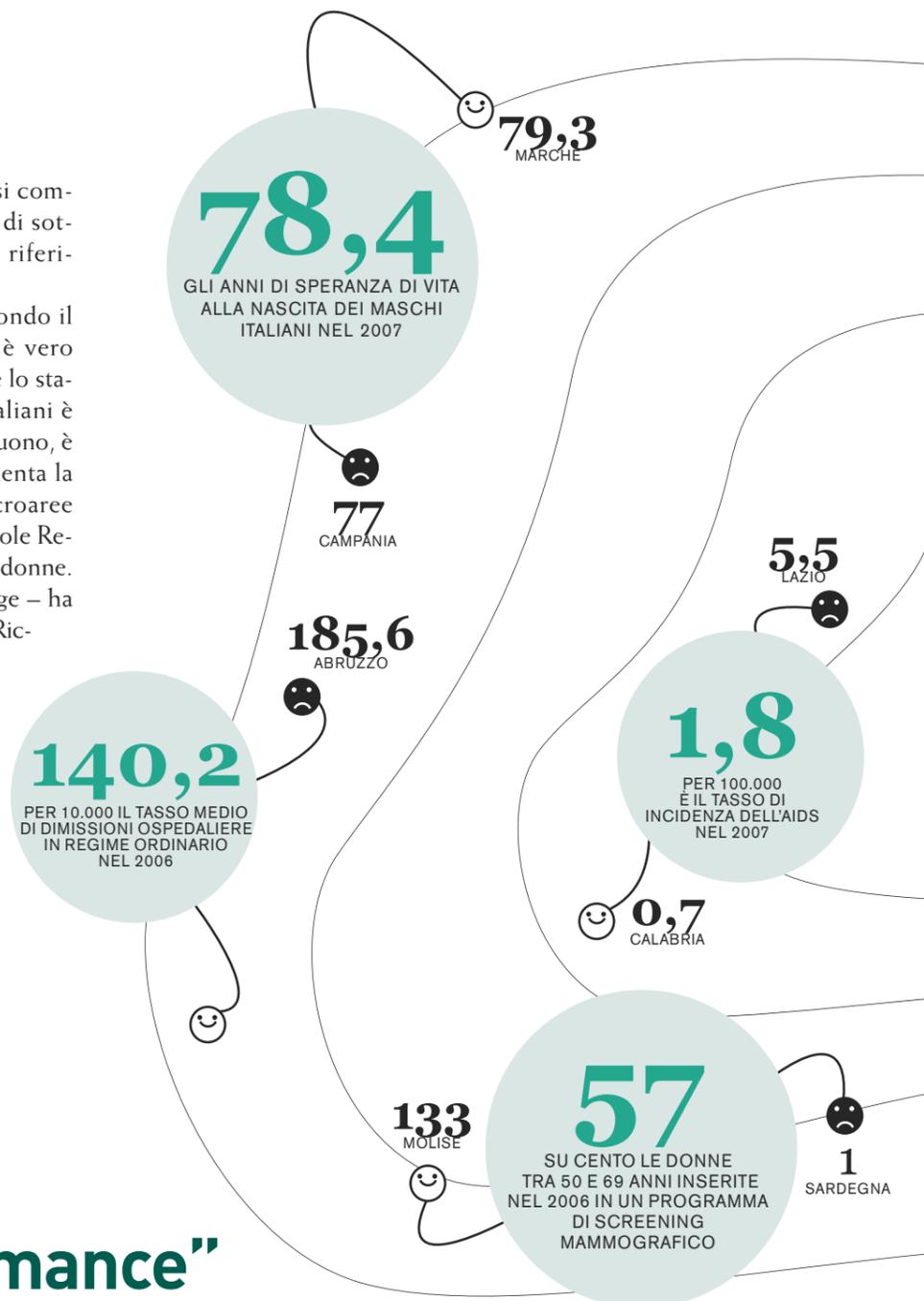
Il dato più eclatante?

Quello relativo alla percentuale elevata di parti cesarei in alcune Regioni: sarebbe interessante, e non escludo che lo faremo, andare all'interno delle strutture sia

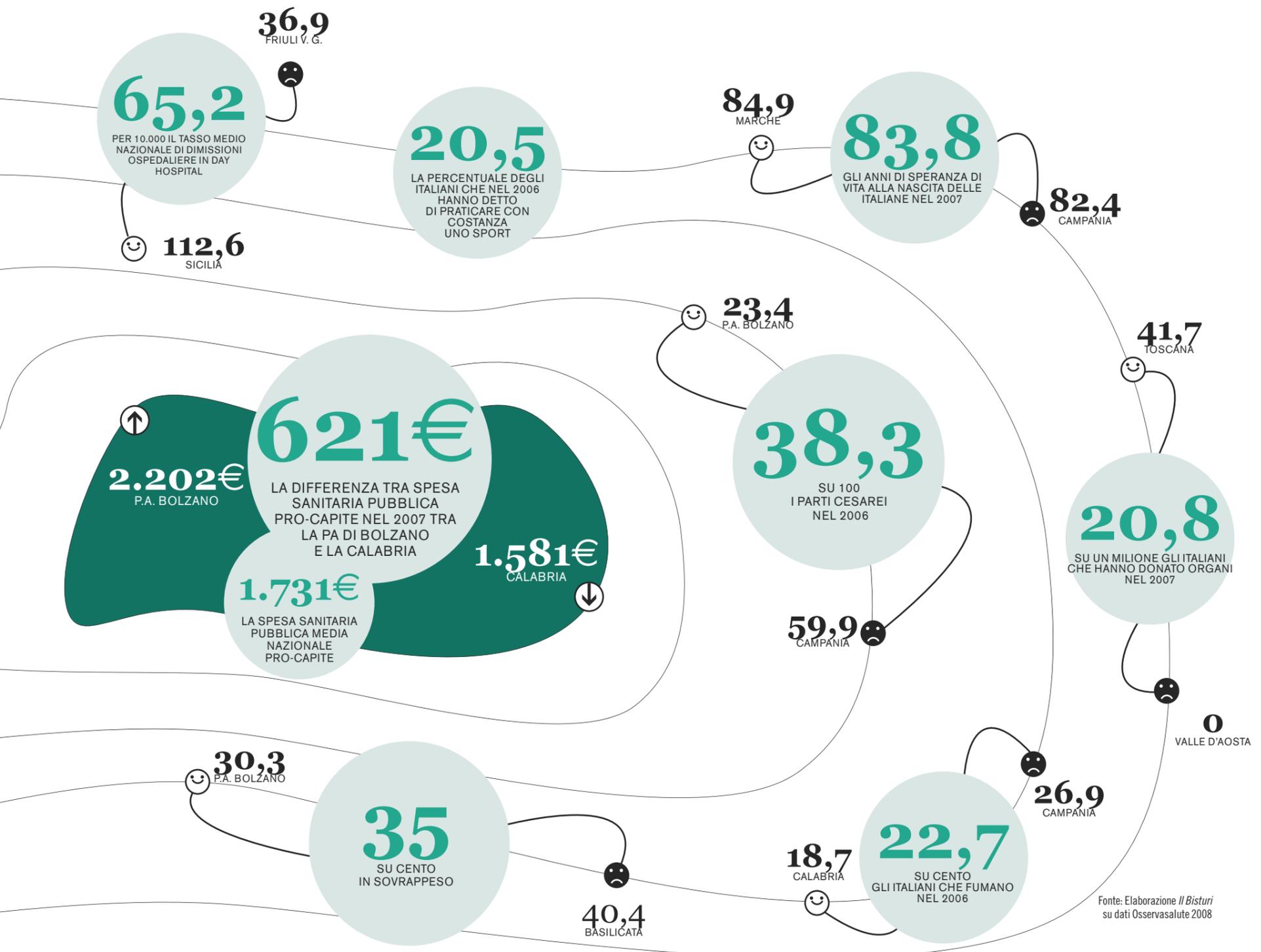
pubbliche sia private per monitorare con grande attenzione. Comunque, non dimentichiamo che Osservasalute osserva, appunto, “la salute” sulla quale incidono anche fattori come reddito, livello di scolarità i quali prescindono da malfunzionamenti del sistema sanitario.

Si guarda con molta attenzione al ruolo che assumerà l'Agenas. Quali atout intende giocare?

Sicuramente quello della valutazione. Uno strumento



Fulvio Moirano



importante per misurare le performance delle aziende sanitarie ed ospedaliere, anche perché su questo versante c'è ancora molto da fare. Un aspetto sul quale ci vorremmo impegnare in pieno accordo con le Regioni e le amministrazioni centrali.

Si spieghi meglio.

La misurazione delle performance è una prassi già sperimentata in molti Paesi del Nord Europa, dove è possibile reperire in internet informazioni su questi aspetti. E questo è il nostro obiettivo. Vorremmo attivare un sistema organico che vada a misurare il comportamento delle aziende rispetto a circa un centinaio di indicatori che potrebbero essere ricavati da dati sistemici, come ad esempio le Sdo. Quindi dati già raccolti, da elaborare e analizzare. E che ovviamente devono essere certi, affidabili e confrontabili. Ripetibili negli anni. Il passaggio successivo sarà quello di attivare sistemi di rilevazione ad hoc per capire, ad esempio, se sono state realizzate norme di buona pratica come quelle sul rischio clinico. O per comprendere alcuni aspetti

qualitativi della organizzazione che non sono misurabili attraverso una rilevazione sistemica. Certo, bisognerà fare i conti con costi e tempi di rilevazione. Ecco perché per capire come realizzare tutto questo e con che tempi è essenziale il confronto e la condivisione con le Regioni e il Ministero. Poi potremmo concentrarci sui problemi legati al gradimento dell'utenza. E magari in accordo con l'Iss e altri arrivare anche ad identificare alcuni stabili indicatori di esito. Su alcune patologie.

Non tutti gradiranno di vedere pubblicati on line i risultati delle proprie performance.

Non vogliamo dire 'questa struttura è meglio dell'altra'. Ci proponiamo, fotografando lo stato dell'arte, di passare all'azione e offrire gli strumenti per correggere i difetti. Vorremmo creare un sito internet accessibile a tutti. Chiaro e comprensibile. Questo è uno strumento che insieme a tanti altri può portare al miglioramento continuo della qualità.

Gli step per centrare l'obiettivo sono: monitoraggio, informazione, comparazione e valutazione. E deve essere attuato non una tantum, ma sempre. Certo bisogna agire con attenzione. Basta guardare a quanto sta accadendo in Inghilterra dove questo meccanismo è stato realizzato in maniera troppo aggressiva e stanno perciò emergendo alcune problematiche: l'aver inseguito con estrema rigidità gli indicatori sta portando ad una deflazione dall'obiettivo. Ma lì siamo già alla fine di un percorso mentre in Italia, al di là di alcune rare realtà, tutto questo ancora non esiste. Non so quanto tempo ci vorrà per realizzarlo, ma è pur vero che un viaggio di mille miglia inizia con un solo passo. Un passo che deve essere continuativo.

L'Ecm è diventata un'attività esclusiva dell'Agenzia. Ci saranno novità?

Sarà un sistema ancora più orientato ad un miglioramento dell'apprendimento

e della qualità dei professionisti. A valorizzare corsi di formazione presso strutture che hanno realizzato best practice, verificabili, in settori specifici. Insomma, intendiamo utilizzare l'eccellenza che abbiamo all'interno del Ssn. Quindi, sì alla formazione teorica, ma soprattutto spazio alla pratica. (E.M.)

Bio - Fulvio Moirano

Neo direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas), di origine ligure, è medico, specialista in Igiene e tecnica ospedaliera ed in Igiene e sanità pubblica. Ha lavorato a lungo per la Regione Piemonte, come consulente regionale per la programmazione sanitaria e come Direttore generale di varie Aziende ospedaliere piemontesi a partire dal 1995, sino all'ultimo incarico di Direttore generale dell'Asl Cn1 a Cuneo.

I risultati di OSSERVASALUTE2008

segue da pag. 10

namica che vede tutte le Regioni italiane finalmente attive nel cercare di migliorare i propri servizi. Nondimeno si osserva che alcune di queste sono ancora in notevole ritardo nell'adozione di misure rigorose e razionali per dare risposte adeguate ai complessi problemi che le coinvolgono e, al momento, restano prive di un sicuro punto di riferimento centrale per essere supportate in questo necessario sforzo di miglioramento". Il Rapporto, ha quindi sostenu-

to Ricciardi, permette di individuare alcune priorità su cui si dovrebbe basare una rigorosa politica sanitaria per il nostro Paese. E cioè: "Iniziare a valutare in modo obiettivo i risultati dell'assistenza, verificando soprattutto l'appropriatezza di molte prestazioni; organizzare e governare l'assistenza territoriale, attraverso la definizione di percorsi di cura con finalità di governance clinica; sviluppare politiche socio-sanitarie di attenzione e protezione delle condizioni di fragilità sociale

Per il Rapporto, una rete di collaboratori in tutta la Penisola

La sesta edizione di *Osservasalute* è il risultato del lavoro di 266 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano, che collaborano con l'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane (presso l'Università Cattolica) e che lavorano nelle Università, nelle

Agenzie regionali e provinciali di sanità, negli Assessorati regionali e provinciali, nelle Aziende ospedaliere e sanitarie, all'Iss, al Cnr, all'Istituto dei tumori, al ministero della Salute, all'Aifa e all'Istat. Coordinatore del Rapporto è Walter Ricciardi, direttore sia

dell'Osservatorio sia dell'Istituto di Igiene alla Facoltà di Medicina della Cattolica, che ha presentato il volume (550 pagine) insieme ad Americo Cicchetti, ordinario di Organizzazione aziendale alla Facoltà di Economia della stessa Università.

che si ripercuotono negativamente sulla salute dell'individuo, della famiglia e della collettività; migliorare le attività di

programmazione sanitaria, per far fronte a uno scenario in cui aumentano vertiginosamente i bisogni socio-sanitari e doman-

da di servizi a fronte di risorse sempre più scarse".

Pagine a cura di Lucia Conti, Antonio Mastroianni e Michele Musso

segue da pag. 9

Non calano i parti cesarei, diminuiscono gli aborti. Si accentua il gravoso problema dell'eccesso di cesarei nel nostro Paese: la media nazionale sul totale è passata infatti dal 32% del 2001 al 38% del 2005, valore tra i più elevati in Europa e molto vicino a quelli di Paesi come la Cina, la Corea, il Messico e il Brasile. Agli estremi troviamo (sempre nel 2005) il 23,4 su 100 della Pa di Bolzano e il 59,9 su 100 della Campania.

Si riduce invece – con qualche eccezione a livello regionale – il fenomeno dell'abortività volontaria: rispetto al 2004, nel 2005 il tasso calcolato su 1.000 donne di 15-49 anni è passato da 9,4 a 8,9; analogamente il tasso standardizzato ha subito una diminuzione da 9,7 a 9,2. Cala anche l'abortività spontanea: il numero di casi passa da 75.457 del 2004 a 73.032 del 2005.

La speranza di vita. I maschi che possono sperare di vivere più a lungo sono quelli nati nelle Marche (79,3 anni al 2007), mentre l'aspettativa di vita peggiore è in Campania (77 anni); idem per quanto riguarda le donne, rispettivamente con 84,9 e 82,4 anni. Le medie nazionali sono di 78,4 per i maschi e 83,8 anni per le femmine.

La mortalità per tumori... Il tasso di mortalità medio oltre l'anno di vita è (nel 2006) di 38,8 su 10mila abitanti per i maschi e di 20,3 per le donne. Gli estremi si registrano per i maschi in Calabria ("miglior" risultato, con 29,9 su 10mila) e in Lombardia (peggior dato, con il 44,9); per le femmine, conferma della Calabria con 15,1 per 10mila, mentre il dato peggiore si

registra stavolta in Valle d'Aosta, con 23,7. Da segnalare che il rischio oncologico complessivo del Sud, storicamente più basso, si sta avvicinando a quello del Nord e si prevede che tra gli uomini si raggiungeranno nel 2010 gli stessi valori per tutte le sedi; anche per le donne i trend di rischio sono in crescita per tutte le sedi considerate, a eccezione del tumore dello stomaco.

Fortunatamente possiamo contare su programmi di prevenzione oncologica in crescita: quasi 8 donne su 10 risiedono in un'area dove è attivo un programma di screening mammografico, quello per il cervicocarcinoma ne raggiunge 7 su 10 e lo screening del colon-retto, che ha una storia più recente, copre quasi la metà della popolazione che dovrebbe raggiungere. Complessivamente si attenuano le differenze geografiche tra Nord e Sud, ma con qualche eccezione eclatante. Per esempio, mentre in Sardegna una sola donna su cento è inserita in un programma di screening mammografico, il Molise fa registrare un primato nazionale: la miglior estensione effettiva, pari a 133 donne in età 50-69 anni (per 100) nel 2005, contro una media italiana di 57 (laddove per estensione effettiva si intende la proporzione di donne effettivamente invitate a fare lo screening rispetto a quelle previste dalla popolazione obiettivo annuale).

...e per le malattie dell'apparato circolatorio. A fronte della media nazionale del 42,1 per 10mila maschi, il risultato "migliore" è segnato dal Friuli Venezia Giulia, con 35,9 su

10mila, mentre stavolta la Campania si aggiudica il dato peggiore: 49,4 su 10mila. Per quanto riguarda le donne, la media nazionale è del 28,8 per cento, con la Campania che anche in questo caso si aggiudica la posizione peggiore (37 per 10mila); il risultato migliore alla Sardegna: 24,6 su 10mila.

Aids e altre mst. Nel 2007 in Italia sono stati notificati 1.089 casi di Aids, con un leggero aumento rispetto al 2006 quando i casi registrati erano stati 996. A livello geografico, la Regione che presenta l'incidenza più elevata è il Lazio (5,5 per 100mila abitanti), quella più bassa la Calabria (0,7), a fronte di un tasso medio nazionale di 1,8 per 100mila. Aumentano anche sifilide e gonorrea, con un dato più marcato per la prima (+146,3% su base nazionale nella classe 15-24 anni e +199,2% nella classe 25-64 anni) rispetto alla seconda (+100,6% su base nazionale nella classe 15-24 e +26,5% nella classe 25-64 anni). L'area a maggiore incidenza di sifilide nella classe 15-24 anni è la Pa di Trento (10,2 casi per 100mila), mentre nella classe 25-64 anni è il Lazio (8,4 casi per 100mila). Per la gonorrea, nella classe 15-24 anni la zona a maggiore incidenza è la Pa di Bolzano (9,4 per 100mila), mentre nella classe 25-64 anni risulta il Piemonte (3,2 casi per 100mila).

Sempre più grassi... Da anni ormai, la tendenza è all'ingrasso su praticamente tutto il territorio nazionale: in Italia ci sono – dati 2006 – ben 35 persone su cento in sovrappeso e più di dieci su cento obese (10,2 per la precisione). La

Basilicata fa registrare la "densità" maggiore sia per le prime (40,4%) sia per le seconde (12%); più "snelle", invece – anche rispetto alle medie nazionali – la Pa di Bolzano ("solo" 30,3% di popolazione in sovrappeso) e la Liguria (7,3% di obesi).

... e sempre meno attivi. In compenso – si fa per dire – diminuiscono gli italiani che praticano con costanza qualche attività sportiva: sono appena più di uno su cinque (il 20,5%). Il 10,3% degli italiani pratica sport in modo saltuario, invece gli individui che non svolgono alcuna attività sportiva sono il 41,1%. Sono soprattutto i giovani a svolgere attività sportiva in maniera costante, in particolare tra i 6 e i 24 anni. E in Calabria la media scende in picchiata al punto più basso (12,9%), mentre si innalza fino al 39,9% nella Pa di Bolzano.

Crescono i fumatori. In Italia, i fumatori sono circa 12 milioni e l'età media alla quale le persone iniziano a consumare tabacco è intorno ai 16 anni. Nel Sud gli estremi della scala: a fumare meno sono i calabresi (18,7 su cento), mentre ad amare di più le "bionde" sono i campani (26,9); media nazionale è il 22,7 per cento. Ma il trend è in crescita in entrambi i sessi: se dal Rapporto 2007 emergeva che il 28,3% dei maschi era fumatore (dato 2005) e il 16,2% erano donne, nel Rapporto 2008 siamo rispettivamente al 28,8% e 17% (dato 2006).

(Nota: gli anni di riferimento indicati sono gli ultimi disponibili nel Rapporto, ovvero gli ultimi sui quali sia possibile un raffronto omogeneo tra i dati)

I risultati di uno studio dell'OCCUPATIONAL DISEASES COMMITTEE danese

I RISCHI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA NOTTURNA

Giungono dalla commissione per le patologie del lavoro danese del *Occupational Diseases Committee* (Odc) notizie relative all'attivazione di procedure per l'inserimento del tumore del seno tra le malattie professionali cui sono soggetti i lavoratori notturni.

Già nel 2007 era stato al centro delle discussioni dell'Odc il rilievo dell'evidenza epidemiologica di una maggior probabilità per i lavoratori notturni di sviluppare tumori ed in particolare il cancro della mammella. Le indagini qualificate e specialistiche fatte hanno portato come risultato, del tutto sorprendente, al riconoscimento della appropriatezza dell'inserimento di questo tipo di tumore tra le sospette patologie professionali correlate al lavoro notturno. In assenza di altri significativi fattori di rischio che potessero spiegare questa maggiore prevalenza si è infatti potenzialmente individuato come sospetto il lavoro con turni di notte (almeno una volta la settimana per periodi compresi tra i 20 ed i 30 anni).

Per il sistema danese, che prevede una copertura assicurativa per tutti i lavoratori per le patologie professionali, il riconoscimento di una possibile correlazione tra attività lavorativa notturna e sviluppo del tumore è avvenuto nel 2008 in circa il 50% dei casi potenziali sottoposti alla valutazione dall'Odc.

Questo dato, eclatante percentualmente, ma per fortuna di modesto numero (poco meno di un'ottantina di casi nel 2008), potrebbe essere correlato alle alterazioni, de-

Dalla Danimarca arriva un dato che farà discutere: il lavoro notturno è stato messo sotto accusa come fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di tumore al seno. Se sarà confermato, questa patologia sarà inserita tra quelle occupazionali. In Italia, invece, le Regioni continuano ad attuare pratiche ostative nei confronti della direttiva europea sull'orario di lavoro

↳ Sergio Costantino - Segretario Aziendale Anao Assomed Policlinico di Milano

scritte nei lavoratori notturni, degli equilibri ormonali circadiani ed alle conseguenze della caduta delle difese immunitarie citata da più lavori.

Il prossimo passo sarà quello di attendere l'esito dei controlli della *International Agency for Research on Cancer* (Iarc); dopo ciò la Commissione Odc deciderà se inserire questa patologia tra quelle occupazionali, ciò consentirebbe ai lavoratori danesi di accedere direttamente alle pratiche di indennizzo senza ulteriori indagini dell'Odc stessa.

Questo modo lineare e scientifico di procedere non sembra essere proprio dei nostri amministratori regionali i quali, sordi alle indicazioni scientifiche citate dal Parlamento Europeo (il "premessò" della direttiva CE 2003/88 CE che riprende i precedenti della 104/93 CE e della 200/34 CE) a sostegno della scelta di un

periodo minimo di riposo di 11 ore tra un qualsiasi turno di lavoro ed il successivo si stanno "inventando", ogni Regione con variazioni sul tema, periodi minimi variabili decisi arbitrariamente e senza alcun supporto razionale, se non la sfrenata bramosia di risparmio sui costi fissi del personale, la stessa che ha indotto a frettolose "rottamazioni" dei colleghi con 40 anni di contributi. Come non far correre il pensiero alle norme sul lavoro usurante dalle quali siamo stati esclusi? Nel caso danese il dato osservazionale di maggior rischio riguarda, infatti, lavoratori con una media di un turno di notte per settimana, dato che farebbe rientrare nei benefici (dei lavori usuranti) molti colleghi e che ci dovrebbe indurre sulla scorta dei dati citati a chiedere la revisione di tali norme restrittive.

Quale miglior testimonianza di quanto necessario alla professione medica, in termini di riposo, di quanto stabilito dall'art. 1 comma 2 j del D.Lgs 66/2003 che così definisce il riposo adeguato: "Il fatto che i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata è espressa in unità di tempo, e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fa-

tica o di altri fattori che perturbano la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine".

I terzi sono i pazienti e come non correlare questa ipotesi danese a quanto normalmente avviene nelle nostre corsie troppo spesso popolate da personale in debito cronico di sonno.

Perché dimenticarsi, o volersi dimenticare di questo comma, peraltro passato indenne dalla L. 133/08?

Il personale non rappresenta un costo bensì una risorsa, non è certo colpa dei medici se questa risorsa è mal utilizzata, non è certo rincorrendo le fole di un fatturato sempre maggiore e tagliando sul personale che si otterranno i risultati sperati: non si può pensare di agire come se il danaro provenisse dal pozzo di San Patrizio e non dalle tasche dei contribuenti, tra i quali peraltro ci annoveriamo senza tema di smentita.

È sotto gli occhi di tutti come l'aziendalizzazione non abbia dato i risultati previsti (sinteticamente: come era ovvio) ma il peggio è che con italica improvvisazione si cerca di peggiorare ulteriormente la situazione.

Una dotazione di personale carente e sottoposta a superlavoro non potrà certo migliorare le performance, oltre a mettere a rischio la propria salute e quella dei pazienti.

Di qui l'ideazione degli obiettivi aziendali e dei progetti aziendali stile "Marcia o muori" oppure "Getta il cuore oltre l'orario".

Mi permetto di far notare come troppo spesso gli obiettivi, su input della direzione generale, diventino poi esclusivamente quantitativi e di reparto, gli uni contro gli altri armati, perdendo così di vista il bisogno di cure dei pazienti ed il dovere di prestarle che è il nucleo dominante l'attività medica. La selezione dei pazienti, a seconda della redditività del caso, è già stata descritta.

Cosa manca? Ovvio l'esclusione dal Ssn degli anziani, delle patologie croniche e delle fasce più a rischio e bisognose.

Quale migliore controllo dei costi? È ovvio come questo sia un paradosso, ma sinceramente neppure tanto lontano dalla realtà ipotizzabile ed attuanda. La cura e/o la qualità della cura sembrano essere dolorosamente passate in secondo piano.

Nel caso danese il dato osservazionale di maggior rischio riguarda, infatti, lavoratori con una media di un turno di notte per settimana, dato che farebbe rientrare nei benefici (dei lavori usuranti) molti colleghi

Giurispudenza

→ Paola Carnevale

Carattere litigioso? Primario licenziato

Le cariche dirigenziali sono discrezionali e suscettibili di valutazione

Trattare male i colleghi, i dipendenti ed i pazienti può determinare gravi conseguenze, fino alla revoca dell'incarico. Questo, quanto accaduto ad un primario trentino, collerico e scontroso, che era stato sollevato dall'incarico di responsabile dell'unità operatoria e trasferito presso un altro reparto. Motivo il "carattere irascibile" del dirigente e la sua "brutta modalità" di rapportarsi a colleghi, dipendenti e pazienti. Con sentenza 5025, la Corte di Cassazione ha confermato la revoca della qualifica di responsabile del comparto operatorio, essendo stato valutato negativamente dalla commissione tecnica. Di contro il dirigente medico non solo deduceva che la decisione di non rinnovargli l'incarico era errata da un punto di vista tecnico e priva del riferimento agli elementi che potevano giustificare il mancato rinnovo, ma lamentava di esser stato oggetto durante il quinquennio di condotte mobbizzanti da parte dei vertici dell'azienda e dei colleghi primari. Per tali motivi chiedeva la ripetizione della valutazione del quinquennio di attività e che fosse accertata l'esistenza dei requisiti per il rinnovo dell'incarico dirigenziale, con condanna dell'azienda a risarcirgli il danno economico conseguente al mancato rinnovo dell'incarico nonché il danno morale e all'immagine conseguente al mobbing subito.

La Corte di Appello respinge il ricorso, confermando la sentenza di primo grado. Di qui il ricorso per Cassazione, anch'esso respinto. Infatti, in relazione ai parametri fissati dall'articolo 72 del Ccpl (in linea con il Ccnl), sulle capacità ge-

stionali con particolare riferimento al governo del personale, ai rapporti con l'utenza (i pazienti), alla capacità di correlarsi con le altre strutture e servizi erano emersi atteggiamenti che avevano messo in luce la scarsa attitudine del professionista ad esercitare competenze organizzative e gestionali di beni, e una ridotta capacità del dirigente di correlarsi dialetticamente con altre strutture e servizi senza continue polemiche e perduranti contrapposizioni, nonostante gli avvicendamenti delle persone che ricoprivano gli altri ruoli manageriali nel distretto; tutto ciò, secondo le previsioni contrattuali, influisce sulla valutazione delle capacità gestionali dei dirigenti, tanto più quando si tratti di un servizio destinato ad integrare funzionalmente le altre discipline chirurgiche, come il servizio di anestesia e rianimazione. Del resto, sostiene la Cassazione, la scelta di confermare o meno un incarico rientra nella potestà di autorganizzazione della amministrazione ed è suscettibile di un sindacato limitato alla violazione delle norme di legge, regolamento o contratto collettivo o dei doveri di correttezza e buona fede, senza alcuna valutazione di merito. servizi e del personale stesso, ravvisando anche difficili rapporti con l'utenza. "Le procedure di rinnovo degli incarichi - continua la Corte - sono quelle previste dal successivo articolo 74, il quale a sua volta disciplina gli organismi preposti alla valutazione dei dirigenti, disponendo in particolare, fra l'altro, che il Collegio tecnico previsto nello stesso articolo, proceda alla verifica

dei dirigenti titolari di incarico di struttura complessa o semplice alla scadenza dell'incarico loro conferito. D'altra parte lo stesso art. 74 del Ccpl prevede che l'azienda, con proprio atto unilaterale (il disciplinare), fissi modalità dei processi di valutazione dei dirigenti onde fornire al Collegio tecnico gli elementi necessari alla verifica demandatagli", esattamente come avvenuto nel caso di specie. La Corte rigetta il ricorso ribadendo altresì che, poiché non è configurabile un diritto soggettivo a conservare un determinato incarico dirigenziale ed il controllo giudiziale circa il mancato rinnovo dell'incarico si risolve nell'indagine sul rispetto delle garanzie procedurali eventualmente previste nonché delle regole di correttezza e buona fede, la Corte di merito, effettuato il relativo riscontro con esito positivo, aveva esattamente ritenuto inammissibile la domanda del ricorrente.

Quanto alla domanda di risarcimento del danno da mobbing, nessuno degli episodi riferiti dal medico poteva esser configurato come mobbing, richiedendosi a tal fine che il lavoratore venga emarginato e che le sue scelte lavorative vengano bocciate anche se corrette. Ed a tal proposito il medico non aveva fornito alcuna prova.

INCARICHI DI STRUTTURA COMPLESSA: VIETATE LE DISCRIMINAZIONI

La scelta è essenzialmente di carattere fiduciario: le eventuali controversie rientrano nella giurisdizione del giudice ordinario.

Con sentenza n. 5457 la Corte di Cassazione torna nuova-

mente sull'istituto degli incarichi, in particolare sull'attribuzione degli incarichi di struttura complessa. Ribadisce la Corte che il direttore generale provvede alla attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso da pubblicare in Gazzetta Ufficiale, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita Commissione. La procedura selettiva è quella affidata alla Commissione, mentre la scelta del dirigente sanitario al quale affidare l'incarico, nell'ambito della rosa indicata, spetta al direttore generale. Si tratta di un incarico fiduciario connotato dal fatto che la Pubblica Amministrazione - e per essa il direttore generale - agisce con i poteri del datore di lavoro privato sicché essa deve rispettare i criteri del bando e quelli legali, ma non è tenuta a motivare la propria scelta fiduciaria. In particolare è demandato alla Commissione soltanto il compito di predisporre un elenco di candidati idonei (senza attribuzione di punteggi e senza formazione di graduatoria) da sottoporre al direttore generale, il quale conferisce l'incarico con scelta di carattere fiduciario affidata alla propria responsabilità manageriale. Ciò non toglie che la scelta del direttore generale debba essere ispirata al criterio del buon andamento della pubblica amministrazione; però, nel contesto del lavoro pubblico contrattualizzato ed assoggettato alla disciplina privatistica, il dipendente non può addurre tale criterio come obbligazione sussidiaria e strumentale rispetto alle obbligazioni che in generale sorgono per effetto

dell'instaurazione di un rapporto di lavoro. Viceversa opera l'ordinario apparato di tutela del lavoro che, tra l'altro, vieta pratiche discriminatorie, sicché il dirigente al quale sia stato preferito altro candidato può dolersi, in ipotesi, del carattere discriminatorio della scelta del direttore generale o, ancora più in generale, della violazione del canone di correttezza e buona fede che presidia ogni rapporto obbligatorio contrattuale. La Corte di Cassazione conferma altresì la pronuncia della Corte di appello che, lungi dal dichiarare il difetto di giurisdizione del giudice ordinario, ha, al contrario, ritenuto sussistente la medesima giurisdizione ribadendo che la procedura di selezione avviata da una asl per il conferimento dell'incarico di dirigente di secondo livello, non ha carattere concorsuale, in quanto si articola secondo uno schema che prevede, non lo svolgimento di prove selettive con formazione di graduatoria finale ed individuazione del candidato vincitore, ma la scelta di carattere essenzialmente fiduciario di un professionista ad opera del direttore generale della Asl nell'ambito di un elenco di soggetti ritenuti idonei da un'apposita commissione sulla base di requisiti di professionalità e capacità manageriali. Ne consegue che tutte le relative controversie attinenti alla procedura di selezione, quale quella concernente l'accertamento del diritto al conferimento dell'incarico, rientrano nella giurisdizione del giudice ordinario, in quanto hanno ad oggetto atti adottati in base alla capacità ed ai poteri propri del datore di lavoro privato

ALLA VIGILIA DEL VARO DEL DDL CALDEROLI IL FEDERALISMO SANITARIO E LE NOSTRE PREOCCUPAZIONI

segue dalla prima

esprimere le prime considerazioni sull'impatto che questa profonda e ormai completa trasformazione federale dello Stato avrà sul Servizio sanitario nazionale. Molte sono le perplessità e le preoccupazioni di noi medici che siamo testimoni di gravi e crescenti disuguaglianze. Il recente rapporto Osservasalute 2008 ci consegna una fotografia della sanità italiana ancora più divisa tra Nord e Sud, con Regioni del Nord che migliorano complessivamente la qualità dei servizi erogati, dimostrando di riuscire a coniugare programmazione e qualità dell'assistenza, con programmi di razionalizzazione della spesa, e Regioni del Sud che accumulano disavanzi sotto il peso di croniche insufficienze strutturali e distorsioni del sistema che pregiudicano addirittura l'erogazione delle prestazioni essenziali. Ma mentre si avvicina il completamento del lungo percorso legislativo e si avvia la fase matura del federalismo e nonostante la stagione degli accordi tra Stato e Regioni che si sono succeduti a partire dal patto di stabilità dell'8 agosto 2001, il disavanzo delle Regioni non si è frenato, confermando nel complesso la cronica e sistematica sot-

tostima del fabbisogno rispetto alla spesa sanitaria. Molte Regioni, soprattutto del Sud hanno distorsioni e vizi strutturali quali ritardi nell'organizzazione della rete ospedaliera e della integrazione socio-sanitaria, abnorme e distorto rapporto pubblico privato, insufficiente governo della domanda e mancata ristrutturazione della rete della offerta, che hanno ostacolato ed impediscono tuttora qualsiasi possibile correzione di rotta che possa rendere compatibili i finanziamenti previsti. Neanche la stagione dei piani di rientro iniziata il 23 marzo 2005, impostata essenzialmente su un modello coercitivo, ha raggiunto importanti risultati o, ad essere benevoli, questi non sono ancora correttamente valutabili.

È noto che dal 1996 al 2007 la spesa sanitaria è cresciuta di 50,5 miliardi di euro pari ad un tasso di crescita medio annuo del 6,4%, passando dal 5,2 al 6,7% del Pil, a cui bisogna anche aggiungere un considerevole incremento della spesa sanitaria privata pari al 7,8. Se si prendono in considerazione fattori di trasformazione, quali il progressivo invecchiamento della popolazione, i crescenti flussi migratori, il peso econo-

mico della innovazione tecnologica, i cambiamenti epidemiologici ed un progressivo aumento della cronicità e della non autosufficienza, è prevedibile una nuova e crescente domanda di salute che causerà inevitabilmente un altrettanto progressivo aumento della spesa sanitaria. Considerando infine la dinamica di spesa sanitaria pubblica nei prossimi anni e l'interazione della componente demografica-economica e di altre componenti esogene, come le scoperte scientifiche, l'innovazione tecnologica ecc, si può sviluppare un modello previsionale attendibile il cui risultato appare clamoroso. Considerando come punto di partenza la spesa sanitaria pubblica nel 2007, che ammonta a 102,2 miliardi di euro pari al 6,7% del Pil, la proiezione della spesa sanitaria pubblica nel 2050, tenendo anche in considerazione la crescita del reddito imponibile, si attesta su un valore di circa 262,8 miliardi di euro, pari al 9,3% del Pil (Meridiano sanità, Cernobbio 2008). A fronte di questi modelli previsionali di spesa, ci vengono forniti da organi di stampa una serie di "cifre" di risparmio di spesa in Sanità, in regime di federalismo fiscale di cui non conosciamo il metodo di calcolo ed esistono non pochi dubbi che l'ottimizzazione dei costi e l'abbattimento dei livelli di spesa saranno raggiungibili con la definizione dei costi standard, salvaguardando nello stesso adeguati ed uguali livelli qualitativi della offerta. Le opinioni ancora controverse circa la modalità di applicazione dei costi standard e la ricerca del punto di equilibrio "di una buona efficienza produttiva" raggiungibile da tutte le Regioni,

Come medici pretendiamo garanzie affinché sia assicurata l'unitarietà del sistema che principalmente si deve esprimere nella uniformità della erogazione dei Lea su tutto il territorio nazionale

non incoraggia l'ottimismo circa l'abbattimento delle differenze interregionali.

Bisogna prendere atto che negli ultimi anni si è ancora più accentuata una divaricazione tra Regioni del Nord e del Sud e che quest'ultime sono costrette ad investire quote rilevanti del loro Pil rispetto a Regioni del Nord (la Calabria ed il Molise destinano rispettivamente il 9% e l'11% del Pil contro il 5% della Lombardia) e che si sono affermati modelli istituzionali profondamente diversi con una differente offerta di prestazioni erogate ai cittadini, che riflettono una diversa qualità della assistenza sanitaria sul territorio nazionale, con comprensibili ricadute sulla equità e solidarietà del sistema. È difficile credere alle ripetute affermazioni di esponenti del Governo, prima tra tutti il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Maurizio Sacconi, che l'impatto del federalismo fiscale in sanità genererà inevitabilmente circuiti virtuosi e che il sistema di perequazione, di tipo verticale, gestito direttamente dallo stato, sanerà "integralmente" i ritardi e le differenze interregionali. Ci auguriamo che il Governo centrale sappia guidare l'autonomia regionale sui binari della solidarietà e dell'uguaglianza e sia autorevole nell'esercitare un ruolo di coordi-

namento, così come espressamente dichiarato nel Libro verde del Welfare, ma per come viviamo in prima persona le contraddizioni di un sistema sempre più lontano dai principi della 833/78, abbiamo forti dubbi. E poiché il sistema già ora non regge la compatibilità economica dei finanziamenti rispetto al fabbisogno e genera disuguaglianze è legittimo pensare che nel prossimo futuro o le Regioni saranno in grado di resettarsi sul costo standard, da cui deriveranno i finanziamenti per la Sanità, e il sistema perequativo sarà grado di "reggere" gli scostamenti della spesa oppure salterà completamente "il banco".

Come medici, che ogni giorno sono chiamati a rispondere in prima persona alla domanda di salute dei cittadini, pretendiamo garanzie affinché sia assicurata l'unitarietà del sistema che principalmente si deve esprimere nella uniformità della erogazione dei Lea su tutto il territorio nazionale. Arriverà la tanto ricercata ed inseguita riforma federale dello Stato, ma al momento è legittimo interrogarsi con molta preoccupazione se i cittadini italiani godranno ancora di uguali diritti nella tutela della salute, indipendentemente dal luogo di residenza.

Domenico Iscaro

Ci auguriamo che il Governo centrale sappia guidare l'autonomia regionale sui binari della solidarietà e dell'uguaglianza e sia autorevole nell'esercitare un ruolo di coordinamento, così come espressamente dichiarato nel Libro verde del Welfare

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao 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
Carlo Lusenti
Direttore responsabile
Silvia Procaccini
Comitato di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITRICE

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)

Finito di stampare nel mese di aprile 2009

COSMeD, PER UNA DIRIGENZA A FORTE VALENZA PROFESSIONALE

La COSMeD costituisce attualmente la principale Confederazione sindacale della dirigenza del pubblico impiego. Ne fanno parte Anao Assomed, Fvm, Sds Snabi, Assomed-Sivemp. Con i loro 25.683 iscritti, certificati dall'Aran, costituiscono il 23,3% di tutta la dirigenza pubblica

La COSMeD nasce da una fondamentale esigenza di tutela e di affermazione del ruolo di una nuova e specifica tipologia di dirigenza, di cui i medici pubblici insieme alla dirigenza sanitaria sono l'espressione quantitativamente prevalente, individuabile nella dirigenza "professionale" sanitaria.

Si tratta di una dirigenza che in termini curriculari risponde già da anni a requisiti europei, con una attività formativa di altissimo profilo, svi-

luppata a livello accademico e professionale specialistico, in ambiti disciplinari ad elevato valore aggiunto in termini di misurabilità della qualità prestazionale erogata.

Il suo fine statutario è quello di dotare il sistema pubblico di una dirigenza a forte valenza professionale, distinta dalla quella "politica" e dalla tradizionale dirigenza amministrativa a formazione generica, per segnare la differenza con il passato. L'indipendenza e l'autonomia professionale di una nuova dirigenza a base professionale,

costituisce un antidoto fondamentale per risolvere la perdurante crisi del sistema dei servizi al cittadino e per distinguere definitivamente il ruolo politico da quello tecnico-professionale-manageriale. Inoltre costituisce la garanzia dell'equa e qualificata erogazione di servizi e prestazioni agli utenti.

Per raggiungere tali obiettivi la Confederazione intende perseguire un disegno dinamico di aggregazione dei dirigenti professionali di tutte le categorie sanitarie (medici, veterinari, biologi, chimici, farmacisti,

fisici, psicologi), delle categorie tecniche e professionali classiche oltre che delle categorie tradizionalmente "amministrative", anch'esse rilette e riordinate secondo principi e modelli rigorosi di formazione e specializzazione, coerenti con il contesto europeo.

Il riconoscimento di COSMeD su tutti i tavoli istituzionali, ottenuto in questi mesi e da perseguire anche a livello regionale, costituisce quindi un presupposto fondamentale per un ruolo da protagonista delle categorie che rappresenta.

I vertici della COSMeD

Coordinatore:

Carlo Lusenti
(Anao Assomed)

Vice Coordinatori

Aldo Grasselli (Fvm)
Paolo Levoni (Snabi Sds)

Cosmed

Via Barberini 3, 00187 Roma
Telefono 064245741

Fax 0648903523

e-mail:

segreteria@confederazionecosmed.it



Partnership Banking Un vantaggio tira l'altro



Cogli l'opportunità di avere tutta l'esperienza di un grande gruppo bancario, al fianco degli associati ANAAO Assomed, e una gamma di prodotti a condizioni davvero esclusive, per gestire al meglio i tuoi bisogni bancari. E i vantaggi non finiscono qui...

L'accordo di Partnership stipulato con Deutsche Bank prevede condizioni economiche esclusive e vantaggiose. Qualche esempio:

- tre conti correnti: "Senza Spese" e "Canone fisso" oppure ad "Alto Rendimento" (tutti con numero illimitato di operazioni);
- prelievo bancomat senza commissioni da qualsiasi sportello bancario in Italia e all'estero, anche di altre banche* (valido solo per i conti db Partner e db Solution New);

- deposito titoli gratuito e Home Banking senza canone;
- assistenza gratuita per l'estinzione del vecchio conto e la gestione di servizi e prodotti finanziari collegati (utenze, titoli, prestiti personali, mutui e carte di credito);
- promozione "Amici colleghi, colleghi vincenti" con la possibilità di vincere fantastici premi o acquistare prodotti della vetrina db Interactive a prezzi scontati;
- mutui a tassi vantaggiosi e senza spese di istruttoria.

Per ulteriori informazioni:

- visita il sito internet dedicato <http://b2e.deutsche-bank.it/anaao> (password: customer)
- scrivi a info.b2e@db.com
- telefona al nostro call center 02.6995

* Prelievo gratuito nei paesi aderenti all'Area SEPA (Single Euro Payments Area): i 27 membri dell'Unione Europea, più Svizzera, Norvegia, Islanda e Liechtenstein.

Messaggio pubblicitario: prima dell'adesione leggere le condizioni contrattuali riportate nei Fogli Informativi disponibili presso gli Sportelli Deutsche Bank. La vendita dei prodotti e servizi presentati è soggetta alla valutazione della Banca.

