

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DR COMMERCIALE BUSINESS ANCONA N.11/2006

Editoriale

UN LUNGO CAMMINO CONTINUA CON PICCOLI PASSI

di Carlo Lusenti

In verità la citazione originale sarebbe "...comincia con piccoli passi" ma qui non c'è un nuovo inizio ma una prosecuzione, fatta di grande rispetto e responsabilità.

Il XX Congresso dell'Anaa Assomed, concluso a Genova un mese fa, ha deciso di affidare a una nuova classe dirigente la guida dell'associazione, di dare il compito ad un gruppo di persone profondamente consapevoli della grande responsabilità che si assume di sostenere il cammino, iniziato ormai cinquanta anni fa, di un sindacato di medici che si prendono cura della salute dei cittadini.

Poche volte capita, ma questa è una di quelle, di poter dire che la storia ci ha dato ragione, sicuramente la storia dell'anaao è fatta di grandi ragioni affermate: il servizio sanitario nazionale e pubblico, la difesa delle condizioni di lavoro dei medici mai disgiunta dalle condizioni del Paese, la tutela della salute come presidio di civiltà e diritto di cittadinanza, il primato dei servizi per la salute all'interno di un più vasto sistema di sicurezza sociale.

Con queste idee guida siamo cresciuti, con la guida di uomini che hanno saputo realizzarle coniugandole nelle scelte di politica sanitaria, con la capacità di essere sempre la parte più lungimirante e propositiva della categoria.

Ora il testimone passa di mano, lungo una rotta certa e da tempo affermata, per dare all'Anaa Assomed un rinnovato slancio e una consolidata presenza nella sanità italiana.

I mesi che hanno preceduto il Congresso hanno visto riconoscere sul piano categoriale e politico il valore delle idee e degli uomini che hanno guidato l'associazione negli ultimi anni.

Prima la elezione a presidente della Fnomceo di Amedeo Bianco e quindi la nomina a Sottosegretario del ministero della Salute di Serafino Zucchelli sono stati motivi di grandissima soddisfazione, ma anche di rafforzamento della responsabilità che compete a chi per il prossimo mandato guiderà l'associazione.

Il Congresso di Genova ha avviato questa nuova fase nel migliore dei modi: l'unanime approvazione della mozione finale, la capacità di profonda analisi e innovativa proposta evidenziata dalle tesi congressuali, l'ampia disponibilità di donne e uomini a far parte della rinnovata classe dirigente dell'associazione, il comune sentire riguardo alle scelte da compiere ed all'impegno per sostenerle, l'orgoglio di far parte di una organizzazione forte e rispettata, queste sono le risorse che cercheremo di mettere a frutto con un lavoro unitario e collegiale.

L'attualità nel frattempo propone temi non rinviabili, elenco i principali con l'inevitabile limite della sintesi. La sottoscrizione definitiva del II° biennio economi-

segue a pag. 8

XX CONGRESSO NAZIONALE ANAAO-ASSOMED

Si apre una nuova era sulla base dei successi di quella trascorsa

Tra i moli del Porto Vecchio di Genova e a due passi dalle strette vie della città più volte cantata da Fabrizio De André si è svolto, lo scorso giugno, il XX° Congresso Nazionale dell'Anaa-Assomed, dove i medici dirigenti del Servizio sanitario nazionale si sono riuniti per cinque giorni di confronto sul futuro della sanità e del sindacato. Sono state giornate intense, durante le quali è stato dato il benvenuto alla nuova Segreteria nazionale dell'Anaa-Assomed ed è stata salutata la vecchia squadra che, in questi anni, ha permesso al sindacato di raggiungere importanti traguardi ma anche tanti onori, come la nomina di Serafino Zucchelli a sottosegretario alla Salute e l'elezione di Amedeo Bianco a presidente della Fnomceo. Giornate dunque di saluti e commozione, ma anche di serio confronto su quelle che sono le sfide per il futuro. E, perché no, anche di risate, di tifo per la nazionale italiana di calcio e di qualche buon aperitivo bevuto al tramonto sui piccoli moli affacciati sul mar Ligure.

Il Congresso ha visto anche la partecipazione del ministro alla Salute Livia Turco, che ha ringraziato l'Anaa-Assomed per aver sempre difeso il Servizio sanitario pubblico e la salute del cittadino. Un ringraziamento rafforzato dal fatto che è stata proprio Turco a chiamare Zucchelli nella squadra del ministero. Il ministro ha quindi dichiarato la volontà di portare avanti un proficuo dialogo con i medici che, ha osservato, "sono un elemento fondamentale per le

scelte politiche riguardanti la salute". Dopo aver annunciato l'intenzione di elaborare una Finanziaria di rigore ma senza tagliare le cure, Turco ha spiegato all'assemblea dei medici dirigenti di non voler fare marcia indietro rispetto al principio del rapporto di lavoro in esclusiva con il Ssn. Per il ministro si tratta di "un valore da mantenere che deve essere rispettato con regole precise" che, ha ricordato, esistono già. Questo non significa, però, che il Governo non metterà mano ad alcune importanti questioni che riguardano la categoria: la prevenzione del rischio professionale, con la istituzione di una Commissione all'interno del ministero della Salute, il rafforzamento del sistema di formazione continua, la regolarizzazione dei contratti atipici e la presentazione di un provvedimento sul governo clinico.

A Genova è avvenuto anche il passaggio di consegne tra i rappresentanti della precedente Segreteria nazionale e quella eletta nel corso del Congresso. Un lungo applauso ha salutato l'ex segretario nazionale del sindacato, Serafino Zucchelli, che ha ringraziato l'Anaa-Assomed per le battaglie affrontate insieme in difesa della categoria e della salute dei cittadini. "Oggi che sono stato chiamato a lavorare per la parte politica - ha detto Zucchelli all'assemblea - spero

segue a pag. 4

PRESENTATO IN PARLAMENTO IL PROGRAMMA DI GOVERNO

È l'ora di un New Deal per la sanità italiana

La ministra Livia Turco ha presentato il suo programma. Un progetto ambizioso che ha come obiettivo, tra gli altri, il rafforzamento della medicina sul territorio con la nascita della "Casa della salute", una guerra senza quartiere alla lottizzazione in sanità, multe contro gli sprechi e le negligenze, un piano per il Mezzogiorno affinché a spostarsi da Sud a Nord non siano i pazienti ma gli operatori che per questo verranno incentivati. Cambia dunque la linea al ministero della Salute che sceglie il modello toscano di un ticket-multa contro gli sprechi e le negligenze, un progetto ad hoc per il Mezzogiorno, guerra aperta alla politica della lottizzazione in sanità e indica un grande obiettivo: portare la medicina sul territorio con la nascita della "Casa della salute", ovvero una struttura polivalente dove il cittadino potrà trovare assistenza ed effettuare esami 7 giorni su 7. È in sintesi questo il nuovo "patto per la salute", definito un "New Deal" per la

sanità italiana, che la ministra Livia Turco ha intenzione di realizzare fissando obiettivi precisi scritti nero su bianco. Un "patto per la salute" che, nelle intenzioni della ministra, dovrà segnare una svolta, in discontinuità col passato Turco ha infatti spiegato, "vogliamo inaugurare la pratica del Governo condiviso". Il che significa dialogo e confronto costante con il Parlamento e con le Regioni, ma soprattutto "larghe alleanze" con tutti gli attori del sistema, dai sindacati, ai medici, alle aziende. Una svolta, ha precisato Livia Turco, che parte da una consapevolezza: "La Sanità italiana è una casa solida che però va abbellita e resa più accogliente poiché sta vivendo un passaggio delicato nel quale la priorità è garantire l'unitarietà". Per la nuova sanità italiana la ministra punta dunque ad un piano di azione interministeriale e a nove "parole chiave"

segue a pag. 2

segue dalla prima

È L'ORA DI UN NEW DEAL PER LA SANITÀ ITALIANA

che sono: fiducia, qualità, umanizzazione, unitarietà del sistema, responsabilità, legalità, cultura dei risultati, politica delle alleanze e apertura all'Europa. Il tutto, partendo dalla questione cruciale del finanziamento del Ssn e delle criticità di varie Regioni.

LE MISURE CONTENUTE NEL PROGRAMMA IN SINTESI

Si a ticket anti-sprechi

La responsabile del dicastero della Salute ha ribadito il proprio 'No' all'ipotesi di ticket generalizzati, ma ha affermato di essere favorevole ad una politica di compartecipazione al costo dei servizi sanitari in base al reddito. L'unico ticket al quale si può pensare, ha detto il ministro, è quello contro gli sprechi e le negligenze dei cittadini: "Un ticket che dovrà essere quantificato e pagato dal sistema, in forma di penalizzazioni, ma anche dal cittadino quale vera e propria 'multa' per un comportamento scorretto e per il danno causato alle economie del sistema sanitario".

Fondo straordinario per Regioni in rosso

È prevista l'istituzione di un fondo "straordinario" per

le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie, con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009. Non si tratterà, ha precisato la ministra, di un nuovo fondo ad hoc, vale a dire con finanziamenti extra, bensì di un "meccanismo di finanziamento che in fase transitoria aiuterà le Regioni con criticità finanziarie: il fondo sarà comunque compreso all'interno del Fondo sanitario nazionale e nell'ambito del tetto del 6,6% dell'incidenza della spesa sanitaria sul Pil".

La sfida della ricerca

Superare il "duopolio" tra Milano e Roma, valorizzando anche le altre esperienze italiane. A questo punta Livia Turco, anche attraverso l'elaborazione di un Piano nazionale triennale di governo della ricerca sanitaria scientifica e tecnologica e sui servizi.

Un piano per il Mezzogiorno

Ovvero un progetto per la sanità e l'autosufficienza del Mezzogiorno, con l'istituzione di una task force operativa, ed un "piano di contro-mobilità" con un obiettivo preciso: non far muovere più i cittadini dal Sud al Nord del Paese, bensì incentivare lo spostamento degli operatori da Nord a Sud. È uno degli obiettivi del pro-

gramma di governo: "L'idea - sono le parole della ministra - è di muovere anziché i cittadini del Sud, gli operatori del Nord. 'Nord verso Sud' è un progetto di collaborazione, di solidarietà e di sostegno da sancire con accordi interregionali".

La Casa della salute

Per realizzare in concreto la "medicina del territorio", Turco punta alla realizzazione delle Case della salute: grandi strutture polivalenti sul territorio cui il cittadino potrà rivolgersi per assistenza, cure ed esami 7 giorni su 7 e per almeno 12 ore al giorno. La Casa della salute, ha affermato la Turco, "potrebbe diventare la struttura polivalente in grado di erogare materialmente l'insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale con l'ospedale, oltre che le attività di prevenzione".

Dieci azioni ai nastri di partenza

Il Governo è già impegnato in dieci azioni, dalle misure per la difesa della salute delle donne alla presa in carico della salute mentale, dalla promozione della terapia del dolore e dei farmaci per malattie rare all'impegno per le disabilità e la promozione di progetti concreti come l'accesso alle cure odontoiatriche.

Decreto Bersani, cambiano le regole per la professione medica e per le farmacie

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 4 luglio il Decreto Legge promosso dal ministro per lo Sviluppo Pierluigi Bersani. Il provvedimento, già varato dal Consiglio dei Ministri e recante "Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale", prevede la liberalizzazione tariffaria delle prestazioni libero-professionali, tra cui anche quelle mediche, e la possibilità di vendita dei farmaci da banco nei supermercati con spazio dedicato, un farmacista responsabile ma con divieto di sconti e promozioni. L'articolo 2 del decreto riguarda le professioni. Stabilisce, al comma 1, l'abrogazione della "fissazione di tariffe obbligatorie fisse o minime" e del divieto di stabilire compensi "parametrati al raggiungimento degli obiettivi perseguiti"; inoltre, viene abrogato il divieto anche parziale di "pubblicizzare i titoli e le specializzazioni professionali, le caratteristiche del servizio offerto e il prezzo delle prestazioni". Nello stesso articolo si stabilisce che "le disposizioni deontologiche e pattizie e i codici di autodisciplina" devono essere adeguate "entro il 1° gennaio 2007. In caso di mancato adeguamento, a decorrere dalla medesima data le norme in contrasto con quanto previsto dal comma 1 sono in ogni caso nulle". Sulla scorta di quanto contenuto nel decreto Bersani, in merito alla liberalizzazione delle professioni la Fnomceo, attraverso il suo presidente,

Amedeo Bianco, ha chiesto che il provvedimento venga migliorato in particolar modo nella parte riguardante la pubblicità e le tariffe. "È intenzione della Fnomceo - ha riferito Bianco - aprire un confronto con le istituzioni parlamentari e governative, affinché vengano apportati gli opportuni miglioramenti al testo del decreto Bersani". Il provvedimento, insiste la Federazione, "affronta in modo parziale ed impositivo una questione ormai centrale per lo sviluppo economico e civile del nostro Paese e cioè quello di realizzare un moderno ordinamento delle

professioni e dei servizi professionali che abbia il suo baricentro in Ordini in grado, quali soggetti pubblici, di promuovere, controllare e garantire ai cittadini la qualità dei servizi resi, attraverso lo strumento della regolamentazione deontologica". "I farmaci da banco potranno essere venduti in esercizi commerciali con superficie dedicata e con un farmacista. Con la proibizione di campagne promozionali e sconti". Così il ministro Bersani ha illustrato le misure che riguardano la distribuzione farmaceutica, dicendosi convinto che porteranno "ad una significativa riduzione dei prezzi. Le farmacie possono vendere giocattoli e creme. Allora anche gli altri negozi possono vendere i farmaci da banco". Il ministro ha dunque replicato alle critiche mossegli dal presidente di Confesercenti, Marco Venturi, circa il fatto che la vendita dei farmaci da banco sia estesa praticamente alla sola grande distribuzione, precisando che il Governo "ha previsto la vendita solo in spazi con grandi superfici" per via della necessaria presenza di un farmacista, il che significa una selezione di fatto". Il decreto sulla competitività sarà convertito in legge nei tempi previsti, cioè il 4 settembre. Ad assicurarne è la ministra della Salute, Livia Turco. Federfarma, nell'incontro che ha avuto a Palazzo Chigi ha presentato avviando contemporaneamente iniziative di protesta, con una prima giornata di sciopero il 19 luglio.

Intramoenia: il Governo decide di non decidere

Nel cosiddetto "decreto Bersani" è stato inserito anche un emendamento che proroga di un anno lo status quo sull'intramoenia "allargata". Presentando il provvedimento la ministra Livia Turco ha sottolineato come questo fissi "un tempo massimo per le Asl e le Aziende ospedaliere per predisporre spazi idonei all'interno delle strutture pubbliche per l'attività libero professionale dei medici", ricordando come in molti casi le strutture pubbliche non abbiano predisposto spazi adeguati "nonostante vi fossero risorse finanziarie dedicate di cui, infatti, risulta ancora non speso il 50%, per un totale di 412 milioni di euro non ancora utilizzati e che - ha concluso Turco - auspichiamo siano ora rapidamente impiegati da parte delle Asl fino a oggi inadempienti". L'Anaa Assomed giudica invece molto debole questo intervento, visto che una proroga di un solo anno non servirà miracolosamente a fare ciò che non è stato realizzato dal 2000.

"L'ennesima proroga annuale - si legge in un comunicato che l'Anaa Assomed ha diffuso alla stam-

pa - contribuisce a creare condizioni di incertezza e instabilità, alimentando nei professionisti una crescente diffidenza nei confronti della politica sanitaria del Governo e delle dichiarazioni di suoi esponenti". "Sostenere il contrario - prosegue il comunicato - significa non conoscere le caratteristiche strutturali degli ospedali italiani o, peggio, voler creare una condizione che impedisca di fatto ai medici ospedalieri il diritto di esercitare la libera professione nei confronti dei pazienti che decidono liberamente di scegliere il professionista di riferimento". La conclusione è rigorosa: "Chi vuol impedire ai medici del Ssn l'esercizio della libera professione vuole in realtà regalare questa attività alle strutture private, allocando consistenti risorse al di fuori del sistema sanitario pubblico. Il prossimo banco di prova della legge finanziaria dimostrerà se il New Deal della sanità italiana proposto dal Ministro Turco è un vuoto slogan o è una proposta solida e coerente di innovazione nel rispetto del ruolo e delle competenze dei medici".

Il nuovo Patto di stabilità proposto dalle Regioni

Tra i presidenti regionali e l'Esecutivo è stata avviata una nuova linea di confronto basata sulla concertazione e il dialogo. Sulla scorta di questo metodo di lavoro condiviso, le Regioni hanno presentato al Governo un pacchetto di proposte miranti alla riscrittura di un nuovo Patto per la sanità, che muove dalla individuazione condivisa del reale fabbisogno economico del sistema sanitario.

Tra le misure contenute nel documento, la revisione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), gli strumenti di controllo in materia di spesa farmaceutica, la definizione di linee di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, il nodo del debito pregresso, i nuovi criteri di erogazione.

La Conferenza delle Regioni ha messo a punto lo scorso 5 luglio un pacchetto di proposte al Governo per un nuovo Patto per la Sanità da approvare entro il 30 luglio.

Il documento è stato approvato all'unanimità dai governatori ma il nuovo Patto non vedrà la luce per la scadenza immaginata dalle Regioni poiché il Governo – ha fatto sapere nei giorni scorsi il ministro dell'Economia Tommaso Padoa-Schioppa – intende affrontare la questione Sanità a ridosso della legge Finanziaria 2007.

La revisione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea), gli strumenti di controllo in materia di spesa farmaceutica, la definizione di linee di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera, il nodo del debito pregresso, i nuovi criteri di erogazione. Di tutto questo si parla nel nuovo Patto che prevede un percorso condiviso di programmazione e valutazione.

Innanzitutto le Regioni spiegano come sul versante della spesa, per gli anni 2004-2006, la situazione della sanità è stata caratterizzata da una concentrazione dei costi contrattuali che ha accentuato la sottostima dei Lea, determinando un aggravio di costi di quasi 9 miliardi di euro nel triennio 2004-2006.

Per quanto riguarda il pregresso, i governatori da tempo denunciano un sottodimensionamento del finanziamento per il 2004 di almeno 4,5 miliardi e dicono che di questi sono stati stanziati solo 2 miliardi nella Finanziaria 2006; resta pertanto la richiesta di integrazione di almeno 2,5 miliardi. A questo si aggiunge il problema relativo al rimborso del 60% dello sfondamento della spesa farmaceutica per l'anno 2004, dal momento che le Regioni ricordano di aver provveduto alla copertura del 40% di loro competenza.

Le Regioni poi ricordano che per l'anno 2006, in sede di discussione sul varo della legge Finanziaria, rivendicarono almeno il livello di finanziamento previsto dal Dpef, pari a circa 95,6 miliardi, a fronte dei quali il finanziamento reale è stato di 89,9 miliardi, più 1 miliardo destinato solo a quelle Regioni in maggiori difficoltà. Le Regioni propongono al Governo una verifica della dimensione complessiva del debito, anche in relazione agli esiti delle analisi di verifica del costo dei Lea, differenziando la parte del disavanzo da considerarsi strutturale da quello dovuta a sottofinanziamento ed individuando “le appropriate forme di copertura di competenza regionale e statale, nonché le norme rigorose per il rientro e per incentivare processi virtuosi”.

LA PROPOSTA DELLE REGIONI RELATIVAMENTE ALLE RISORSE PER IL TRIENNIO 2007-2009

- Finanziamento di tipo ordinario da individuarsi sulla base della spesa tendenziale per il 2007 e per il quale prevedere un incremento temporale nel triennio che tenga conto del pieno finanziamento dei Lea, del tasso di inflazione, del Pil, nonché dell'au-

mento della popolazione.

- Finanziamento aggiuntivo dedicato al sostegno alle Regioni in forte difficoltà, fissato in un miliardo. L'attribuzione di queste risorse è strettamente connessa alla definizione, da parte della Regione, di piani di rientro dal deficit che prevedano anche interventi di tipo fiscale, finalizzati alla sanità, di razionalizzazione della spesa e di riorganizzazione delle strutture sanitarie.
- Finanziamento degli investimenti tecnologici da corrispondere alle Regioni sulla base di una apposita intesa che tenga conto degli specifici programmi regionali, del necessario livello di coordinamento regionale soprattutto per le tecnologie ad alto costo e di particolare utilizzo.

Il nuovo Patto per la salute che si propone dal 2007, concludono i governatori, “dovrà basarsi su un presupposto importante che vede le Regioni condividere e consolidare con il Governo la collaborazione e l'intesa per governare insieme il sistema sanitario nazionale, nel rispetto del mandato costituzionale”. E per affrontare il tema è necessario, osservano, non limitare “l'attenzione alle risorse, ma proporre un nuovo terreno di confronto che dia centralità ai problemi della sanità, coniugando rigore e servizi”.

NUOVO METODO DI LAVORO

È comunque da segnalare come i nuovi rapporti tra il Governo e le Regioni si stiano avviando su una linea di confronto intesa a costruire insieme la Finanziaria. E questo segna un forte elemento di discontinuità rispetto al recente passato. “Adottiamo un metodo che coniughi la responsabilità comune e il principio dell'autonomia reciproca” queste le parole di Romano Prodi che hanno introdotto i lavori della Conferenza Stato-Regioni a cui si è fatto riferimento in apertura.

Nel corso dell'incontro i presidenti delle Regioni hanno sottolineato “la necessità di improntare i rapporti Stato-Regioni sulla concertazione, il confronto e il dialogo, al fine di pervenire a scelte condivise nella prospettiva di un rilancio dell'economia del Paese” e alla messa a punto di un “Patto per lo sviluppo” che si avvalga del contributo dei singoli livelli istituzionali per la realizzazione degli obiettivi. Il Presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, nella stessa occasione ha anche consegnato ai vertici del Governo un documento che contiene le “Linee guida per il confronto sul Dpef 2007-2010”: tra le proposte avanzate all'Esecutivo l'istituzione di una Commissione mista Regioni-Governo-Sistema delle autonomie per il monitoraggio della spesa pubblica e la riforma delle Conferenze Stato-Regioni e Unificate. Il documento affronta inoltre il tema del federalismo fiscale, la revisione del Patto di stabilità interno, il welfare, l'accordo triennale in materia sanitaria, le infrastrutture, i trasporti, lo sviluppo.

REGIONI: INTERLOCUTORI ISTITUZIONALI

Le Regioni, anche a seguito dell'esito del referendum costituzionale, vedono rafforzato e definito il proprio ruolo di interlocutori istituzionali in grado di esprimere la sintesi delle sensibilità e delle priorità territoriali, cui spetta definire, in accordo con il Governo, i progetti per lo sviluppo economico, territoriale e del welfare condividendo il monitoraggio della spesa pubblica per meglio individuare i settori di intervento da finanziare con i risparmi possibili che il medesimo sistema potrà far emergere, aumentando il grado di trasparenza della spesa nella Pubblica Amministrazione.

“Questa disponibilità – prosegue il documento delle Regioni – dovrebbe sfociare in un Patto per lo sviluppo, tra Stato, Regioni ed Enti locali nel quale sia identificato il contributo dei singoli livelli istituzionali alla realizzazione degli obiettivi, imperniato sulle seguenti priorità: welfare, sviluppo e infrastrutture, federalismo fiscale. Inoltre, la Conferenza ribadisce la propria disponibilità a contribuire responsabilmente al controllo della spesa pubblica complessiva e a disciplinare coerentemente l'applicazione concertata del nuovo “Patto di stabilità interno”.

A tali scopi, le Regioni ritengono decisiva una loro attiva partecipazione alla definizione dei contenuti del Dpef 2007-2010 e della successiva proposta di legge finanziaria.

Un passo concreto verso una modalità di lavoro condivisa e proficua può derivare dalla istituzione di una Commissione mista Regioni-Governo-Sistema delle Autonomie per il monitoraggio della spesa pubblica in sede tecnica e in sede politica; la Commissione, riprendendo e rinnovando l'attività della preesistente Commissione per la Spesa Pubblica, potrà svolgere sia le funzioni di monitoraggio dell'andamento della finanza pubblica e di formulazione di proposte razionali in tema di programmazione e controllo della spesa sia necessariamente, riprendere il tema del federalismo fiscale. In un'ottica integrata, la Commissione mista esplicherà le proprie competenze anche formulando proposte in tema di armonizzazione dei bilanci regionali a supporto della lettura coordinata, trasparente e condivisa delle informazioni contabili.

Si dovrà altresì verificare congiuntamente il rapporto tra competenze e relativo finanziamento per misurare l'adeguatezza sia rispetto alla allocazione delle responsabilità nei diversi livelli istituzionali sia dal punto di vista della congruità complessiva delle risorse. Il fabbisogno deve essere valutato correttamente non solo in termini di competenza ma anche secondo il profilo della cassa in particolare con l'obiettivo di chiudere le partite pregresse (le Regioni vantano crediti per circa 12 miliardi) e regolare adeguatamente i rapporti correnti (si richiama la situazione di sottofinanziamento delle funzioni conferite ad esempio le risorse per la politica sulla casa)”.

La cronaca del XX Congresso nazionale Anaao-Assomed

segue dalla prima

anche di poterlo fare in collaborazione con a voi, attraverso le proposte che vi invito a elaborare per migliorare il Servizio sanitario e la professione. E se la squadra di Governo di cui al momento faccio parte dovesse mettere a rischio la salute e il vostro lavoro – ha concluso Zucchelli – non lasciate che la mia presenza al ministero e l'amicizia che ci lega sia per voi un ostacolo alla difesa dei diritti. Andate avanti, con l'autonomia e la professionalità che da sempre contraddistinguono questa Associazione”.

I medici dirigenti hanno quindi dato il benvenuto al neoletto segretario nazionale, Carlo Lusenti, che ha sottolineato come il lavoro svolto dal precedente Esecutivo Anaao rappresenti un patrimonio che l'Associazione continuerà a difendere e a valorizzare, affinandolo a nuove proposte che gli eventi futuri renderanno necessari. “L'Anaao-Assomed – ha detto Lusenti – continuerà il suo impegno nella difesa del Servizio sanitario pubblico. Le parole d'ordine a cui ci ispireremo saranno efficienza, democrazia, fiducia. Una fiducia che non deve essere solo interna all'associazione, ma che deve anche caratterizzare il rapporto medico-paziente, troppe volte minato nei corsi di questi ultimi anni. E fiducia anche nei confronti delle istituzioni e delle altre organizzazioni sindacali, perché se è vero che non faremo sconti a nessuno – ha concluso il neo segretario nazionale – è anche vero che solo con il dialogo e l'impegno di tutti è davvero possibile dare alla sanità il vigore e la qualità di cui ha bisogno”.

(L.C.)

MEDICI, ISTITUZIONI, INDUSTRIA: UN PATTO PER INVESTIRE NELLA SANITÀ PUBBLICA E PROMUOVERE L'ECONOMIA DEL PAESE

Fare della sanità uno dei principali motori della l'economia del Paese. Questa la sfida del futuro. Ne sono convinti i partecipanti alla *prima tavola rotonda* svolta al Congresso: **Sergio Dompé**, presidente di Farindustria; **Angelo Fracassi**, presidente di Assobiomedica; **Domenico Iscaro**, neo presidente della Anaao; **Nicola Quirino**, docente di Economia e Finanza Pubblica all'Università Luiss di Roma; **Guido Riva**, presidente della Commissione Sanità di Confindustria; **Enrico Rossi**, coordinatore degli assessori regionali alla Sanità. E per diversi aspetti, tutti le competenze della sanità giocano un ruolo fondamentale per poter vincere questa sfida. A partire dai medici, che come ha sottolineato Iscaro “vanno maggiormente coinvolti nella gestione del sistema, oltre che nel governo clinico”.

Il sistema, però, è da rivedere e da valorizzare, perché ancora oggi appare sottostimato. “Ci sono aziende internazionali importanti che hanno investito molto nel nostro Paese e dobbiamo evitare che questo percorso si interrompa”, ha osservato Dompé, spiegando che anche le aziende italiane stanno facendo un grande sforzo di internazionalizzazione. Nel suo insieme, ha evidenziato Quirino, la filiera sanità produce l'11% del Pil totale: “Ecco perché investire in sanità pubblica significa promuovere l'economia del Paese”. Tuttavia, ha spiegato Fracassi, “mettere in piedi un'impresa in questo Paese è difficile: tanti passaggi burocratici, tante spese” e poco sostegno da parte dello Stato che invece, come ha sottolineato Rossi, “deve spendere meglio, ma anche di più in sanità”.

In questo contesto, non meno importante è la lotta a gli sprechi, che Riva fa addirittura coincidere la somma totale dei disavanzi. Altri due gli aspetti vanno poi introdotti, secondo Riva: una contabilità trasparente a tutti i livelli (dalle Asl alle Regioni) e una vera partnership tra il pubblico e il privato, “con la garanzia che la governance istituzionale rimanga al pubblico”.

(L.C.)

IL RISCHIO CLINICO: LE TUTELE PER I MEDICI, LE GARANZIE PER I CITTADINI

Maggiore formazione, meno criminalizzazione dei medici, più organizzazione nelle strutture, cartelle cliniche precise, unità di rischio clinico in tutti gli ospedali. Questi alcuni dei suggerimenti contro il rischio clinico emersi nel corso della seconda tavola rotonda alla quale hanno partecipato, tra gli altri, **Carlo Lusenti**, neo segretario nazionale dell'Anaao; **Amedeo Bianco**, presidente della Fnomceo; **Francesco Ripa di Meana**, presidente Fiaso; **Giuseppe Saieva**, sostituto procuratore della Repubblica.

Il primo passo, secondo Lusenti, deve essere fatto per “superare la logica del contenzioso che contrappone medico-paziente per un percorso che premi la sicurezza e non la medicina difensiva”. E per prevenire i rischi in tutto il complesso ospedaliero il presidente dell'Anaao ha suggerito che “si replichino in tutti gli ospedali italiani le esperienze di unità di rischio clinico, avviate con leggi regionali già in alcuni ospedali”. Bianco ha quindi sottolineato come attualmente i medici vivano in uno stato di “criminalizzazione”, ma “nell'80% dei casi gli errori sono imputabili alla cattiva organizzazione del sistema”. Saieva ha fatto notare che una delle problematiche principali è la carenza di documentazione sanitaria. “Le cartelle cliniche, che sono un atto pubblico spesso, sono anonime, non si trova traccia di chi è passato a fare che cosa presso un paziente, finisce a giudizio un intero reparto e diventano un modo per coprirsi l'uno con l'altro”, ha osservato il procuratore, secondo il quale sarebbe necessaria una regolamentazione precisa sulla compilazione delle cartelle cliniche “con delle sanzioni di tipo amministrativo”.

Emersa anche la criticità dei presidi ospedalieri, che necessiterebbero di interventi strutturali da parte dello Stato. “Le aziende – ha detto Ripa di Meana – devono essere in grado di garantire efficienza, per non essere la causa, ma neanche la giustificazione di un errore clinico”.

(L.C.)

LE CONDIZIONI DI LAVORO DEI MEDICI OSPEDALIERI IN EUROPA

Il Congresso Anaao-Assomed nel corso della *terza tavola rotonda* ci ha dato l'occasione di conoscere più da vicino le condizioni di lavoro dei colleghi degli altri Paesi europei. In particolare per quel che riguarda la formazione post-laurea, lo sviluppo professionale continuo ed i meccanismi di carriera. L'occasione ci è stata fornita grazie alla testimonianza diretta di quattro rappresentanti di associazioni straniere: Spagna, Francia, Danimarca e Slovenia.

La scelta non è stata casuale.

Il collega spagnolo, **Manuel Sanchez-Garcia**, da anni, aggiorna periodicamente un documento d'indagine, per conto dell'Aemh (Associazione Europea dei Medici Ospedalieri) sulle condizioni di lavoro di tutti i medici appartenenti alla Unione Europea, con l'aggiunta dei colleghi svizzeri. È pertanto un profondo conoscitore della materia. Ma in aggiunta, la Spagna, che solo pochi decenni fa era un Paese isolato dall'Europa a causa di una dittatura iniziata nel 1936 e dura-

ta più di 40 anni, si è rapidamente evoluta sul piano sociale, oltre che economico, ed è, attualmente, uno dei più vivaci Paesi membri della UE.

La testimonianza del collega francese, **Jean-Claude Wagner**, segretario generale dello SNAM, sindacato dei medici ospedalieri francesi, viene da un Paese con una lunga storia di stabilità nazionale, con forti tradizioni di buona amministrazione pubblica; soprattutto, gli aspetti di sanità pubblica, fin dal tempo delle conquiste napoleoniche, hanno rappresentato una componente importante della politica. Voglio solo ricordare che le norme in materia cimiteriale tuttora in vigore in Italia sono state definite durante l'occupazione bonapartista. Tale era l'importanza della salute pubblica nella politica napoleonica che, dopo la sua sconfitta, le potenze vincitrici abolirono la vaccinazione antivaiolesca, ritenuta, in qualche modo, simbolo della politica napoleonica.

La Danimarca ha un forte sentimento di giustizia sociale, con un'estesa organizzazione di welfare, pur mantenendo un'economia in costante crescita.

Francia e Danimarca hanno condiviso, pochi anni fa, con il nostro Paese, il giudizio dell'Oms di migliore sistema sanitario nazionale, per le caratteristiche di equità, accessibilità, gratuità... (Sull'efficacia ed efficienza di casa nostra ho un po' di dubbi).

La Slovenia è una delle ultime arrivate all'interno della UE, viene da una storia politica molto complicata fin dal primo dopoguerra, ha ottenuto l'indipendenza dalla Jugoslavia da pochi anni, tuttavia ha un'economia molto vivace e l'organizzazione sanitaria ha aspetti organizzativi, in particolare nel campo della formazione, sicuramente interessanti.

Questi Paesi hanno in comune alcuni aspetti della formazione medica che non esistono in Italia.

Prima di tutto la formazione post-laurea, che viene effettuata all'interno degli ospedali pubblici, con una retribuzione che ha le caratteristiche di un salario e non di una borsa di studio. Inoltre l'organizzazione della formazione in molti casi è delegata alle locali associazioni, che in Danimarca e in Slovenia corrispondono alla nostra Federazione degli ordini. Ma anche in Francia l'Ordine dei Medici riveste un importante ruolo per quanto riguarda le specializzazioni.

Le organizzazioni mediche effettuano un controllo continuo sulla qualità dell'insegnamento e sul grado di apprendimento degli specializzandi. Esiste la figura del tutor dello specializzando, che è responsabile della sua formazione.

Gli specializzandi hanno un proprio “log book” dove vengono registrati i loro progressi formativi, sottoscritti dal tutor. In alcuni casi, come in Slovenia, gli stessi tutor sono sottoposti a formazione specifica.

La formazione professionale continua non si limita alle sole forme di ottenimento dei crediti attraverso le lezioni frontali, ma implica attività pratiche ed una valutazione del livello professionale raggiunto da parte di comitati regionali (Francia) o delle associazioni mediche.

In Danimarca, per ricoprire posti di direzione di dipartimento sono tenuti in maggiore considerazione le competenze di tipo organizzativo di quelle strettamente professionali.

Questo aspetto è visto con un certo spirito critico da parte dei colleghi danesi, dche considerano che la priorità data alle capacità organizzative crei una certa frustrazione fra i medici anziani; inoltre la focalizzazione verso il management può ridurre l'interesse verso l'attività strettamente clinica e scientifica, ed una minore preparazione in campo medico rispetto a quello mana-

segue a pag. 7

XX CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED GENOVA 11-15 GIUGNO 2006

La mozione congressuale

INDICE

- Il Ssn tra sostenibilità economica ed equità
- Il Ssn come fattore di sviluppo economico
- Aziendalismo e aziende sanitarie
- Il medico dipendente-dirigente
- Il governo clinico
- Sanità e federalismo
- Ssn e facoltà di medicina
- La vertenza salute
- Il rinnovo del contratto di lavoro
- Un anno straordinario
- Anaa-Assomed e sindacalismo medico
- Conclusioni

Il XX Congresso nazionale dell'Anaa Assomed tenutosi a Genova dall'11 al 15 giugno 2006 fa propria la relazione della Segreteria nazionale uscente ed esprime affetto e gratitudine ai Colleghi che, chiamati ad altri ruoli istituzionali e professionali, lasciano la dirigenza dell'Associazione.

Il Congresso manifesta preoccupazione per la lunga fa-

se di incerta transizione in cui da anni vive la Sanità italiana, in un contesto, per di più, di profonda trasformazione nel rapporto tra Stato e Regioni e tra Regioni ed Autonomie locali, e per la estrema gravità della situazione attuale in cui il sistema sanitario di non poche Regioni è a rischio di default.

IL SSN TRA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA ED EQUITÀ

Nel dibattito tornato di attualità sulla sostenibilità economica del Servizio sanitario, il Congresso ricorda che nonostante i cambiamenti demografici e tecnologici in atto, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil è rimasta sostanzialmente invariata dal 2001, al di sotto della media Ue, e fortemente lontana da Francia, Germania e Svezia, come del resto la sua incidenza sulla spesa totale per il welfare: il 26% del Pil a fronte del 30% di Spagna e Francia e del 28% di Germania e Uk (2002).

Il problema è che tale spesa è percepita ad un tempo come eccessiva, perché tendenzialmente incompatibile con

il quadro della finanza pubblica, ed insufficiente perché non in grado di rispondere all'evoluzione dei bisogni e della tecnologia.

Il persistente squilibrio tra finanziamento e spesa ha comportato un disavanzo apparentemente incontenibile a causa certo di un sottofinanziamento, o di un definanziamento, ma anche di fenomeni cospicui di inefficienza. Non vanno taciuti, infatti, i gravi limiti di gestione delle Aziende sanitarie ed i ritardi di programmazione regionale, come affermato nelle conclusioni della Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul Ssn (2006). Il nostro sistema sanitario rispetto a quello di altri Paesi non spende di più né a livello complessivo (spesa pubblica-privata) né a livello di spesa a carico del Ssn. Esso è riconosciuto come un punto di forza che deve essere valorizzato! La sua sostenibilità oggi è possibile a condizione certo che si spenda meglio, ma anche che si spenda di più come cominciano a riconoscere anche gli Assessori Regionali alla Sanità. Nel medio/lungo termine, a fronte di

segue a pag. 6

L'organigramma Anaa Assomed per il quadriennio 2006-2010

SEGRETERIA NAZIONALE

Presidente

Domenico Iscaro

Vice Presidente

Errico Cesareo

Segretario

Carlo Lusenti

Vice Segretario Vicario

Costantino Troise

Vice Segretari

Giorgio Cavallero

Giuseppe Montante

Gianluigi Scaffidi

Segretario Amministrativo

Giuseppe Ricucci

Segretario Organizzativo

Bruno Zuccarelli

Componenti

Massimo Alegiani

Giampiero Benetti

Salvatore Della Tommasa

Alessandro Falzone

Bruno Innocenti

Mario Lavecchia

Giulio Liberatore

Leo Mencarelli

Cosimo Napoletano

Paolo Quondam

SEGRETERI REGIONALI

Abruzzo Cosimo Napoletano

Basilicata Mario Russo

Calabria Domenico Saraceno

Campania Carlo Melchionna

Emilia Romagna Claudio Aurigemma

Friuli V. Giulia Laura Stabile

Lazio Donato Antonellis

Liguria Egidio Di Pedè

Lombardia Massimo Bocca

Marche Osvaldo Scarpino

Molise Giovanni Pulella

Piemonte Giorgio Cavallero

Puglia Giuseppe D'auria

Sardegna Marcello Angius

Sicilia Rosario Cutrì

Toscana Carlo Palermo

Trento Romano Nardelli

Umbria Leonardo Bartolucci

Valle d'Aosta Piero Sirianni

Veneto Salvatore Calabrese

CONSIGLIO NAZIONALE

Mariano Armellino

Adriano Artico

Salvatore Barbera

Filippo Basilico

Giancarlo Berni

Lidia Boccardi

Marco Bondi

Ugo Bonelli

Edoardo Bonsante

Dario Borin

Alfonso Brescia

Pasquale Caldarola

Claudio Capponcini

Piero Ciccarelli

Vincenzo Cilenti

Antonio Cinque

Antonio Ciofani

Salvatore D'adamò

Antonio D'Avanzo

Francesco De Cumis

Salvatore De Franco

Michele De Luca

Pier Luigi De Matteis

Marina Di Luca

Aldo Federico

Mario Figus

Francesco Fontana

Vito Gaudiano

Vittorio Grivet

Claudio Guadagni

Luciano Keller

Pietro Leli

Baldassarre Licata

Alfonso Lilli

Rita Lionetto

Cosimo Lodeserto

Marco Lucci

Claudio Macca

Giovanni Marra

Pierroberto Mioli

Cosimo Nocera

Antonio Paone

Maurizio Paparo

Carla Parisi

Silvano Piccone

Giuseppe Plutino

Eugenio Porfido

Giuseppe Prete

Antonio Nicola Ripoli

Gian Mario Santamaria

Elio Scaramuzzino

Anna Tomezzoli

Fabiano Turetta

una domanda di sanità in continua evoluzione in termini di struttura demografica e cambiamenti di morbilità, il sistema è economicamente sostenibile in un contesto di appropriatezza complessiva dell'offerta assistenziale ed a condizione che vengano affrontate con fondi strutturali specifici, che non gravino cioè sulle risorse attualmente destinate al sistema, due problematiche chiave, quali la tutela della non autosufficienza ed il ritardo di sviluppo di alcune regioni, specie del Sud.

Il necessario riequilibrio ospedale-territorio deve partire dal superamento di una terminologia vecchia espressa da un binomio di opposti per riconoscere che in una logica di sistema occorre assicurare coerenza tra complessità della domanda sanitaria e modalità di risposta. All'interno di un tale sistema occorre individuare una organizzazione a rete tra le diverse strutture socio-sanitarie capace di temperare due esigenze, la necessità di concentrare i servizi per garantirne la qualità e la necessità della loro diffusione per facilitare l'accesso, ma anche percorsi professionali aperti e regole condivise tra professionisti, non escluso uno stesso stato giuridico per i diversi attori. L'ambito ospedaliero ha perso in 30 anni oltre 300.000 posti letto, ma il territorio è rimasto vuoto di entità organizzative accessibili H24 in grado di intercettare e soddisfare le esigenze dei cittadini nonché di pratiche di misurazione e valutazione delle attività.

La riorganizzazione della rete ospedaliera, che chiediamo, invano, da anni è, ormai condizione necessaria per la riorganizzazione del sistema, ma non sufficiente se, contemporaneamente, non si definisce un modello di assistenza primaria e di assistenza a lungo termine. Un sistema si tiene se le sue parti sono coerenti tra di loro e con l'insieme. Nel contesto di un rilancio del Ssn, l'Anaa Assomed intende richiamare la necessità di pari responsabilità per le strutture pubbliche e private accreditate, quale presupposto della appartenenza ad un unico sistema di regole che stabiliscono diritti e doveri dei soggetti erogatori.

Un Ssn sostenibile deve adoperarsi per rimediare alla persistenza di sostanziali problemi di equità, nell'accesso ai ricoveri ospedalieri, nel numero di morti dovute a variabili socio-economiche, nel fatto che i cittadini delle Regioni più povere sono maggiormente esposti a rischi di inappropriata e, pur ammalandosi di meno, muoiono di più.

IL SSN COME FATTORE DI SVILUPPO ECONOMICO

La spesa sanitaria non è, però, un mero costo da comprimere dato che le attività che producono beni e servizi a tutela della salute concorrono in modo significativo al processo di formazione della ricchezza del Paese, come i più recenti studi in questo campo dimostrano.

Il Ssn rappresenta la maggiore holding aziendale del Paese forte di 659.179 dipendenti (Eurispes 2006). Il solo servizio sanitario pubblico vale il 7,1% della ricchezza nazionale.

Una alleanza tra economia e sanità è essenziale nella produzione di valore. Il Ssn rappresenta un fattore di sviluppo e di crescita del Paese e non solo una spesa.

L'Anaa Assomed chiede che il prossimo Dpef tenga conto di questi dati e della necessità di investire in sanità per rilanciare lo sviluppo del Paese anche attraverso un piano di investimenti strutturali e tecnologici.

La crisi economica e produttiva in atto impone di individuare un sistema di tutela della salute sostenibile da parte dell'economia nazionale e di verificare se e in qual modo esso possa contribuire al suo rilancio. Il nodo di fondo è decidere come rendere compatibili i bisogni dei cittadini con le risorse disponibili e garantire i Lea nel riconoscimento del vincolo di bilancio.

AZIENDALISMO ED AZIENDE SANITARIE

Il ripensamento del sistema del welfare deve riguardare anche l'assetto istituzionale.

Il XX Congresso Anaa Assomed registra l'esistenza di un diffuso neocentralismo regionale per rimediare al quale, da più parti, si propone la riconsiderazione degli enti locali come organi politici di mediazione. Ad essi si chiede di essere raccordo tra i bisogni dei cittadini, le aziende sanitarie e gli assessori regionali, per favorire anche le sinergie con le attività socio assistenziali che fanno istituzionalmente capo ai Comuni.

Il problema reale rimane la forma ed i livelli di finanziamento e la assunzione di responsabilità rispetto a tali processi nel difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che partecipano alla programmazione sanitaria, con la responsabilità economica delle scelte da tale autonomia derivate.

Il modello aziendale, la cui natura giuridica appare peraltro ancora incerta, ha suscitato delusioni più che risultati concreti, anche perché è stato inteso soprattutto come recupero della dimensione economica. Chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato principale di chi non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti.

IL MEDICO DIPENDENTE-DIRIGENTE

Nelle Aziende sanitarie oggi i medici sono meno amati e più controllati e l'identità professionale attraversa una crisi profonda. Lo status giuridico del medico dipendente è un ossimoro: dipendente e dirigente, ed in tutti i medici, sia pure con grado e intensità differente sono presenti i due ruoli, essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate. Ogni scelta clinica comporta una decisione etica ed economica ed il medico è responsabile di entrambe.

Forte è la tentazione di chiamarsi fuori per rifugiarsi nella cittadella della autonomia e dedicarsi alla purezza della professione lasciando che sia qualcun altro a pensare alla gestione. Il rischio però è di essere respinti dalle aree strategiche e ridotti a semplice componente del ciclo produttivo, con le immaginabili conseguenze sociali, professionali, gestionali ed economiche.

Eppure, l'esperienza di questi anni ha dimostrato che una politica di contenimento dei costi che non voglia ridurre qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario non può prescindere dalle competenze e dalle professionalità dei medici, anzi, senza un loro pieno coinvolgimento, essa è destinata al fallimento.

IL GOVERNO CLINICO

È questo il tema del governo clinico.

Il XX Congresso dell'Anaa Assomed esprime la convinzione che la prima fase del processo di aziendalizzazione sia terminata. E con essa l'illusione manageriale e politica di ridurre l'arte di governare i conflitti nelle organizzazioni complesse all'uso dei due soli strumenti di cui l'azienda dispone: l'efficienza e la specializzazione. È giunta al capolinea la pretesa di poter semplificare la complessità del nostro mondo con questa povertà di strumenti concettuali ed attenendosi a queste due sole leve, del tutto insufficienti, come il disastro dei conti dimostra, anche a realizzare quelli che dovrebbero essere gli scopi aziendali.

Una seconda fase deve essere avviata perché è illusorio pensare di potere affrontare la crisi del sistema aziendale con le sole categorie interne senza riconoscere che la efficienza e la ottimizzazione dei costi scaturiscono dalla applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica.

Il problema è in sostanza quello di progettare un nuovo sistema che, ricostruendo i valori di appartenenza alla professione, privilegi le risorse sociali nei confronti dei valori economici, superando la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo nel quale il professionista è spinto ad identificarsi. In questa ottica si inquadra la necessità di definire poteri, ruolo e composizione degli organismi rappresentativi dei professionisti all'interno delle Aziende, anche attraverso meccanismi elettivi, superando una gestione monocratica oramai inappropriata e consapevoli che non potrà esserci una maxi azienda con mini medici, bensì un'azienda in cui i dirigenti medici entrino a pieno titolo nei meccanismi di governo della stessa.

È l'ora delle risorse umane, di leadership professionali che superino una visione esclusivamente economicistica e contabile.

Il prossimo futuro ci dirà se una nuova fase del processo di aziendalizzazione è in grado di valorizzare questa nostra idea di dirigenza professionale superando anche il dilagare di un precariato incompatibile con la qualità e l'appartenenza.

SANITÀ E FEDERALISMO

La Sanità costituisce il banco di prova più significativo della tensione federale che attraversa le correnti di riforma dello stato, ma ciò comporta diversi rischi che non abbiamo mai sottaciuto.

Appare fondato il rischio di associare alla soluzione federalista una modulazione dei diritti dei cittadini inaccettabile ed una accentuazione dei meccanismi competitivi di mercato o quasi mercato.

La strada verso il federalismo sanitario appare senza ritorno ma, a nostro parere, alcuni elementi fondamentali, quali la definizione dei Lea, lo stato giuridico del personale, un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato, gli indicatori di performance devono essere mantenuti nell'ambito di una competenza unitaria. Il cammino avviato rischia di aumentare le ineguaglianze tra Regioni, già oggi marcate, come emerge dalla analisi di alcuni indicatori e dalla esistenza di un gradiente Nord-Sud sul tema della prevenzione e tutela della salute. Inoltre, come sostenuto da alcuni economisti, "l'introduzione del federalismo all'interno di un Ssn finanziato dalla fiscalità generale comporta un mutamento nella concezione della redistribuzione che, anziché questione di diritti di cittadinanza, diventa questione di solidarietà" e trasforma la appartenenza locale nella fonte primaria del diritto sulle risorse.

Il livello di servizi sanitari cui gli abitanti delle Regioni meno ricche possono accedere dipenderebbe non marginalmente dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle regioni più ricche. Il che cambia radicalmente lo spazio e le prospettive dei diritti di cittadinanza che valgono per l'individuo a prescindere dalle condizioni contingenti in cui si trova a vivere e ci muove verso un contesto in cui essi cessano di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale. Ad eccezione parziale della Spagna, in tutti i paesi federali la sanità rimane un bene a carattere largamente nazionale rispetto sia al finanziamento che all'assetto organizzativo.

Sul piano della spesa non appare privo di importanza che i paesi caratterizzati da federalismo politico spendono per la sanità di più rispetto a quelli non federali, il 9,9% del Pil vs 7,8 come totale.

"La questione è chi, come, con che cosa - è la posizione di alcuni economisti - si definisce l'identità pubblica di un sistema sanitario regionalizzato, il suo governo e le sue politiche rispetto al diritto alla salute".

Il dibattito sulle implicazioni della devolution sotto il profilo della equità e della giustizia distributiva ha ancora scarsa rilevanza, ma non possiamo non denunciare i forti rischi per l'integrazione sociale e la unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

SSN E FACOLTÀ DI MEDICINA

Il XX Congresso esprime preoccupazione per lo stato dei rapporti tra Facoltà di medicina e Ssn. In qualsiasi sistema sanitario gli Ospedali sede di insegnamento, all'interno dei quali si concretizza il rapporto tra sistema formativo ed assistenziale, sono strutture di importanza cruciale. In Italia, tale rapporto è segnato da conflittualità, latente o manifesta, e contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti.

Il decreto legislativo n. 517/1999 con la costituzione delle Aziende Integrate non ha risolto i molteplici problemi legati alla convivenza di componenti mediche con diritti e doveri differenti. Per di più, esso è rimasto in gran parte inapplicato ed il processo di integrazione stenta a decollare, incapace di rispondere a logiche non sempre conciliabili.

L'Anaa Assomed richiama il Governo e le Regioni ad intervenire per rendere i rapporti Università-Ssn meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali evitando che le 41 Facoltà di Medicina continuino a porsi come variabile indipendente del sistema proseguendo una politica di espansione assistenziale e tutela di privilegi.

Il XX Congresso ritiene urgente un forte rinnovamento dei percorsi formativi, iniziando a ragionare su un modello che non può più essere quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte

alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico, e sui futuri luoghi della didattica medica ed infermieristica all'interno di una Rete Formativa che consenta ad ogni discendente di acquisire competenze e capacità di progressiva complessità.

In questo contesto appare incongruo e inutilmente penalizzante per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere ad un rapporto di lavoro con il Ssn. Noi rifiutiamo la teoria del "destino manifesto" per cui i medici ospedalieri sono condannati a cedere spazi e competenze all'espansionismo universitario per rifugiarsi nelle riserve di un Ssn povero e per i poveri, lasciando ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione, della didattica e della assistenza nei settori ad alta specializzazione. Se, però, non si cambia, nessuno si salva. Né gli Ospedali né le Facoltà.

L'Assemblea Congressuale registra con soddisfazione alcuni avvenimenti che hanno caratterizzato la vita sindacale negli ultimi anni.

LA VERTENZA SALUTE

Il primo è costituito dall'avvio di un percorso che si è snodato in sei lunghi mesi, a partire dalla fine del 2003, attraverso una serie di tappe e di eventi caratterizzati da grande consenso, dentro e fuori la categoria, che hanno avuto il merito di porre la questione della sanità italiana e dei suoi gravi problemi economici al centro dell'interesse del mondo politico e della attenzione dei cittadini, liberandola da quelle nebbie nella quali era precipitata, abbandonata alla indifferenza ed ad una lenta agonia.

Una tappa fondamentale è stata la sottoscrizione di un manifesto-proposta dal titolo eloquente: "Per un servizio sanitario Nazionale equo e solidale: un impegno comune per un obiettivo condiviso" da parte di 52 sigle sindacali del mondo medico e della dirigenza del Ssn, vero preludio politico di quella unità sindacale che avrebbe portato alla firma del Ccnl 2001-2005.

Una grande stagione di lotta e di sensibilizzazione che ha visto una mobilitazione senza precedenti (74 ore di sciopero) culminata il 24 aprile con lo sciopero di 24 ore e la grande, e straordinaria, manifestazione nazionale a Roma alla quale hanno partecipato 30.000 medici, in rappresentanza di 52 sigle sindacali, insieme alle associazioni dei cittadini e dei malati. Siamo stati la principale fonte ispiratrice, prima l'anima e poi il motore, di questa grande avventura con la quale siamo riusciti a saldare i legittimi interessi del rinnovo contrattuale con la difesa della medicina pubblica, la sola cornice possibile per una giusta collocazione degli interessi della nostra categoria.

IL RINNOVO DEL CONTRATTO DI LAVORO

Un secondo accadimento riguarda la vertenza contrattuale. La trattativa per il rinnovo contrattuale è iniziata con molto ritardo e nelle condizioni di partenza più sfavorevoli a causa di una saldatura tra gli interessi delle Regioni, sempre più tesi a spremere i medici, e quelli del Governo sempre meno interessato alle sorti del Ssn.

Il nostro principale merito è stato quello di avere ricercato, sempre, anche quando altri sperimentavano autonome scorciatoie in virtù di dichiarate vicinanze politiche con partiti di governo, l'unità sindacale, sì da pote-

re controbattere con più forza le inaccettabili proposte della controparte.

Il XX Congresso esprime apprezzamento per la sottoscrizione del Ccnl che ha accolto pressochè integralmente la nostra piattaforma contrattuale, dando ragione alla nostra continua ricerca di unità, patrimonio che non intendiamo disperdere qualunque siano i colori delle coalizioni di governo. Inoltre, valuta positivamente i suoi **contenuti economici**, la costruzione del nuovo tabellare che ha dato certezza sulla entità e la corrispondenza degli arretrati nonché l'incremento della retribuzione di riferimento a fini previdenziali.

Il 9 marzo scorso è stata siglata anche la pre-intesa relativa al II biennio economico di un contratto già scaduto, ma, a distanza di 3 mesi, essa non è ancora in vigore.

I contenuti di questo ultimo accordo sono stati influenzati dal grave, e per il futuro non più accettabile, ritardo della trattativa spintasi a ridosso delle imminenti elezioni politiche nonché dal netto e strumentale rifiuto da parte dell'Aran ad accettare un riconoscimento economico dello sviluppo professionale orizzontale legato a fasce di anzianità espressione di professionalità acquisita. L'Assemblea Congressuale impegna l'Associazione ad individuare adeguate soluzioni che consentano di porre fine ad una vicenda interminabile ed auspica che in sede aziendale o regionale sia possibile rimediare alla cervellotica individuazione della platea dei destinatari del beneficio economico in prima applicazione.

Per quanto riguarda la contrattazione futura i punti fondamentali che l'Associazione intende perseguire sono espressi nelle tesi congressuali. Ma una riforma della contrattazione che renda più snello il percorso appare necessaria.

UN ANNO STRAORDINARIO

In ultimo, non certo per importanza, in questo anno straordinario che è stato il 2006 per l'Anaa Assomed, il XX Congresso ricorda la gioia ed l'orgoglio associativo con cui abbiamo salutato prima la elezione di Amedeo Bianco alla Presidenza della Fnomceo, dopo che Aristide Paci era stato riconfermato Presidente dell'Onaosi ed era stato nominato Presidente di garanzia della Fnomceo, e poi la partecipazione al nuovo Governo del Paese di Serafino Zucchelli in qualità di Sotto Segretario del ministero della Salute.

L'ANAAO-ASSOMED E L'ASSOCIAZIONISMO MEDICO

In un tempo di pensiero debole e di identità fragili, è in atto una fase di lungo, profondo e incerto cambiamento sociale, che non coinvolge solo il nostro piccolo mondo professionale e nazionale.

L'acuirsi di incertezze e criticità nel mondo del lavoro è stata accompagnata dalla perdita di credibilità delle organizzazioni sindacali. Il sorgere di un neoindividualismo competitivo e autosufficiente, in un mondo in cui sembrano prevalere come uniche idee forti il mercato e la cultura aziendale, ha fatto ritenere a molti antiquata e inefficiente l'idea associativa come forma organizzata di tutela dei legittimi interessi di categoria.

Il XX Congresso dà atto al gruppo dirigente di essere riuscito a mantenere vivo, ed anche rafforzare, il ruolo di sindacato dei medici ospedalieri.

Abbiamo difeso e promosso il nostro diritto a migliori e più sicure condizioni di lavoro insieme al diritto dei cittadini a migliori e più sicuri ospedali, abbiamo iscritto nell'agenda della politica, che non lo avrebbe fatto autonomamente, i valori dell'equità e della solidarietà come fondamenti di un sistema di tutela della salute pubblico e nazionale, abbiamo reclamato il diritto alla salute, ed agli strumenti che lo rendono esigibile, come diritto di cittadinanza e non come semplice tutela che lo Stato garantisce in relazione alla propria ricchezza o al luogo in cui capita di vivere, abbiamo valorizzato il ruolo dei professionisti come risorsa per garantire ai servizi sanitari di essere motore dello sviluppo sociale ed economico del Paese.

Su questi punti cardinali è stata costruita la rotta della nostra Associazione, e gli stessi continueranno ad essere per il futuro gli ideali di riferimento in una logica di intelligente continuità con una linea politica ricca di valori quanto apportatrice di risultati.

Non intendiamo però cullarci in una rassicurante conservazione, abbiamo bisogno di definire nuove analisi, elaborare nuove idee, proporre nuove strategie e iniziative. Dobbiamo guidare e non subire le trasformazioni, essere promotori di una rinnovata e più forte identità del sindacalismo medico.

Questa scelta ci è richiesta dalla difficoltà dei tempi ma anche dai rapporti che in questi anni hanno regolato il vasto e articolato mondo del sindacalismo medico. Anche in questo caso l'Anaa Assomed ha guidato la transizione da un contesto conflittuale e competitivo, ad uno scenario di riconoscimento e fiducia reciproci.

Le iniziative del Comitato Solidarietà e Salute, la battaglia per il rinnovamento degli Ordini, il lavoro di elaborazione comune per il rinnovo contrattuale, hanno segnato un percorso fortemente condiviso e sintonico in un contesto in cui, senza mettere in discussione la storia e la specificità di ciascuno, si ricercava costantemente il massimo grado di unità della categoria.

Su questa strada il XX Congresso ritiene che definire un patto di consultazione permanente, elaborare in modo comune idee ed iniziative, continuare a difendere insieme i valori in cui tutti crediamo risponda a ciò che ci chiedono e si aspettano da noi i tanti medici che continuano ad affidarci le loro speranze in un lavoro migliore.

CONCLUSIONI

Il XX Congresso auspica che gli organismi statuari, superando la frantumazione corporativa della rappresentanza degli interessi, facciano prevalere una visione unitaria della categoria per difendere la medicina pubblica e la autonomia professionale, puntando a ribadire una rinnovata centralità del medico che è il soggetto che interpreta la mediazione tra malato e malattia e garantisce l'efficacia clinica senza la quale non può esistere efficienza. Perché questo avvenga, però, è indispensabile che l'Anaa Assomed difenda la sua autonomia che nulla ha a che vedere con il corporativismo ed il disinteresse dell'impegno civile. Essa è, e deve apparire, strumento indispensabile di libertà per essere da stimolo e pungolo per tutti a cominciare da questa alleanza e questo Governo.

Il XX Congresso impegna il Segretario e la Segreteria Nazionale a concentrare le iniziative sindacali dei prossimi mesi ed anni sulle linee di intervento definite in questa mozione e nelle Tesi congressuali.

segue da pagina 4

LA CRONACA DEL XX CONGRESSO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

geriale può rendere difficile, per chi dirige, ottenere la necessaria autorevolezza nel collegio medico.

Un dato pratico divide l'Italia dagli altri Paesi: in nessun caso a chi dirige una struttura, in particolar modo, una struttura chirurgica, è consentito ci avocare a sé i casi, come è invece usanza in molti casi in Italia, né durante il periodo di formazione post-laurea, dove, come si è visto, lo specializzando redige un personale "log book" validato da un tutor, che ne è responsabile, né successivamente.

Nel nostro Paese, in effetti, le regole esistono: gli specializzandi dovrebbero uscire dalla Scuola avendo eseguito personalmente determinate prestazioni, sotto la supervisione di chi è responsabile della formazione; chi va a dirigere una struttura sottoscrive un contratto che fa riferimento ad alcuni articoli della legge 229/99 che richiedono a chi dirige di garantire ambiti sempre crescenti di autonomia professionale ai dirigenti della struttura che vanno a dirigere.

Tuttavia l'inosservanza di tali regole rappresenta più

la norma che l'eccezione, nella totale accondiscendenza delle amministrazioni.

Non è così nei Paesi da cui provengono i nostri ospiti della tavola rotonda.

Manuel Sanchez-Garcia, chirurgo ospedaliero, alla mia domanda su che cosa succede in Spagna, se i direttori di struttura chirurgica non consentono ai loro collaboratori di eseguire un numero adeguato di interventi, ha risposto laconicamente: "Lo matan!".

(Enrico Reginato)

PREVIDENZA

Stop al pensionamento a 70 anni

Oltre ai tassisti, agli avvocati, ai panificatori, il cosiddetto decreto "Bersani", decreto-legge n. 223 del 4 luglio 2006, colpisce anche i dipendenti anziani della pubblica amministrazione.

Lo fa abrogando una norma, introdotta nel 2004, che consentiva loro di richiedere alla propria amministrazione di poter rimanere in servizio, oltre il limite previsto per il pensionamento di vecchiaia, e sino all'età di settanta anni. Infatti con la legge n. 186 del 27 luglio 2004, nata dalla trasformazione in legge di un precedente decreto numero 136, era stata introdotta una postilla ad un vecchio decreto legislativo, il numero 502 del 1992, (che ha rappresentato la prima riforma previdenziale, cosiddetta "Amato" dal Presidente del Consiglio di allora), con cui veniva data la facoltà, ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche, di richiedere il trattenimento in servizio fino al compimento del settantesimo anno d'età. La norma andava ad ampliare il dettato dell'articolo 16 del Dlgs n. 503/1992 con cui era stata già data la possibilità, sempre ed esclusivamente ai dipendenti civili dello Stato e degli enti pubblici non economici, di permanere in servizio per un periodo massimo di un biennio oltre ai limiti di età per il collocamento a riposo per essi previsto.

In pratica la norma generale consentiva di rimanere sino a 67 anni, la nuova disposizione allungava questo periodo fino ai 70. Ma le condizioni delle due facoltà attribuite ai dipendenti pubblici non erano, comunque, le medesime. Nel primo caso, la facoltà di richiedere il mantenimento per un biennio oltre i limiti d'età previsti per il pensionamento di vecchiaia non era soggetta ad alcuna limitazione, e le amministrazioni interessate non potevano (e non possono) negarne il diritto. Nel secondo caso, il prolungamento fino a settanta anni era soggetto alla facoltà dell'amministrazione, in base alle proprie esigenze, di accogliere o meno la richiesta. L'esigenze da valutare riguardavano l'esperienza professionale acquisita dal richiedente in determinati e specifici ambiti in funzione dell'efficiente andamento dei servizi ma anche in relazione alle disposizioni legislative in materia di riduzione del personale. Proprio su quest'ultima condizione sono naufragate molte delle domande prodotte dai dipendenti. Infatti, anche alla luce di alcune circo-

lari del Ministero della Funzione Pubblica e della stessa Inps, era stato sottolineato che questo mantenimento in servizio dovesse essere valutato equivalente ad una nuova assunzione. E con le norme restrittive sul settore pubblico introdotte dalla Finanziaria del 2005 ciò equivaleva, di fatto, ad eliminare gran parte delle richieste. Erano, poi, anche nate diverse liti giudiziarie fra amministrazioni e dipendenti richiedenti incentrate sull'obbligo dell'amministrazione di notificare le motivazioni dell'eventuale diniego. Vi era, inoltre, un'altra restrizione, per chi avesse ricevuto la possibilità del mantenimento in servizio: accanto al fatto che l'amministrazione poteva destinare il dipendente trattenuto in servizio a compiti diversi da quelli precedentemente svolti, era da considerare che i periodi di lavoro, derivanti dall'esercizio della facoltà di trattenimento in servizio, non davano luogo né al famoso "bonus" previsto per i dipendenti privati che rimangono in servizio oltre l'età per il pensionamento d'anzianità, né al pagamento dei contributi pensionistici e quindi alla conseguente anzianità, con il congelamento, di fatto, del calcolo del trattamento pensionistico alle retribuzioni in godimento al momento della proroga. Con l'abrogazione di questa parte della norma, resta vigente, sempre ed è importante sottolinearlo, il diritto dei dipendenti di ottenere il mantenimento in servizio fino ai 67 anni (ex art. 16, Dlgs. n. 503/92).

Il decreto "Bersani" consente, tuttavia, una parziale deroga alla norma cassata: i dipendenti nei confronti dei quali, alla data di entrata in vigore del decreto, sia stata accolta ed autorizzata la richiesta di trattenimento in servizio sino al settantesimo anno di età, possono permanere in servizio alle stesse condizioni giuridiche ed economiche previste dalla normativa vigente al momento dell'accoglimento della richiesta.

Claudio Testuza

L'articolo si riferisce al testo del decreto pubblicato in G.U., che potrebbe però subire modifiche prima della sua conversione in legge. Per informazioni aggiornate consultare il sito www.anaao.it

segue dalla prima

UN LUNGO CAMMINO CONTINUA CON PICCOLI PASSI

co del Ccnl 2004-2005 avvenuta il 5 luglio, se da un lato pone fine ad una vicenda che la parte pubblica ha trascinato ben oltre i limiti della decenza, dall'altro richiede uno sforzo ulteriore riguardo a tempi e modi dell'applicazione, alla formazione dei quadri aziendali, all'elaborazione di proposte che consentano di superare in futuro gli inaccettabili ritardi del passato.

Il Dpef per il prossimo quinquennio da poco presentato dal Governo, ma ancor di più la prossima legge finanziaria, richiedono una vigilanza ed una azione, auspicabilmente comune, dei sindacati della dirigenza medica e sanitaria utile a garantire che le scelte di politica economica non penalizzino il servizio sanitario nazionale, coerentemente con gli impegni assunti davanti ai cittadini ed al Parlamento dal Presidente del Consiglio e dal Ministro della Salute.

La scadenza il 31 luglio dell'ennesima proroga per l'esercizio della libera professione intramoenia negli studi privati, qualora non sussistano le condizioni strutturali e organizzative all'interno degli ospede-

dali, sollecita una definitiva affermazione del diritto all'esercizio della libera professione per i medici ospedalieri, superando un umiliante sistema di proroghe per riaffermare i contenuti di merito del decreto legislativo 229, compresi i necessari vincoli di eticità e trasparenza.

La dichiarata intenzione del Ministro della Salute Turco di presentare in tempi brevi un disegno di legge sul governo clinico deve essere la base di discussione per affermare le analisi e le proposte di cui l'Anaa Assomed è da tempo convinta sostenitrice: dal superamento della gestione monocratica delle aziende sanitarie alla partecipazione dei medici alle sedi della governance, dai modi di selezione dei direttori di struttura al ruolo dei clinici nella organizzazione dipartimentale.

Non possiamo però restare solo sui temi, per quanto di grande importanza, che ci pone l'attualità. Dobbiamo rilanciare la storica capacità dell'Associazione di essere motore del rinnovamento, di essere

alla guida dei cambiamenti culturali e organizzativi che la sanità italiana richiede, di essere punto di riferimento originale delle soluzioni che i problemi della categoria sollecitano.

Esercitare questo ruolo significa affrontare attivamente temi quali il rapporto tra Ssn e Università, il precariato professionale e i percorsi di ingresso dei medici nei ruoli del Ssn, il futuro previdenziale della categoria e la tutela dai rischi professionali, il ruolo dei medici ospedalieri nei percorsi di cura domiciliari e l'organizzazione territoriale dei servizi sanitari.

Questi ed altri i passi che dovremo compiere, lungo un cammino difficile e faticoso, ma anche ricco di occasioni.

Un cammino che l'Anaa-Assomed ha iniziato molto tempo fa, e che noi oggi seguiamo con l'orgoglio della nostra storia e con la fiducia nel futuro che insieme sapremo costruire.

Carlo Lusenti

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Carlo Lusenti

direttore responsabile
Silvia Procaccini

coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

comitato di redazione:
**Lucia Conti, Stefano Simoni,
Claudio Testuza**

editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18,
00147 Roma
tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

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,
DR Commerciale Business Ancona n. 11/2006

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Breccie 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di luglio 2006