

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

5 2010

Anno IX - n. 5 - 2010 - 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 Roma N.11/2006 - www.anaa.it

50^{anni}
1959-2009
DALLA PARTE DEL MEDICO
PER UNA SANITÀ MIGLIORE

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI



2006-2010: CRONACA DI 4 ANNI DI INIZIATIVE E PROPOSTE DAL CONGRESSO DI GENOVA A SILVI MARINA

L'ITALIA DELLA BUONA SANITÀ

alle pagine 2-7, 16

Sommario

INTERVISTA AL MINISTRO FAZIO

Pubblico o privato?
"Se la sanità è buona non bado alle formule"

alle pagine 8-10

DOSSIER DELL'AGENAS

L'ospedale del futuro. Un'analisi su ricoveri, costi e prospettive della rete ospedaliera italiana

alle pagine 11-13

I "BERSAGLI" DEL MINISTERO

Misurate le performance della sanità italiana con la metodologia del S. Anna di Pisa

alle pagine 14-15

DA GENOVA A SILVI MARINA

2006-2010 QUATTRO ANNI AL FIANCO DEI MEDICI ITALIANI

Mese per mese, abbiamo ripercorso le tappe dell'iniziativa dell'Anao Assomed in questi quattro anni che ci separano dal Congresso di Genova del 2006. **"L'Italia della buona sanità"**: questo il titolo del Congresso 2010 che si apre a Silvi Marina il 9 giugno e dal quale emergeranno strategie e obiettivi del prossimo quadriennio

↳ Ester Maragò
Silvia Procaccini

GIUGNO 2006

Congresso di Genova

Dall'11 al 15 giugno si svolge a Genova il 20° Congresso Nazionale dell'Anao Assomed che saluta Serafino Zucchelli, passato all'incarico di sottosegretario alla salute del Governo Prodi e dà il benvenuto a Carlo Lusenti. Nelle prime dichiarazioni del neo eletto la conferma della linea e della strategia politico-sindacale che ha visto da sempre l'Anao Assomed impegnata nella difesa del Servizio Sanitario pubblico. Le prime indicazioni di Lusenti sono quindi per il No al referendum sulla devoluzione che segnerebbe la fine servizio sanitario nazionale, portando inesorabilmente alla sua frammentazione in 21 servizi sanitari regionali, ma anche per la corretta revisione della libera professione intramoenia e l'applicazione del II Biennio economico del Ccnl.

LUGLIO 2006

Si firma il II biennio economico

Dopo 7 mesi dalla sua scadenza naturale, il 5 luglio si firma, in via definitiva, il contratto di lavoro della di-

rigenza medica e veterinaria relativo al II biennio economico 2004-2005. Per l'Anao Assomed l'iter che ha portato alla conclusione di questo biennio impone ancora una volta la necessità di mo-

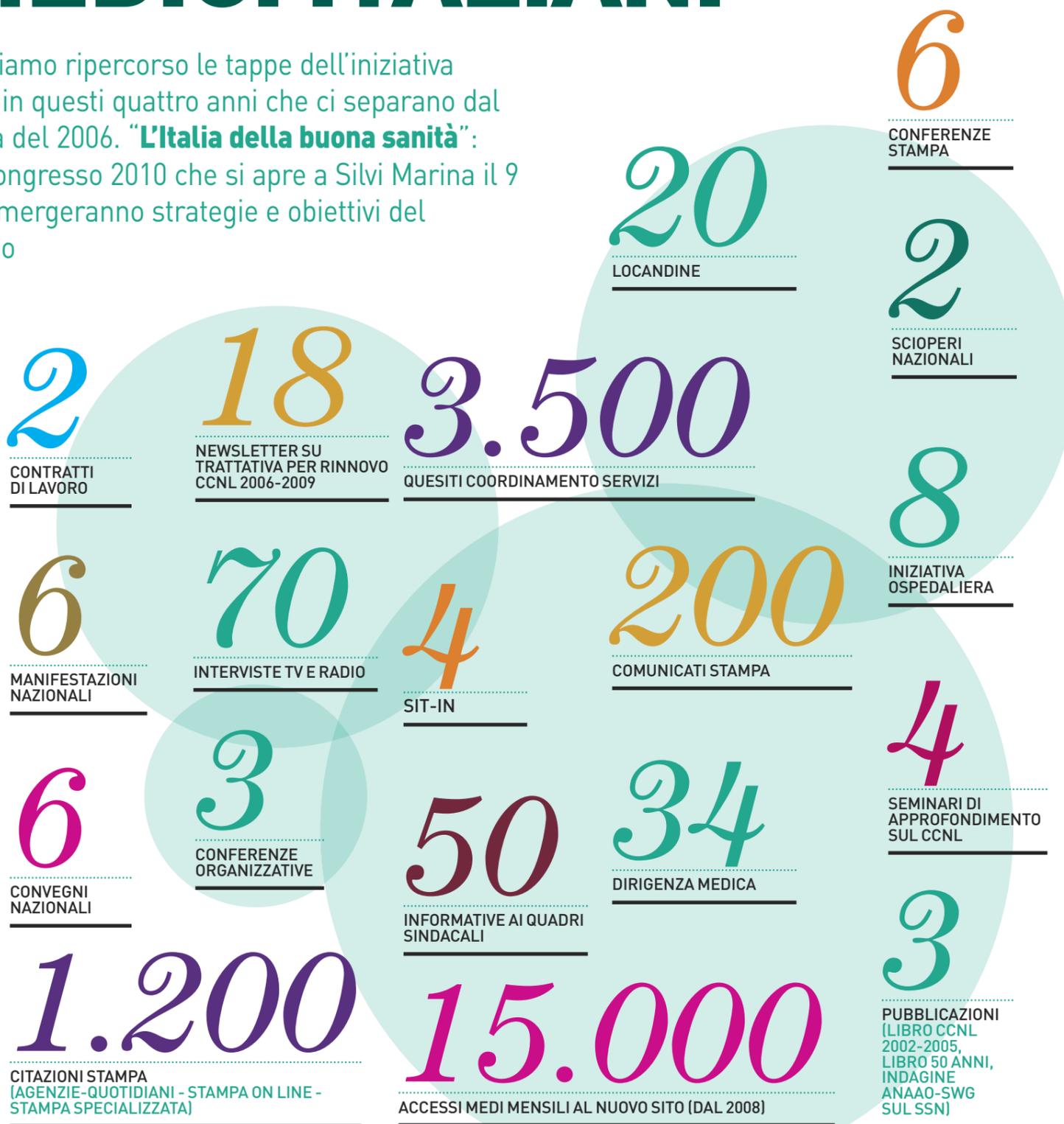
dificare i meccanismi della contrattazione per poter ovviare ai ritardi con cui si giunge alla definizione del Ccnl, proponendo uno snellimento delle procedure burocratiche.

AGOSTO 2006

Proroga intramoenia e Dpef: prime critiche al Governo Prodi

Dall'Anao Assomed arrivano le prime critiche al nuovo go-

verno Prodi e in particolare alla legge voluta dal Ministro della salute Livia Turco che proroga di un anno la libera professione intramoenia allargata senza dare un assetto compiuto e definitivo a questa



materia. L'ennesima proroga annuale 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. Anche il varo del Dpef offre motivo di critica: non viene prevista alcuna chiara indicazione della cifra destinata al finanziamento della Sanità.

SETTEMBRE 2006

Lpi: le perplessità sulla legge

Torna a far discutere il rapporto di lavoro dei medici che non accettano le dichiarazioni del Ministro Turco laddove sostiene che la libera professione deve essere effettuata soltanto all'interno delle strutture pubbliche. Questo per l'Anao Assomed, alla luce dei gravi ritardi nella maggior parte delle Regioni del reperimento e adeguamento delle strutture idonee, significa negare l'effettivo esercizio alla stragrande maggioranza di quel 95% di colleghi che ha scelto di rimanere fedele al Ssn. L'Associazione sollecita il ministro a dare soluzione ad alcuni problemi. Dove potranno esercitare questo diritto i medici che operano in strutture dove non sono stati predisposti gli spazi idonei? Inoltre, qualora vengano richiesti, e resi disponibili, i finanziamenti sino ad ora non utilizzati, pensa davvero il Ministro che i tempi per la realizzazione di questi spazi possano essere brevi e tali da soddisfare le esigenze dei professionisti e anche dei pazienti? Il Ministro Turco in risposta a questi interrogativi propone l'avvio di un tavolo con sindacati e Regioni.

OTTOBRE 2006

Inizia la protesta contro la Finanziaria 2007

Dirigenti, quadri ed elevate professionalità bocciano la Finanziaria preannunciando iniziative sindacali. Inizia così la protesta interconfederale che la Cosmed promuove contro la legge di bilancio per il 2007 coinvolgendo Cida, Confedir e Cuq: non si ravvedono iniziative di reale sviluppo né di concreta lotta all'evasione ed all'elusione fiscale, ma solo incrementi generalizzati di im-

poste a carico dei lavoratori dipendenti in particolare per quelli ad elevata qualificazione. I dirigenti si dicono pronti a contribuire, ma non a pagare per tre: 1) aumento dell'aliquota Irpef che colpisce in gran parte i medici dipendenti; 2) contributo di solidarietà per le pensioni; 3) rinnovo del contratto senza finanziamenti adeguati.

NOVEMBRE 2006

Manifestazione contro la Finanziaria a Roma

La protesta contro la Finanziaria entra nel vivo con la manifestazione del 14 novembre a Roma al Teatro Valle. "Chiediamo al Governo che questa Finanziaria venga modificata in fretta e la manifestazione di oggi non può passare inosservata agli occhi di una maggioranza che deve rispettare i diritti del milione di dirigenti che rappresentiamo". Questo il commento di Carlo Lusenti, Coordinatore della Cosmed, una delle quattro Confederazioni che, insieme a Cida, Confedir e Cuq, hanno dato vita all'iniziativa per modificare alcuni aspetti della legge all'esame del Parlamento. "Non era accaduto con le precedenti leggi finanziarie di sentire il bisogno di manifestare pubblicamente un disagio così forte come invece ci impone questo provvedimento. E non lo abbiamo fatto per ragioni politiche o corporative, ma perchè - commenta Lusenti - riteniamo necessario sollecitare il Governo ad avere una visione globale dei problemi di una grande parte del motore produttivo di questo Paese".

GENNAIO 2007

Orgogliosi di essere medici

La prima conferenza organizzativa sotto la guida di Lusenti si svolge a Sorrento con l'unanime scopo di rivendicare l'orgoglio di appartenere ad una categoria di professionisti e ad un sindacato forte e stabile. Una relazione di circa due ore che il neo segretario nazionale conclude con una incitazione accorata: dobbiamo dimostrare di essere all'altezza delle responsabilità che ci siamo assunti. E allora raccogliamo tutte le sfide, perchè abbiamo l'orgoglio delle nostre capacità, perchè sapremo

dare soluzioni adeguate ai problemi che incontreremo, perchè siamo all'altezza della categoria che ci ha investito della sua fiducia.

L'analisi della situazione politica e sindacale scaturita da Sorrento è scritta nero su bianco nel documento finale che indica e determina le strategie da seguire nel prossimo futuro per dare forza alla professione.

FEBBRAIO/MARZO 2007

Contratto, Lpi, precariato: verso lo sciopero di maggio

La categoria inizia una stagione di mobilitazione che vede l'Anao Assomed protagonista nel tracciare il percorso dell'intersindacale medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa unita da un unico slogan a difesa dei diritti della professione. Sono almeno quattro le rivendicazioni alla base della protesta: il rinnovo dei contratti di lavoro e la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto ferma ai valori del 2000; una soluzione condivisa per assicurare l'esercizio della libera professione intramoenia nell'approssimarsi della scadenza del 31 luglio 2007 con la quale cessa la possibilità di esercitare la libera professione in intramoenia allargata; una soluzione normativa al problema del precariato, l'attivazione di un fondo di previdenza integrativa specifico per la dirigenza del Ssn e coerente con i Ccnl vigenti.

Con queste motivazioni i sindacati proclamano lo stato di agitazione e preannunciano il primo sciopero contro il Governo Prodi per il 4 maggio.

APRILE 2007

Le aperture del Governo non consentono di sospendere la protesta

Il Governo dà le prime, ma insufficienti, risposte alla categoria impegnandosi a stanziare nella Finanziaria 2008, risorse aggiuntive per il contratto dei dipendenti pubblici tali da consentire gli aumenti a decorrere dal 1° gennaio 2007. La legge Finanziaria in vigore aveva differito gran parte degli aumenti contrattuali al 1° gennaio 2008. In questo senso il Governo ha fatto un passo indietro rispetto alla Finan-

ziaria, accogliendo parzialmente le rivendicazioni dei dipendenti pubblici. Viene inoltre sottoscritto il memorandum sul Pubblico impiego con le correzioni apportate dalla Conferenza Stato/Regioni e con un riconoscimento della specificità della dirigenza medica e veterinaria con apposite disposizioni in merito, migliorative rispetto al testo originale. L'Anao, pur sottoscrivendo come Cosmed il memorandum e il documento che vincola l'esecutivo per la prossima Finanziaria, ribadisce che la parziale apertura del Governo costituisce solo un primo passo in avanti, lasciando irrisolti numerosi problemi specifici che sono alla base della proclamazione dello sciopero del 4 maggio. Resta poi aperta la partita sulla libera professione rispetto alla quale si attendono risposte da parte del Governo e del Ministro della salute.

MAGGIO 2007

Primo sciopero contro il Governo Prodi: grande successo

Oltre il 70% della categoria aderisce alla giornata di sciopero nazionale che vede i leader dei sindacati impegnati in un sit-in di fronte al Ministero dell'Economia a Roma. Sotto una pioggia battente un centinaio di camici bianchi, in una mano una bandiera e nell'altra un manifesto, chiedono il rispetto di principi fondamentali per la categoria e per le sue condizioni di lavoro. In risposta alla protesta il Governo approva un disegno di legge sulla libera professione che l'Anao saluta come un passo avanti significativo e coerente con la maggior parte delle proposte avanzate. Riconosce, però, che alcune parti del testo vanno completate e precisate e il percorso parlamentare andrà sorvegliato dalle incursioni di chi nutre un'avversione ideologica all'esercizio di questo diritto.

GIUGNO 2007

Dpef: le proposte Anao a Governo e Istituzioni

Rivalutazione dell'indennità di

esclusività di rapporto, nuovi assetti per la previdenza dei medici, trattamento fiscale delle prestazioni lavorative, superamento del lavoro precario. Sono le proposte dell'Anao Assomed, contenute in un documento inviato al Governo e alle istituzioni con il quale intende partecipare costruttivamente alla stesura del Dpef per gli anni 2008-2012.

Riguardo l'indennità di esclusività di rapporto, si ritiene necessario e urgente correggere il recente disegno di legge in materia messo a punto dal Governo, all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato. "Un Ddl che rafforza ulteriormente il principio e i vincoli derivanti dall'esclusività per i medici ospedalieri, ponendo fine in questo modo alla possibilità di esercitare la libera professione intramoenia cosiddetta 'allargata' e negando l'opzione del rapporto non esclusivo per i direttori di struttura complessa e per i responsabili di struttura semplice a cui è affidato un budget. Per quanto riguarda gli assetti previdenziali, l'Anao richiama l'attenzione del Governo sulla grave penalizzazione dei giovani dirigenti medici, il cui ritardato ingresso nel mondo del lavoro è dettato solo dal prolungamento dei corsi di specialità previsto dalle nor-



native Cee. L'Anao si dichiara inoltre favorevole ad alcune innovazioni ipotizzate per il trattamento fiscale delle prestazioni lavorative, in particolare la detassazione e la decontribuzione degli straordinari o degli aumenti contrattuali. Tali innovazioni dovranno essere previste anche per il pubblico impiego e in particolare per il settore della sanità, così da rilanciare la produttività della

Pubblica amministrazione. L'incentivazione al lavoro straordinario, tuttavia, non può prescindere dal superamento del lavoro precario. L'Anao chiede che il processo di stabilizzazione del lavoro precario sia tempestivamente esteso al Sistema sanitario nazionale e, a tal proposito, chiede che il Dpef lo preveda come obiettivo a cui destinare specifiche risorse.

LUGLIO 2007

I medici chiedono soluzioni concrete

Il tempo dei rinvii è scaduto e Governo e Ministro devono tenere fede agli impegni presi. Da Stresa, dove è riunito il Consiglio Nazionale, giunge la richiesta dell'Anao Assomed di accelerare l'iter dei provvedimenti che interessano il futuro professionale dei medici: libera professione intramuraria e rischio clinico, ammodernamento del Ssn, interventi sull'Università, testamento biologico.

Soprattutto, rischia di rimane-

re al palo, se non ci sarà un'accelerazione, il Disegno di legge che deve decidere del destino dell'intramoenia allargata: i tempi sono, infatti, strettissimi dal momento che entro il 31 luglio il Parlamento deve trasformare in legge il provvedimento, prima che venga vanificato dalla scadenza stabilita dal decreto Bersani. L'Anao Assomed ha quindi chiesto al Governo, e in par-

AGOSTO 2007

È legge l'intramoenia allargata

L'Anao Assomed è soddisfatta della proroga di 18 mesi, ma non delle nuove norme. Questo in sintesi il giudizio che l'Associazione esprime nei confronti della legge approvata dal Parlamento che pur consentendo di dare continuità ad un fondamentale diritto dei medici e ad una possibilità di scelta per i pazienti, contiene alcuni aspetti poco chiari e difficilmente applicabili.

SETTEMBRE 2007

Incontro al Ministero sulla legge Finanziaria

Dopo la pausa estiva l'attività sindacale riprende con l'impegno che le rivendicazioni della categoria trovino il giusto riconoscimento all'interno della legge Finanziaria. L'Anao chiede che la legge di bilancio preveda investimenti adeguati per la rivalutazione economica dell'indennità di esclusività di rapporto, argomento su cui il Ministro si è più volte esplicitamente espresso dichiarando il suo convinto impegno. Così come altrettanto certe devono essere le risorse da stanziare per il rinnovo del contratto di lavoro scaduto da quasi due anni. Tra le priorità della categoria rientra anche la soluzione al problema del precariato per il quale chiediamo una norma legislativa nazionale che impedisca il dilagare di un fenomeno che nuoce anche alla qualità del servizio reso ai cittadini. A fine mese il Ministro della salute convoca i sindacati per dare loro alcune garanzie di risposta e arriva l'atto di indirizzo che contiene però molti lati oscuri.

OTTOBRE 2007

La Finanziaria non piace ai medici

Per almeno tre ragioni:

- 1) non è previsto un adeguato finanziamento per il rinnovo contrattuale 2008/2009;
- 2) non vengono date risposte a questioni di carattere generale quali la riduzione del carico fiscale del lavoro dipendente che ancora una volta esclude i medici da ogni beneficio;
- 3) viene eluso l'impegno del Ministro della salute finalizzato alla rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto che dalla sua istituzione ha perso circa il 20% del potere d'acquisto, a fronte di maggiori restrizioni sulla libera professione previste nella legge 120 del 3 agosto scorso.

L'Anao Assomed annuncia che si farà promotrice con le organizzazioni sindacali di categoria di forti azioni di protesta senza escludere la proclamazione di una giornata di sciopero nazionale che rimarchi il disagio dell'intera categoria professionale per provvedimenti che non tengono conto del ruolo dei dirigenti medici nella tutela del bene salute.

Convegno Nazionale sulle professioni sanitarie

Il medico e le professioni sanitarie: collaborazione o competizione? L'interrogativo posto dal Convegno Nazionale organizzato dall'Anao a Roma il 18 ottobre trova risposta nella proposta dell'Associazione: un tavolo di confronto per dar vita alla collaborazione tra le varie professioni che costellano il Servizio sanitario nazionale. Medici, infermieri, ostetrici, fisioterapisti, logopedisti, ma anche tecnici, dietisti, igienisti e assistenti sanitari. Insieme in un'unica grande squadra che raccolga tutti gli operatori del settore per dar vita a una sanità migliore, fondata sulla cooperazione piuttosto che sulla competizione.

NOVEMBRE 2007

Secondo sciopero contro il Governo Prodi: replicato il successo di maggio

Il 26 novembre la categoria incrocia le braccia per la seconda volta nell'arco di pochi me-

si di fronte ad un Governo e un Parlamento, tanto prodighi di dichiarazioni quanto poveri nell'assumere soluzioni concrete e operative rispetto alle richieste della categoria. Un enorme successo testimoniato da punte dell'80% dei adesioni. Dopo soli due giorni il Governo approva l'atto di indirizzo per il rinnovo del contratto: il passaggio successivo è la convocazione dal parte dell'Aran per l'apertura ufficiale della trattativa anche se si dovrà attendere l'approvazione della legge Finanziaria per sperare di vedere riconosciute due rivendicazioni, fondamentali per poter rinnovare il contratto di lavoro scaduto da due anni, il finanziamento per il biennio 2008/2009 e la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto".

DICEMBRE 2007

Finanziaria

La legge Finanziaria approvata oggi dal Parlamento – commenta il segretario nazionale Anao Assomed, Carlo Lusenti – rappresenta l'ennesima occasione perduta dal Governo e dal Ministro della salute per tenere fede agli impegni assunti nei confronti dei medici ospedalieri del servizio sanitario nazionale. Malgrado l'apprezzabile incremento del Fondo sanitario nazionale, non è stato trovato il finanziamento per la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto ferma al 2000, anno della sua istituzione. Né è stata avviata a soluzione la questione del precariato medico malgrado le ripercussioni negative sulla qualità e sulla sicurezza delle cure, come la cronaca recente dimostra. I medici ospedalieri – conclude Lusenti – esprimono la loro forte insoddisfazione nei confronti del Governo e del Ministro della salute fino ad oggi inadempienti verso una categoria professionale cui i cittadini affidano la tutela di un bene costituzionalmente protetto.

FEBBRAIO 2008

Rinnovo del Ccnl 2006/2009

Si aprono all'Aran le trattative per il rinnovo del Ccnl relativo al quadriennio normativo 2006-2009 e al biennio eco-

nomico 2006-2007, scaduto da ben 26 mesi. Una convocazione che arriva dopo due mesi dall'approvazione da parte del Governo dell'atto di indirizzo che fissa l'entità degli aumenti contrattuali a regime (4,85%) per il biennio 2006/2007. "Finalmente – commenta Carlo Lusenti, segretario nazionale Anao Assomed – è stata sbloccata una situazione che penalizzava la categoria in attesa di rinnovare il contratto da oltre due anni". L'Anao Assomed in questa occasione sollecita un'accelerazione della trattativa per arrivare in tempi stretti ad un accordo che consenta la rapida distribuzione degli aumenti contrattuali per una categoria pesantemente penalizzata dagli effetti dell'inflazione, dal ritardo del rinnovo contrattuale e dall'incremento dei carichi fiscali.

Emergenza sanitaria al Sud

Il Paese si trova a dover affrontare un "nuova questione meridionale della sanità". Per questo l'Anao Assomed promuove a Napoli un convegno "Sud e Sanità: una nuova questione meridionale?" nel corso del quale medici, esperti del settore e rappresentanti istituzionali, tra cui i ministri della Salute e delle Riforme e Innovazione nella Pubblica amministrazione Livia Turco e Luigi Nicolais si sono confrontati per trovare una soluzione costruttiva per evitare che il Sud vada alla deriva. "O la sanità del Sud viene assunta come una questione nazionale – dice, Carlo Lusenti – o continuerà a decadere giorno per giorno. Ci vuole più Stato e responsabilità". D'accordo il ministro della Salute, Livia Turco, che ha sottolineato l'impegno del ministero e la necessità non solo di maggiori finanziamenti, ma soprattutto di maggiore capacità di gestione e organizzazione.

APRILE 2008

Ccnl, dichiarato lo stato di agitazione

Il rinnovo del Ccnl, scaduto da 28 mesi, è naufragato in dirittura di arrivo: l'Aran ha, infatti, abbandonato in maniera unilaterale il tavolo della trattativa. A nulla è servita la disponibilità manifestata unita-



riamente da tutti i sindacati di categoria a trovare una soluzione equilibrata riguardo al recepimento del D.Lgs 66/2003 (orario di lavoro e turni di riposo) che garantisca i diritti dei medici, la sicurezza delle cure e la qualità dell'assistenza ai cittadini. Un fatto di estrema gravità, al quale tutte le organizzazioni sindacali hanno risposto dichiarando lo stato di agitazione.

Tavola rotonda Anaa Assomed "Prima di votare pensa alla salute!"

Si apre la campagna elettorale per le elezioni del nuovo Esecutivo e i medici si preparano al confronto con il Governo che verrà. L'Anaa organizza una tavola rotonda ad hoc alla quale partecipano Domenico Di Virgilio del Popolo della Libertà, Erminia Emprin Gilardini della Sinistra l'Arcobaleno, Gero Grassi del Partito Democratico, e Luciano Ciocchetti dell'Unione di Centro. Un confronto voluto non per fare campagna elettorale e prendere posizioni specifiche, chiarisce Lusenti, ma per rendere trasparenti le posizioni dei vari interlocutori politici e offrire elementi di giudizio a chi deve andare a votare. I politici rispondono illustrando le loro priorità in tema di salute.

Lusenti scrive al Ministro che verrà

Non si sa ancora se ci sarà un Dicastero autonomo della Salute e chi lo guiderà. Nell'attesa Carlo Lusenti scrive una lettera al futuro titolare della salute. Il segretario dell'Anaa chiede al futuro Ministro di attuare quello che è mancato a buona parte dei suoi predecessori: compiere scelte forti e innovative per riaffermare il valore della tutela della salute per tutti i cittadini (senza differenze di parallelo o codice postale) rilanciando il ruolo dei medici quali principali garanti della qualità e della sicurezza delle cure. E ancora, Lusenti lo invita a dare risposte chiare su temi nodali per la sanità quali il federalismo fiscale, il rapporto tra legislazione esclusiva e concorrente, il rafforzamento dell'autonomia regionale nella gestione dei sistemi di tutela della salute.

MAGGIO 2008

Sacconi è il nuovo ministro del Welfare

Il ministero della Salute è inglobato nel super Dicastero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. Al timone, Maurizio Sacconi affiancato nella guida della sanità dai sottosegretari, Ferruccio Fazio e Francesca Martini. L'Anaa esprime il suo apprezzamento per le parole del neo ministro che assicura per tutti la copertura dei Lea anche in uno scenario di federalismo fiscale "a pieno regime", ma dice no all'idea del privato in Sanità come risorsa spendibile nell'interesse generale della salute dei cittadini: "Il privato - commenta Lusenti - è vincolato a logiche di mercato che finiscono con il favorire inevitabilmente il manifestarsi di comportamenti opportunistici. Ma quello a cui siamo del tutto contrari e che respingiamo con forza è l'idea che gli ospedali possano diventare delle Spa".

DM compie otto anni e si rifà il look

Per il suo compleanno il mensile dell'Anaa Assomed si è voluto regalare solo qualche ritocco estetico per alleggerire l'impaginazione, lasciando pressoché inalterato l'impianto generale delle rubriche. Gli interventi più significativi sono, quindi, di carattere grafico: pur mantenendo il formato tabloid e il colore caratteristico delle pubblicazioni dell'Associazione, il verde, sono state inserite alcune immagini con l'intenzione per il futuro di arricchire i testi anche con fotografie di eventi e personalità. L'obiettivo è quello di rendere più agile la lettura e l'impatto visivo.

GIUGNO 2008

Il mondo medico è sul piede di guerra

La manovra economica 2009 penalizza i medici e mette a rischio il diritto dei cittadini alla qualità e alla sicurezza delle cure. Per questo l'Anaa Assomed e le altre sigle sindacali annunciano iniziative di protesta proclamando tre giornate di sciopero a ottobre, una manifestazione nazionale a Roma e il ricorso alla Corte europea, alla Corte Costituzionale e al Tar per alcune disposizioni contenute del decreto

112/2008. Previsto il blocco degli straordinari ad un massimo di 250 ore con eventuali denunce al Tribunale del lavoro in caso di esubero e l'utilizzo delle ferie maturate nel corso dell'anno come previsto dal Ccnl. "La manovra economica - spiega in una lunga intervista Carlo Lusenti - si presenta come punitiva per i medici. C'è di fatto un attacco in particolar modo ai medici che non solo non fanno parte della categoria dei 'fannulloni', ma svolgono la loro attività di cura al di là dei loro obblighi di lavoro".

A Fiuggi la Conferenza organizzativa dell'Anaa

Più di 250 quadri dirigenziali dell'Anaa Assomed si riuniscono al Palaterme di Fiuggi per l'annuale conferenza organizzativa. È fitta l'agenda dei temi trattati, le questioni nodali sul tappeto sono, infatti, numerose. Prima fra tutte quella del rinnovo contrattuale. Nel documento conclusivo i quadri registrano con preoc-

cupazione il vuoto contrattuale ed il peggioramento delle condizioni del lavoro del medico e dei suoi livelli retributivi, falcidiati da manovre fiscali e trend inflativo. Riaffermano inoltre la necessità di una separazione netta tra debito orario contrattuale, ribadito uguale a 38 ore, e quantità di orario eccedente eventualmente richiesto o comunque prestato. Infine, fanno appello all'orgoglio degli iscritti per difendere le ragioni dello stare insieme, per un sindacato più forte e più moderno.

LUGLIO 2008

Siglata l'ipotesi di Ccnl 2006-2009

Dopo mesi di estenuanti trattative il 31 luglio viene firmata all'Aran l'ipotesi di contratto riguardante il quadriennio normativo 2006-2009 e il I biennio economico 2006-2007. "Pur non affrontando - dice Carlo Lusenti - e non risolvendo l'intero ventaglio delle attuali problematiche della organizzazione del lavoro me-

dico, nel contesto politico ed economico dato esso merita un giudizio di sufficienza. Nessun passo indietro rispetto agli attuali livelli di tutela e significativi passi in avanti".

SETTEMBRE 2008

No dell'Anaa alla proposta privatizzazione degli ospedali

Il premier Berlusconi propone la privatizzazione degli ospedali per contenere le spese della sanità. Un progetto che l'Anaa critica aspramente. "Il modello del project financing a cui pensa il Governo - spiega Lusenti - è già adottato in sanità, ma interessa settori secondari quali mense, lavanderie, parcheggi e non può in nessun modo interferire nell'assistenza che è e deve rimanere saldamente in mano al pubblico". La ventilata spartizione delle cure tra privato e pubblico, addirittura nello stesso ospedale aggiunge "creerebbe inevitabilmente iniquità di accesso ed è destinata a moltiplicare modelli competitivi anomali, rivolti più alla quantità che alla qualità delle prestazioni".

Sacconi presenta il "Libro verde"

Sacconi presenta il "Libro verde" e apre le consultazioni con i sindacati per costruire il nuovo welfare. Il documento evidenzia le criticità del sistema previdenziale e pone, in particolare, quattordici domande per migliorare il Ssn. L'Anaa accoglie con favore la consultazione e si augura che la metodologia rappresenti un'inversione di tendenza rispetto all'atteggiamento che il Governo ha fino a quel momento tenuto nei confronti del mondo sindacale e della categoria medica in particolare.

OTTOBRE 2008

Ccnl 2006-2009

Il 17 ottobre viene firmato via definitiva all'Aran in il Ccnl quadriennio normativo 2006-2009 e I biennio economico 2006-2007. "Le novità normative introdotte nel testo - spiega Carlo Lusenti - hanno evitato ulteriori sanzioni economiche e di carriera vessatorie nei confronti dei medici e creato le premesse per il riconoscimento, a livello di contratta-

NON SIAMO SPIE, MACELLAI, FANNULLONI.

SIAMO MEDICI

ANAA ASSOMED - CIMO ASMD - AARO
FP CGIL MEDICI - FVM - FEDERAZIONE CISL MEDICI
FASSID - FESMED - FEDERAZIONE MEDICI UIL FPL

zione integrativa, di condizioni di lavoro idonee a consentire il pieno recupero delle condizioni di sicurezza e prevenire il rischio clinico. Di fronte al vuoto aperto dalla legge 133/2008, il Ccnl recupera alle organizzazioni sindacali in sede di trattativa decentrata la potestà di definire la misura temporale delle pause lavorative atte a garantire la sicurezza delle cure per cittadini e medici ed estende le tutele assicurative a copertura del rischio clinico". Con il contratto i medici portano a casa, a partire dal 1° gennaio 2006, aumenti in busta paga che a regime ammontano a 260 euro medi al mese.

Federalismo fiscale

Il CdM dà il via libera al Ddl elaborato dal ministro Calderoli che apre le porte al federalismo fiscale. Una riforma che punta a realizzare una serie di interventi volti ad affidare sempre più autonomia alle Regioni e agli Enti locali. Un cambiamento del sistema che secondo Domenico Iscaro, presidente dell'Anao Assomed potrebbe portare ad un allargamento della forbice tra le Regioni più ricche e quelle più povere.

NOVEMBRE 2008

Governo clinico

Inizia in Parlamento l'esame di diverse proposte di legge che investono il mondo medico. In particolare, l'Anao Assomed considera prioritarie quella sul governo clinico e sulla gestione del rischio e presenta quindi ai deputati le sue osservazioni. Quattro i punti chiave in discussione: nomina dei primari, disciplina sul pensionamento dei medici ospedalieri, istituzione di unità di rischio clinico, nomina dei Dg delle Asl. Per l'Associazione è urgente definire ruolo e composizione degli organismi che rappresentano i professionisti nel governo delle aziende sanitarie, e arrivare alla definizione di regole chiare e all'insegna della trasparenza per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura.

Norme sul pensionamento

Con un emendamento approvato in Senato anche i primari ospedalieri, come già previsto per gli universitari, vengo-

no esentati dalle norme del Dl 112/08 che autorizzano le amministrazioni pubbliche a risolvere il rapporto di lavoro dei propri dipendenti al compimento dell'anzianità massima contributiva di 40 anni. Una disparità superata solo per quanto riguarda i primari, ma non per tutti gli altri medici.

DICEMBRE 2008

Parlamento europeo, orario di lavoro

Il parlamento Europeo rigetta il tentativo dei ministri del Lavoro Ue di prolungare l'orario di lavoro oltre le 48 ore settimanali, di limitare la durata e l'utilizzo dei riposi compensativi, di non considerare, nel settore sanitario, come "lavoro" il tempo di "attesa" durante i turni di guardia notturni e festivi. Una grande vittoria per i medici europei bianchi e per l'Anao Assomed che partecipa con una folta delegazione alla protesta organizzata dalla Federazione europea dei medici salariati (Fems) di fronte al Parlamento europeo. "È stata così sconfitta una visione produttivistica dell'organizzazione del lavoro medico - ha commentato il Segretario nazionale Carlo Lusenti - che avrebbe avuto pesanti ripercussioni sulla sicurezza delle cure erogate ai cittadini e sulla tutela dell'integrità psico fisica degli operatori".

Si aprono le trattative del Ccnl biennio '08-'09

Si apre la partita per il Ccnl II biennio economico '08-'09, ma l'atto di indirizzo per il rinnovo approvato dal CdM non piace all'Anao Assomed: "Prevede un finanziamento assolutamente insufficiente per avviare la trattativa all'Aran - dichiara Lusenti - le attuali risorse destinate ai contratti del pubblico impiego risultano, infatti, inferiori di gran lunga ai tassi di inflazione correnti. In particolare appare inaccettabile la volontà di finalizzare la Ria, che è risorsa attualmente destinata all'integrazione dei fondi contrattuali, alle voci di

risparmio con cui finanziare ulteriori strategie aziendali".

FEBBRAIO 2009

Immigrati irregolari

Il Senato approva con un emendamento al Ddl sicurezza che abolisce il divieto di denuncia da parte del personale sanitario dei pazienti immigrati clandestini che si rivolgono alle strutture pubbliche. Un atto grave stigmatizzato dall'Anao Assomed. "Come rappresentante dei medici che operano negli Ospedali pubblici e che quotidianamente vivono a Contatto con pazienti di qualsiasi provenienza - di-

cato per valutare il grado di soddisfazione degli italiani nel 30° anniversario dell'entrata in scena del Ssn.

Decreto Brunetta, la vittoria dell'Anao

L'Anao Assomed e la Cosmed mettono a segno due grandi vittorie: lo scippo delle retribuzioni e il pensionamento coatto con 40 anni di servizio effettivo sono cancellati grazie all'approvazione in Aula alla Camera di emendamenti al Ddl Brunetta di riforma del pubblico impiego.

Il primo degli emendamenti elimina l'obbligo limitatamente alla Dirigenza del Ssn, di trasformare il 30% delle retribuzioni fisse in salario di risultato, già introdotto in prima lettura al Senato. Il testo approvato riconosce la loro specificità normativa e contrattuale sottraendola ad un orientamento che, di fatto, avrebbe scardinato il contratto di lavoro. Il secondo emendamento modifica la norma introdotta dalla legge 133/2008 che consentiva il licenziamento dei dirigenti con 40 anni di contribuzione a discrezione dell'Amministrazione. Il testo approvato esclude di fatto tutti i medici dipendenti dalla possibilità di licenziamento anticipato.

MARZO 2009

Ddl sul Governo clinico

Inizia alla Camera l'iter per il Testo Unico sulla governance. Una buona iniziativa per l'Anao Assomed, anche se contiene ancora proposte da cancellare e altre da limare. Per questo invia ai deputati della Commissione Affari Sociali le sue osservazioni sul testo. Sono due in particolare i punti sui quali il sindacato ha espresso il suo "no" deciso. Il primo riguarda l'ipotesi di inserire un componente universitario nelle Commissioni per l'affidamento dell'incarico di direzione di strutture complesse del Ssn, sia pure "soltanto" per le Aziende Integrate. L'altro "no" è alla scelta da parte dei direttori sanitari dell'assegnazione degli incarichi dirigenziali.

Fnomceo, riconfermato Amedeo Bianco

Bianco è riconfermato alla presidenza della Fnomceo per il triennio 2009-2012. L'Anao Assomed esprime grande sod-

difazione. "Questa vittoria - commenta il segretario nazionale Carlo Lusenti - premia le indiscusse capacità di Bianco che in questi tre anni ha saputo rilanciare il ruolo della Federazione con innumerevoli e prestigiose iniziative politiche, culturali e di carattere più strettamente ordinistiche".

Nasce la nuova Cosmed

La principale Confederazione sindacale della dirigenza del pubblico impiego si rinnova: aderiscono alla nuova Cosmed: Anao Assomed, Fvm, Sds Snabi, Assomed-Sivemp, Sidis, Anmi Inail che con i loro 25.683 iscritti, certificati dall'Aran, costituiscono il 23,3% di tutta la dirigenza pubblica. Con la nascita di Cosmed trova rappresentanza una componente qualificata ed autonoma che superati gli steccati del sindacato di categoria, mantenendo la specificità della dirigenza pubblica in tutte le sue componenti, si propone come forza sociale, con la volontà di interloquire con tutte le rappresentanze del mondo del lavoro su questioni di valenza ed interesse generale.

APRILE 2009

Terremoto a L'Aquila

Nella notte tra il 6 e il 7 aprile la terra trema in Abruzzo. L'Aquila e i paesi limitrofi sono duramente colpiti: sono più di trecento i morti, oltre 1.500 i feriti e 50mila gli sfollati. L'ospedale del capoluogo, il San Salvatore è in ginocchio. I medici si uniscono per dare il loro aiuto, economico - con un contributo alla Caritas - e professionale alla popolazione colpita. Lusenti incontra i colleghi dell'Abruzzo all'ospedale allestito nella zona di Coppito alla presenza anche dell'Assessore regionale alla Sanità, Lanfranco Venturoni.

MAGGIO 2009

Emergenza-Urgenza, seminario Anao Assomed -Simeu

L'Anao organizza con la Simeu un seminario di studio "Il sistema emergenza in Italia: presente e futuro". Le criticità che gravano sul mondo dell'Emergenza Urgenza sono, infatti, molteplici: ritmi lavorativi incalzanti, organici ridotti, strutture inadeguate e fatiscenti, scarsità di finanziamen-



ce Carlo Lusenti - posso testimoniare l'importanza di non avere Limitazioni nell'accoglienza dei malati per prevenire pericolose quanto evitabili forme di discriminazione. Che in questo ambito potremmo portare a situazioni di vero e proprio allarme sanitario. Ci impegneremo insieme a quanti sono in prima linea nella difesa di questo principio, affinché il Parlamento modifichi questo provvedimento assurdo".

Indagine Anao Assomed-Swg sugli italiani e il Ssn

Il sistema sanitario nazionale funziona. E gli italiani lo preferiscono alla sanità privata. Resta il problema di una profonda spaccatura tra la sanità del Nord e quella del Sud. Sono questi, in sintesi, i principali risultati dell'Indagine promossa dall'Anao Assomed e realizzata dalla Swg di Trieste. Uno studio voluto dal sinda-

ti e una domanda di cure sproporzionata rispetto a quelle che sono le reali capacità di risposta del sistema. Inoltre la riduzione dei posti letto per acuti, non supportata adeguatamente dalla creazione di posti letto per lungodegenti, ha ridotto notevolmente la disponibilità di quelli per il Ps. Per risolvere tutte le problematiche, Carlo Lusenti lancia la proposta di stringere una partnership con la Simeu.

“Non siamo spie”, i medici dicono no al Ddl sicurezza

Continua la battaglia dei medici sul tema dell'immigrazione. Nonostante dal Decreto sicurezza sia sparito l'emendamento che abrogava il divieto di segnalazione degli immigrati, rimane in vigore l'introduzione del reato di clandestinità che, di fatto, obbliga i medici in quanto pubblici ufficiali a denunciare alla questura o ai carabinieri il paziente senza permesso di soggiorno. Per questo i sindacati chiedono a Parlamento e Governo di cambiare la legge. “Se il Ddl sicurezza entra in vigore così com'è – spiega Carlo Lusenti – i medici in realtà saranno obbligati a denunciare gli immigrati irregolari. Occorre correggerlo ancora introducendo esplicitamente il divieto di denuncia per i medici, ma se questo non fosse possibile visto l'avanzato stato dei lavori, chiediamo che venga approvato un apposito decreto ministeriale, una norma chiara e trasparente sul divieto di obbligo da parte dei medici di denunciare l'immigrato clandestino che affianchi il Ddl sicurezza”.

GIUGNO 2009

L'Anao Assomed compie 50 anni

Ricordare e imparare dal passato per guardare al futuro. È questa la sfida ambiziosa che l'Anao Assomed si “regala” per il compimento dei suoi 50 anni, perché da sempre è stato ed è un sindacato che guarda avanti per difendere i diritti dei medici, e curare al meglio tutti, in un Ssn universale e solidaristico. Una sfida ricordata nel corso del convegno nazionale “Anao Assomed 1959-2009: da 50 anni da parte dei medici per una sanità migliore” organizzato a Roma al qua-

le hanno partecipato tra i molti, il ministro del Welfare Maurizio Sacconi e il viceministro alla Salute Ferruccio Fazio, Livia Turco, Cesare Cursi, Giovanni Bissoni, Giuseppe Palumbo.

Conferenza Organizzativa Anao Assomed

Si riuniscono a Roma la Conferenza Organizzativa e il Consiglio nazionale. È espresa la netta e decisa opposizione alle proposte contenute nel decreto delegato sulla riforma della Pa approvata dal CdM. Richiamata l'attenzione sul peggioramento progressivo delle condizioni di lavoro dei medici, caratterizzato da ordinario superamento del debito orario contrattuale, non retribuito e non recuperabile, e dilagante discrezionalità dei Direttori Generali sui ruoli professionali e sulle prospettive di carriera. Sollecita, infine la chiusura del biennio economico 2008/2009 a conclusione del Ccnl 2008/2009.

LUGLIO 2009

Sit in di protesta contro Brunetta

I medici protestano a Roma contro Brunetta. Il 9 luglio, dopo una manifestazione al cinema Farnese organizzano un sit-in sotto palazzo Vidoni ricordando al ministro che non sono spie, né macellai, né fannulloni, ma medici. Professionisti che, come ha sottolineato Carlo Lusenti “lavorano in un Paese in cui il falso di bilancio non è più reato, ma che vengono accusati del reato di falsa certificazione”. Per questo i sindacati di categoria chiedono che il decreto delegato sulla pubblica amministrazione venga corretto prima della sua definitiva approvazione alla fine di luglio.

Rottamazione dei medici

Approvato alla Camera un emendamento al Ddl anticrisi che contiene la rottamazione de medici al compimento dei 40 anni di contributi. “È una vergogna per il Ssn” sottolinea Carlo Lusenti che ritiene offensiva per migliaia di professionisti della sanità questa norma, fortemente voluta dal Governo, grazie alla quale le Aziende sanitarie potranno a loro discrezione “licen-

ziare” i medici che hanno raggiunto i 40 anni di contribuzione a soli 58/60 anni di età. “A nulla sono valse i nostri numerosi appelli – ricorda Lusenti – affinché da questa norma fossero esclusi non solo i primari e i medici universitari, per imperscrutabili motivi genetici inamovibili a vita, ma tutti i dirigenti del Ssn”. L'Anao Assomed rivolge quindi un appello ai Parlamentari di tutte le forze politiche affinché i medici siano esclusi dalla norma.

SETTEMBRE 2009

Governo clinico, ancora non ci siamo

Approda in Commissione Affari Sociali il testo unificato sul Governo clinico che raccoglie cinque proposte sulla materia presentate dai parlamentari di Maggioranza e Opposizione. Un testo che ha incassato solo un placet parziale dai sindacati di categoria e dall'Anao Assomed. Alcuni articoli sono, infatti, da riscrivere. Uno fra tutti quello che sancisce la presenza di un docente universitario nella commissione di nomina dei dirigenti di struttura complessa nelle Aziende integrate.

OTTOBRE 2009

L'Anao in Europa

L'Anao Assomed entra ufficialmente a far parte della Federazione europea dei medici salarati (Fems) con l'elezione di Enrico Reginato nel ruolo di Vice Presidente. Alla Fems, costituita nel 1964, aderiscono 22 tra sindacati e federazioni di medici, appartenenti a 11 Paesi europei. Il suo scopo principale è quello di difendere a livello europeo gli interessi morali e materiali dei medici dipendenti.

NOVEMBRE 2009

Libera professione “allargata”

L'Anao Assomed in una lettera indirizzata al ministro del Welfare Maurizio Sacconi e al Vice-ministro Ferruccio Fazio, chiede che nella Finanziaria 2010 in discussione in Parlamento sia inserita una norma di proroga della libera professione intramoenia “allargata”. L'appello arriva a pochi mesi dal 31 gennaio 2010, data fissata per la scadenza dell'ennesima proroga voluta dal decreto 154/2008 e ancor

meno dal 30 novembre, termine più pressante entro il quale i medici hanno la possibilità di optare tra l'esercizio della libera professione intra o extra moenia.

Torna il ministero della Salute

L'Anao Assomed approva la decisione del Governo che ha ripristinato il Ministero della Salute, incorporandolo da quello del Lavoro, con poteri però limitati. “Si riconosce in tal modo – commenta Lusenti – che esso svolge un ruolo insostituibile per affrontare gli urgenti problemi che gravano sul Ssn e che chiedono immediate soluzioni. Abbiamo sempre manifestato la nostra contrarietà all'accorpamento dei Dicasteri e riteniamo che il ritorno di un ministero con piena autonomia possa contribuire a garantire al Ssn il suo carattere di unitarietà”. Ma il raggiungimento degli obiettivi richiede una piena autonomia e autorevolezza che, purtroppo, il Parlamento non gli attribuisce. Ci auguriamo ora che vengano riconosciuti anche poteri e indipendenza a vantaggio del buon funzionamento del Ssn.

Immigrati clandestini: riconosciuto il divieto di segnalazione da parte dei medici

“Sussiste il divieto di segnalazione da parte dei medici e di tutto il personale del Ssn degli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno che si rivolgono alle strutture sanitarie”. Il ministero dell'Interno con una circolare scrive la parola fine su una vicenda a cui l'intera categoria dei medici del Ssn ha dedicato mesi di proteste a colpi di comunicati e manifestazioni. “Siamo molto soddisfatti – dichiara Carlo Lusenti – che anche il ministero dell'Interno, a cui ci siamo spesso rivolti negli ultimi mesi, abbia riconosciuto le nostre istanze che si fondevano sugli stessi assunti ora ammessi dalla circolare e cioè che la legge cosiddetta anticrisi non ha abrogato né modificato il divieto di segnalazione contenuto nella precedente disposizione del 1998”.

DICEMBRE 2009

Fazio è il nuovo ministro della Salute

Ferruccio Fazio è alla guida del

dicastero della Salute. “Abbiamo avuto modo di apprezzare sin dall'insediamento del Governo Berlusconi – commenta Carlo Lusenti – la sensibilità di Fazio anche in qualità di medico, nei confronti dei problemi della categoria e ci auguriamo di poter contare sulla collaborazione e sul confronto reciproco. Queste qualità saranno indispensabili per affrontare i numerosi mali che affliggono il sistema sanità del nostro Paese e per risolvere i problemi che derivano dalle pessime condizioni di lavoro dei professionisti che in essa operano. Il primo banco di prova sarà, per il nuovo Ministro, la Vertenza salute”.

Nasce il Patto di affiliazione Anao - Snabi

L'accorpamento delle 8 aree contrattuali, divenute 4 per effetto dei D.lgs di applicazione della legge di riforma del P.I. (L. 150/2009), ha determinato la scomparsa dell'area autonoma della dirigenza medica e veterinaria e profondi cambiamenti all'interno del mondo delle relazioni sindacali. Da qui l'esigenza di aggregare in patti federativi sindacati privi del requisito della rappresentatività. L'Anao Assomed stringe quindi un Patto di affiliazione con lo Snabi-Sds che conferisce all'Associazione maggiore rappresentatività e al sindacato dei biologi, la presenza al tavolo del rinnovo contrattuale.

GENNAIO 2010

Parte la “Vertenza salute”

Si riapre “Vertenza salute”, una protesta che vede unita la quasi totalità dei sindacati della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativi. Sono 10 i punti all'ordine del giorno: Patto per la salute; Piani di rientro delle Regioni; federalismo fiscale; legge delega per la riforma della PA e decreti delegati; “rottamazione” della dirigenza del Ssn; governo clinico e proroga Alpi; rischio clinico; precariato della dirigenza del Ssn; rinnovi contrattuali; rivalutazione economica della indennità di esclusività. Il percorso di protesta inizia il 19 gennaio con assemblee in ogni ospedale dove i medici si

INTERVISTA AL MINISTRO DELLA SALUTE

FAZIO: PUBBLICO O PRIVATO? SE LA SANITÀ E' BUONA NON BADO ALLE FORMULE

↳ Cesare Fassari

Professor Fazio, Lei è al Governo fin dall'inizio della legislatura in qualità prima di sottosegretario, poi di viceministro e ora di ministro della Salute. Che idea si è fatto del nostro sistema sanitario?

La prima considerazione è che l'Italia ha un buon sistema sanitario. Universale, solidale, di buona qualità clinica e assistenziale. Con un ottimo equilibrio tra il governo nazionale dei livelli essenziali di assistenza e il loro monitoraggio, a garanzia dell'uniformità della risposta assistenziale e i governi regionali, responsabili direttamente verso i propri cittadini delle performance dei loro sistemi sanitari locali. La seconda considerazione è che, a distanza di oltre 30 anni dall'istituzione del Ssn, persistono diffe-

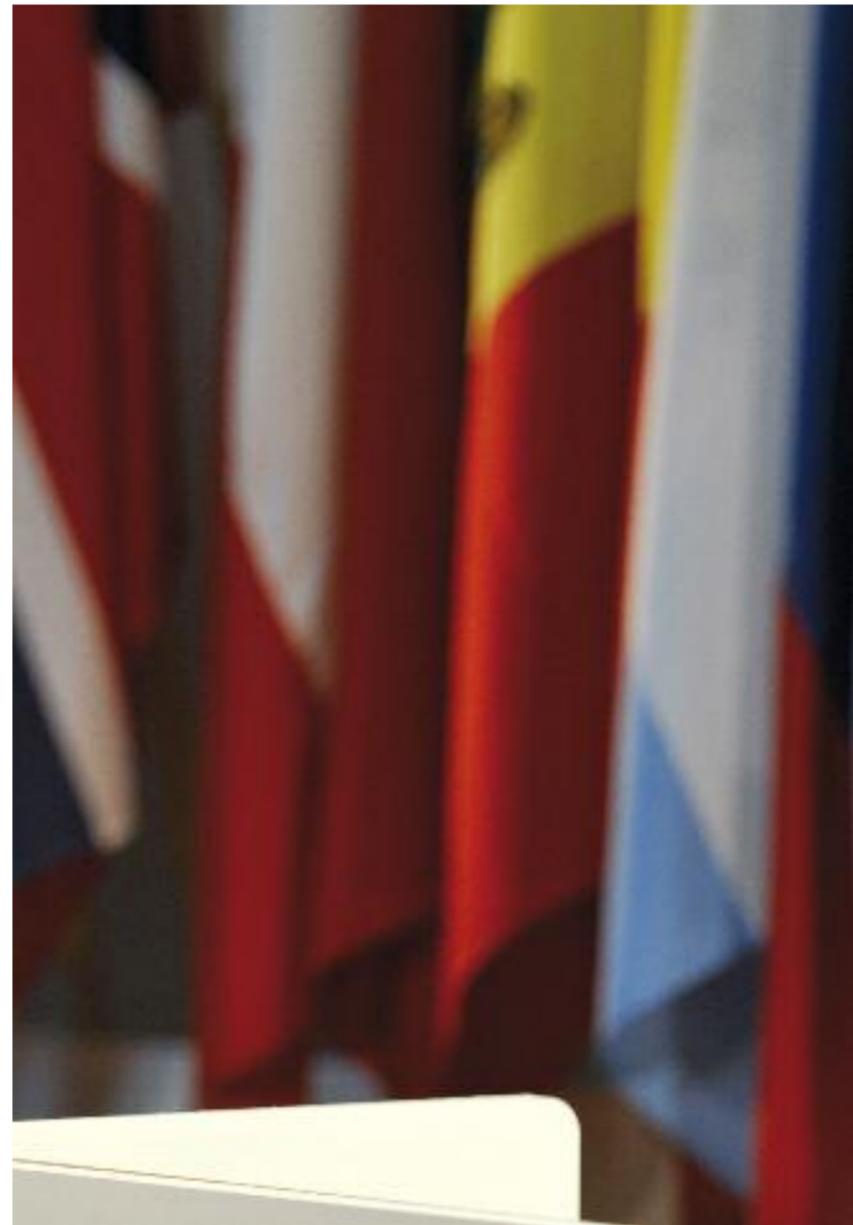
“Ma nessuno mette in discussione la *governance* pubblica del Ssn”. Sul federalismo fiscale nessun timore per il Sud: “non sarà penalizzato perché l'ammontare delle risorse non sarà toccato”. E sulla bioetica: “qualsiasi decisione deve essere impostata sulle conoscenze scientifiche ma è indubbio che la tradizione e la cultura della Chiesa Cattolica hanno un riconoscimento storico e costituzionale”

renze inaccettabili nella qualità e nei risultati delle cure tra Nord e Sud del Paese.

La terza considerazione è la conferma della necessità di far evolvere definitivamente il nostro sistema da una logica ospedalocentrica, che ha caratterizzato la sanità italiana degli ultimi cinquant'anni, verso una sanità integrata ospedale-territorio, in grado di rispondere adeguatamente ai nuovi scenari demografici e ai nuovi bisogni assistenziali che ne derivano. Ci rendiamo conto che entro il

2050 un italiano su tre avrà più di sessantacinque anni? E che non sarà più possibile, come avviene ancora oggi in molte parti del Paese, assistere in ospedale pazienti con problematiche derivanti da patologie come il diabete o da altre malattie croniche?

Ma sono anni che si parla di *medicina del territorio*, di *H24 di alternativa all'ospedale*. Cosa ostacola, a suo parere, l'effettiva realizzazione di una *rete integrata di servizi sanitari*?



Due fattori. Il primo è individuabile nella storica resistenza del mondo ospedaliero verso quella che erroneamente è stata spesso vissuta come una potenziale perdita di ruolo. Per anni siamo stati inchiodati dall'equazione “più letti-più potere”, cui erano legati i singoli primari e che il ddl sul governo clinico intende superare togliendo la titolarità dei letti ai primari, in favore di una gestione flessibile dei letti nell'ambito del dipartimento. La seconda sta nella simmetrica resistenza al

cambiamento da parte dei medici di famiglia che, fino a qualche anno fa, apparivano molto legati alla loro individualità professionale. Oggi le cose sono cambiate. L'80% dei medici di famiglia è convinto della validità dell'associazionismo. Un cambiamento di mentalità e cultura che il Governo ha contribuito nettamente a incentivare mettendo sul piatto 350 milioni di euro per finanziare l'associazionismo e per promuovere la territorializzazione dei codici bianchi e verdi del pronto soccorso. Senza contare la grande potenzialità delle nuove farmacie, diventate veri e propri presidi sanitari multifunzionali grazie alla riforma recentemente approvata in Parlamento. E senza contare, infine, il processo di razionalizzazione virtuosa della rete ospedaliera



che siamo riusciti a conseguire grazie ai Piani di rientro dal deficit in atto in molte regioni del centro sud. Proprio quelle più arretrate sulla medicina del territorio.

In molti sostengono che avremo davanti tre anni di riforma. Pensa che anche la sanità sarà coinvolta dal processo riformatore e se sì in quale campo?

Senz'altro. Del resto lo stiamo già facendo. A partire dal riassetto dell'Educazione continua in medicina che abbiamo affidato all'Agenas, razionalizzando contestualmente il sistema dell'accreditamento, ora in capo ai provider e non legato ai singoli eventi, per rinnovare e rilanciare questo sistema straordinario di aggiornamento permanente per tutti gli operatori della sanità che accompagnerà tutti

i nuovi processi di evoluzione organizzativa, scientifica e tecnologica del nostro sistema sanitario. E poi con il cambiamento nelle regole per la valutazione dei bandi sulla ricerca biomedica, per premiare finalmente il merito e la competenza e dare concrete possibilità ai giovani ricercatori italiani di mettersi in luce con progetti innovativi. Abbiamo inoltre varato il nuovo Piano nazionale della prevenzione, che dà forte impulso all'innovazione anche in questo campo, puntando

molto sulla medicina predittiva. E infine, dopo anni di attesa, la nuova rete delle cure palliative oggi è finalmente realtà, grazie alla legge appena approvata e da noi fortissimamente voluta.

Nessuna riforma di sistema, però?

Guardi, la sanità è un sistema complesso e in continua evoluzione. Necessita per questo di una manutenzione costante per adeguarne la struttura ai bisogni in cambiamento ma anche alle nuove opportuni-

tà che provengono dalla ricerca scientifica e tecnologica. E nessuno deve restare fermo. Anche le Regioni oggi virtuose e con un'ottima sanità non possono adagiarsi sul presente perché in brevissimo tempo potrebbero trovarsi indietro rispetto alle innovazioni dei bisogni e della scienza.

E sul rapporto pubblico e privato? Il vecchio motto "meno Stato più mercato" sembra ormai in disuso parlando di sanità...

Facciamo chiarezza. Il nostro è un sistema a governance pubblica e tale deve rimanere. Poi operano buoni gestori pubblici e buoni gestori privati. Se la sanità è buona non bado alle formule, mi interessano i risultati. Sono l'unica cosa importante.

Federalismo fiscale. Siamo prossimi ai decreti delegati. Al di là delle soluzioni tecniche per i costi standard resta un dubbio. Il nord vuole più soldi e il sud non vuole rimetterci: come facciamo a far quadrare i conti senza scontentare nessuno?

La sanità buona costa meno della sanità cattiva. E, come sappiamo, è fuori discussione che la sanità buona esista soprattutto al centro nord. Detto questo il Sud non sarà penalizzato perché l'ammontare delle risorse non sarà toccato dal federalismo fiscale. Ma è chiaro che si accentuerà la logica del fallimento politico legato a una cattiva gestione della sanità e ai conti in rosso che ne conseguono. Un processo del resto già in atto a prescindere dal federalismo fiscale con l'avvio dei Piani di rientro che ha già dato ottimi risultati in Abruzzo e Sicilia.

Testamento biologico, RU 486, fecondazione assistita: secondo lei dovrebbe prevalere di più la scienza o la morale?

Intanto parlerei di etica e non di morale. E non dobbiamo temere le ragioni dell'etica. Ciò premesso si tratta di tematiche verso le quali qualsiasi decisione deve essere im-

postata sulle conoscenze scientifiche. Le più autorevoli, e non a caso è nostra prassi rigorosa quella di non prendere decisioni senza consultare il Consiglio superiore di sanità, il massimo organo di consulenza scientifica del Governo. Ma è indubbio, per non eludere il senso della sua domanda, che, a differenza del mondo anglosassone, da noi la tradizione e la cultura della Chiesa Cattolica hanno un riconoscimento storico e costituzionale, mai messo in discussione da alcuno.

Gli operatori sanitari attendono da anni il governo clinico: pensa sia la volta buona per la riforma parlamentare oppure saranno le Regioni ad adottare da sole provvedimenti in materia?

Mi auguro che lo facciano! Ne hanno facoltà e certamente potranno modellare al meglio il governo clinico sul loro sistema di governance della sanità. Penso tuttavia, e per questo vedo con favore quanto si sta facendo in Parlamento, che il Ssn abbia bisogno di riferimenti omogenei in questa materia e pertanto invito le Regioni a non vedere con diffidenza quelle norme che possono apparire di dettaglio, ma che in realtà sono norme di principio, che il Parlamento sta esaminando per favorire il coinvolgimento degli operatori nella gestione e per garantire più trasparenza e merito nelle nomine dei dirigenti sanitari e dei primari. Sono due obiettivi importanti sui quali sono convinto che tutte le Regioni possono tranquillamente convenire, senza sentirsi in alcun modo scavalcate nelle loro competenze.

Spesa farmaceutica. Dopo anni di allarmi per la spesa dei farmaci venduti in farmacia oggi il problema sembra spostarsi in ospedale dove si registrano costanti aumenti della spesa farmaceutica. Come mai? E quali soluzioni sono allo studio per contenere questa escalation?

Il perché della crescita della farmaceutica ospedaliera sta essenzialmente nella forte in-

Governo clinico: il Parlamento sta lavorando bene. Invito le Regioni a non vedere con diffidenza quelle norme che possono apparire di dettaglio, ma che in realtà sono norme di principio

novatività insita nei nuovi farmaci ad uso ospedaliero. Il tema è al centro dell'agenda della Stato-Regioni e sul tavolo vi sono già diverse opzioni. Sia per limitare gli sprechi che purtroppo si verificano nella gestione delle scorte nelle farmacie ospedaliere, sia valutando la possibilità, e i potenziali vantaggi, del trasferimento sul canale farmacia di alcuni prodotti oggi ad uso esclusivo in ospedale. Vi sono poi anche ragioni scientifiche che spiegano questa crescita di spesa. Soprattutto in campo oncologico, dove dobbiamo incentivare gli studi finalizzati a rendere sempre più mirate le terapie al fine di evitare la somministrazione di farmaci innovativi a bassa specificità terapeutica, che hanno costi altissimi a fronte di scarse risultanze sulla loro efficacia in determinate forme tumorali.

Che idea si è fatto dei nuovi Presidenti alla guida delle Regioni in difficoltà che ha appena incontrato? Le sono apparsi consapevoli e motivati della sfida che li attende per riportare in asse i loro servizi sanitari?

Molto buona. Sono senz'altro consapevoli e altrettanto determinati. Ho già incontrato e avuto contatti con i neo Presidenti del Lazio e della Campania e a brevissimo incontrerò quello della Calabria. Devo dirle che ho subito notato un cambio di passo e di atteggiamento rispetto alle precedenti giunte con le quali, mi dispiace dirlo, abbiamo avuto molte difficoltà di dialogo e confronto nella gestione dei Piani di rientro.

Vedrebbe ancora bene Vasco Errani alla guida dei presidenti delle Regioni?

Dovrei rifiutare questa domanda perché lungi dal Governo influenzare in alcun modo una decisione che spetta solo alle Regioni, ma posso comunque affermare con grande serenità che con Errani c'è sempre stato un buon colloquio. Lo stesso che conto di avere con chiunque, e di qualsiasi parte politica, do-

vesse prendere il suo posto alla guida della Conferenza dei presidenti regionali.

È stato presentato e messo online dal Ministero il modello di verifica delle performance sanitarie basato sull'esperienza del Sant'Anna di Pisa. Un gran bel lavoro che però appare più orientato ai manager e ai medici che ai cittadini. Pensa che potremo vedere anche in Italia un modello trasparente di valutazione dei medici e degli ospedali basato sugli esiti delle prestazioni in Internet accessibile e comprensibile dai pazienti?

Sì, anche se per arrivare a ragionare in termini di esiti la strada è ancora lunga perché occorre stratificare e rendere omogenei i dati sugli ingressi e sulla specificità dei casi trattati, per evitare conclusioni sommarie e fuorvianti che potrebbero derivare da un esame grossolano che si limitasse a registrare il risultato secco di un intervento prescindendo dalle caratteristiche del caso trattato. Su questo stiamo già lavorando in collaborazione con il professor Perucci che ha sviluppato un sistema basato sugli esiti nel Lazio. Vogliamo poi arrivare ad una vera interattività dell'informazione on line sulle performance e in proposito abbiamo ricevuto interessanti proposte dal professor Ricciardi della Cattolica. Ma vogliamo fare ancora di più, implementando il nostro modello di valutazione anche con altri indicatori che tengano conto della valutazione dei cittadini, sia attraverso gli audit civici che monitorando la soddisfazione dei pazienti trattati.

L'Aquila. A che punto siamo con la ricostruzione della sanità dopo il terremoto?

Torno da quella città da pochi giorni e sono rimasto impressionato dal lavoro fatto. La giunta del presidente Chiodi e le altre istituzioni stanno marciando sulla strada giusta in collaborazione con tutte le categorie della sanità. In particolare poi registro un ottimo accordo con

La legge 833 è la nostra legge quadro fondamentale che resta valida in modo assoluto nei suoi principi e nei suoi obiettivi. Ma non si deve neanche restare fermi pensando che le soluzioni e gli strumenti validi e attuali trent'anni fa lo possano essere per sempre.



la sanità privata abruzzese che mette fine a un lungo periodo di ombre su quel comparto. E infine sono rimasto profondamente colpito da quanto si sta facendo all'ospedale San Salvatore dove ho visitato le nuove sale operatorie e i nuovi reparti diagnostici che saranno inaugurati il prossimo 6 maggio e che non hanno nulla da invidiare ai migliori reparti italiani ed europei.

Dopo l'ospedale San Salvatore anche quello di Messina è stato danneggiato a causa di un'evidente mal costruzione. Bertolaso ha parlato di 500 ospedali potenzialmente a rischio sismico. Non pensa sia il tempo di intervenire con un grande piano di messa in sicurezza della rete sanitaria cogliendo l'occasione per ammodernare tutto il parco sanita-

rio italiano?

Su questo tema si sta svolgendo un'inchiesta accurata da parte del Senato nell'apposita commissione guidata dal senatore Marino, anche al fine tracciare una mappa reale del rischio. Sappiamo tuttavia che oggi costa meno costruire ex novo un ospedale rispetto ad una sua profonda, quando necessaria, ristrutturazione. Molti interventi sono comunque già in atto in tutta Italia nell'ambito degli accordi di programma per l'utilizzazione delle risorse stanziare per il piano di ammodernamento strutturale della sanità e molti altri sono in agenda con la decisione del Governo di inserire molte iniziative di ristrutturazione sanitaria nel piano delle grandi opere con il quale vogliamo ridisegnare la rete strutturale e infrastrutturale del nostro Paese.

Un'ultima domanda. Legge 194 sull'aborto, legge 180 per la chiusura dei manicomi, legge 833 che ha istituito il Ssn: tre grandi riforme che hanno rivoluzionato la sanità e il diritto alla salute in Italia. Cambierebbe qualcosa di quelle leggi?

Sulla 194 non ho rilievi particolari da fare. Sulla 180 penso che dobbiamo avere la maturità di ragionare in termini non ideologici.

Mi spiego. Se parlassimo di riformare la 180 daremmo l'idea di voler attuare una controriforma, rispetto alla giustissima scelta operata nel 1978 di chiudere i manicomi e dare il via a un nuovo approccio nei confronti della malattia mentale, che oggi ci è invidiato ed è emulato in gran parte del Mondo. Dobbiamo invece pensare a come rispondere agli innegabili disagi in cui versano migliaia di famiglie troppo spesso lasciate sole nella gestione del disagio mentale. Per farlo penso a interventi di carattere legislativo per la residenzialità, come quello proposto dall'onorevole Ciccio, volti a potenziare l'assistenza domiciliare e a garantire comunque le cure adeguate in ogni frangente.

Ma penso anche agli interventi organizzativi per il potenziamento e l'omogeneizzazione dei servizi pubblici e privati, che stiamo inserendo negli obiettivi di Piano 2010. La legge 833, infine, è la nostra legge quadro fondamentale che resta valida in modo assoluto nei suoi principi e nei suoi obiettivi. Ma, come ho già detto, la sanità ha bisogno di una manutenzione costante e infatti anche la 833 è stata negli anni aggiornata e migliorata con diversi interventi legislativi che hanno portato all'aziendalizzazione delle Asl e degli ospedali, alla nascita dei Lea e poi alla piena assunzione di responsabilità delle Regioni.

La strada è questa, non si cambia, ma non si deve neanche restare fermi pensando che le soluzioni e gli strumenti validi e attuali trent'anni fa lo possano essere per sempre.

ANALISI DELL'AGENAS sull'attività ospedaliera

L'OSPEDALE del futuro

Prospettive e problemi dell'ospedale italiano in attesa di una nuova politica dell'assistenza ospedaliera. Otto ricoveri su dieci nel pubblico. Il privato ai primi posti in Lombardia e Lazio. L'analisi, molto dettagliata, propone anche un innovativo parametro di misurazione che tiene conto di costi e performance: è stato chiamato "Uao", ovvero "Unità di attività ospedaliera"

↳ Eva Antoniotti

Oltre 200 pagine dedicate interamente all'analisi dell'attività ospedaliera, vista sotto diversi punti di vista: intramoenia e ricoveri inappropriati, mobilità intra e extra regionale, soddisfazione dei cittadini. Il *Quaderno di Monitor* pubblicato da Agenas e dedicato a L'attività ospedaliera: dati e riflessioni è una fonte di stimoli e riflessioni per tutti coloro che vogliono conoscere meglio la realtà delle strutture di ricovero nel nostro Paese e una miniera di dati, elaborati in modo originale.

GRANDI E PICCOLI, PUBBLICI E PRIVATI: ECCO GLI OSPEDALI ITALIANI

Si discute molto di ristrutturazione della rete ospedaliera e di chiusura dei piccoli ospedali. Ma qual è la situazione attuale? Che mole di lavoro svolgono in Italia i piccoli ospedali? E come si ripartisce la casistica tra piccoli e grandi, tra pubblici e privati? Oggi il 79% dei ricoveri avviene in strutture pubbliche, mentre il restante 21% è effettuato in strutture private. Di questi ospedali quasi il 60% sono grandi. Sul totale delle strut-



Chi ha realizzato questo studio

Gran parte dei dati analizzati nel volume provengono da Remolet, ovvero dalla Rete di Monitoraggio dei Lea Tempestiva creata da Agenas in accordo con molte Regioni (restano fuori, per ora, la PA di Bolzano, la Liguria, la Sardegna, il Molise e la Calabria). Remolet è un sistema di raccolta dati "leggero", con minori vincoli di ufficialità, e che permette di avere più rapidamente elementi su cui sviluppare analisi e fornire quindi ai decisori politici le basi per interventi più rapidi e, dunque, più efficaci. Considerando i tempi di elaborazione dei dati, che sono comunque lunghi, si riesce insomma ad essere più veloci. Al lavoro di Remolet partecipano "alla pari", come viene sottolineato nella scheda di presentazione, i ricercatori dell'Agenas, coordinati da Cesare Cislighi, e i tecnici delle diverse Regioni, che concordano obiettivi, temi e metodologie di lavoro.

ture quindi si ha un 55% di grandi ospedali pubblici, un 24% di ospedali pubblici piccoli, un 4,8% di strutture private grandi e un 16,2% di strutture private piccole. Per struttura "grande" si intende quella che effettua oltre 10.000 ricoveri l'anno, numero sotto al quale si parla di strutture "piccole", ovvero al di sotto dei 200 posti letto. Non sorprende, ma è comunque utile, scoprire che la PA di Trento, la Calabria, la PA di Bolzano e l'Abruzzo hanno la maggiore frequenza di ricoveri in piccole strutture ospedaliere, che nell'ultima di queste realtà regionali sono inoltre prevalentemente private. Né stupisce la rilevazione che i ricoveri nelle grandi strutture ospedaliere private siano concentrati soprattutto nel Lazio e in Lombardia. Venendo alla tipologia dei ricoveri, ancora un dato facile da ipotizzare: gli ospedali monospécialistici sono prevalentemente privati, mentre quelli generalisti sono in gran parte pubblici. Più interessante l'analisi per specialità: prevalentemente privati e di piccole dimensioni gli ospedali che erogano Drg psichiatrici, piccoli e privati in prevalenza anche quelli che garantiscono lungodegenza e riabilitazione; privati ma di grandi dimensioni gli ospedali monospécialistici di oncologia, cardiocirurgia, neurochirurgia e dermatologia.

QUANTO COSTA UN RICOVERO?

Non è facile definire il costo di una prestazione ospedaliere. Infatti, al di là delle spese dirette, relativamente facili da calcolare, la spesa maggiore è determinata dal personale, difficile da ripartire e ricondurre alla singola prestazione. (v.tabella 1).

Lo studio evidenzia come vi sia una corrispondenza biunivoca tra alcune voci: se la Lombardia ha una spesa per il personale (38,96%) inferiore alla media nazionale, ha però una spesa per l'acquisto dei servizi superiore (37,72%);

TABELLA 1 - Ospedali: costi per fattore produttivo (2007)

Descrizione Regione	beni	personale	altri costi	acquisto servizi
PIEMONTE	17,92%	44,58%	9,16%	28,34%
VALLE D' AOSTA	13,09%	42,42%	8,91%	35,58%
LOMBARDIA	13,48%	38,96%	9,85%	37,72%
BOLZANO	13,54%	53,69%	10,04%	22,72%
TRENTO	13,41%	44,93%	6,52%	35,14%
VENETO	15,17%	42,01%	12,79%	30,02%
FRIULI V.G.	18,16%	49,46%	11,99%	20,39%
LIGURIA	14,55%	44,93%	10,69%	29,83%
EMILIA R.	16,96%	46,88%	11,48%	24,68%
TOSCANA	19,11%	46,69%	10,85%	23,35%
UMBRIA	20,83%	49,06%	11,76%	18,34%
MARCHE	19,00%	47,11%	10,39%	23,49%
ABRUZZO	16,40%	44,98%	13,36%	25,26%
MOLISE	18,39%	44,04%	11,27%	26,30%
CAMPANIA	10,98%	43,68%	11,88%	33,46%
PUGLIA	12,54%	38,80%	9,57%	39,09%
BASILICATA	17,13%	49,67%	11,52%	21,68%
SICILIA	12,78%	45,69%	10,25%	31,28%
SARDEGNA	18,28%	49,47%	8,80%	23,45%
ITALIA	14,97%	43,89%	10,68%	30,46%

Fonte: I quaderni di Monitor n.5 - Agenas

TABELLA 2 - Distribuzione per Regione costo medio Unità di attività ospedaliere (Uao)

Denominazione	costo medio UAO 2006	costo medio UAO 2005	Denominazione	costo medio UAO 2006	costo medio UAO 2005
Piemonte	4.357	4.428	Lazio	4.015	3.486
Lombardia	3.998	3.744	Campania	4.610	4.649
Veneto	4.166	3.776	Puglia	4.214	3.764
Liguria	3.035	3.068	Basilicata	4.216	4.065
Emilia	3.703	3.648	Calabria	5.275	4.931
Toscana	4.452	4.241	Sicilia	4.370	4.430
Umbria	4.509	4.147	Sardegna	3.113	3.134
Marche	3.826	3.749	Ita	4.130	3.963

Fonte: I quaderni di Monitor n.5 - Agenas

per contro la Toscana ha una spesa per l'acquisto dei servizi ridotta (23,35%), ma una maggiore spesa per il personale (46,69%). E ancora più estremo è il caso della PA di Bolzano, dove la spesa per il

personale copre il 53,69% del totale, mentre l'acquisto di servizi scende al 22,72%.

Per tentare di quantificare il costo di ricovero i ricercatori Agenas hanno elaborato Uao, ovvero l'Unità di attivi-

tà ospedaliere, elaborata attraverso un complesso procedimento che parte dalla tariffazione dei Drg, quindi da un dato economico, e dal confronto tra le performance di diverse realtà regionali. La mi-

sura viene poi standardizzata per età, per rendere confrontabile la situazione tra Regioni con diversa composizione della popolazione.

Si scopre così che se il costo medio di una Uao è valutato per il 2005-2006 in 4.047 euro, in Calabria una Uao è costata in realtà 5.103 euro, mentre in Liguria il suo costo scende a 3.052 euro. (v. tabella 2).

QUANDO PAGA IL CITTADINO

Se è consueto parlare di spesa out of pocket, sia come ticket che come spesa assolutamente a carico del cittadino, per la farmaceutica, per la specialistica ambulatoriale e per la diagnostica, meno frequente è utilizzare questa categoria per i ricoveri. Eppure ogni anno ci sono in Italia circa 300mila ricoveri "a pagamento", dei quali 140mila totalmente privati ovvero "solventi", 50mila in intramoenia, 90mila limitati alla differenza

Intervista al direttore dell'Agenas **FULVIO MOIRANO**

Misurare l'appropriatezza per

Dottor Moirano, Agenas ha appena pubblicato un numero monografico della sua rivista dedicato interamente alla misurazione dell'attività ospedaliere. Perché questo grande impegno? Non bastava il rapporto annuale del ministero sulle Sdo?

I dati sulle Sdo affluiscono dalle Regioni al ministero in maniera ufficiale, perché hanno anche un valore legale ed economico. Questo fa sì che i tempi siano piuttosto lunghi, tanto che oggi sono pubblici i dati relativi al 2007. Per avere uno strumento più agile l'Agenas ha avviato lo studio Remolet, condotto dalla struttura del professor Cislighi: attraverso un

accordo con le Regioni e una griglia rivolta a specifiche problematiche otteniamo una valutazione più tempestiva che consente di intervenire in tempi rapidi.

E perché avete deciso di realizzare questo studio proprio sull'ospedale, visto che si dice sempre che bisogna spostare risorse e attenzione verso il territorio?

Il Nsis sta acquisendo molti elementi anche sul versante territoriale, dove però i dati sono meno "forti" e meno storici. Probabilmente sul territorio bisognerà fare qualche rilevazione ad hoc, che è molto più costosa, perché in assenza di una



possibilità di confronto il rischio di prendere per buoni dei dati che non lo sono è molto alto.

Nella sua introduzione al volume lei parla della problematica dei costi standard. A che punto è

questa valutazione?

Sulla questione dei costi standard si è sviluppata una retorica piuttosto forte. Noi pensiamo che sia molto difficile definire il fabbisogno di risorse attraverso la somma dei costi standard di ogni singola prestazione: nell'ospedale forse ci si potrebbe andar vicini, ma sul territorio, come dicevo prima, è molto più complicato.

E poi la definizione dei costi standard di produzione non risolve tutti i problemi. Il costo standard di produzione, infatti, è quello che la realtà operativa dimostra essere necessario per la produzione di un bene o di un servizio. Questi costi standard però

TABELLA 3 - Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) per regione di produzione del ricovero e onere della degenza. Anno 2006

	1 - Ssn	2 - in con, convenzione con differenza alberghiera	3 - rimborso	4 - solvente	5 - in convenzione con libera professione	6 - in convenzione con libera professione e con differenza alberghiera	totale 2-6	altro	Totale
	1	2	3	4	5	6	2-6	7	Totale
010 Piemonte	790.739	2.971	0	12.339	2.195	1.807	19.312	7.922	817.973
020 V.Aosta	20.617	0	0	20	140	2	162	56	20.835
030 Lombardia	2.031.136	11.085	2.131	43.508	2.480	5.274	64.478	20.097	2.115.711
041 Bolzano	102.973	928	4.826	1.344	5	18	7.121	1.869	111.963
042 Trento	89.746	2.422	18	199	100	1	2.740	438	92.924
050 Veneto	881.973	6.782	231	3.600	681	1.946	13.240	6.828	902.041
060 F.V. Giulia	207.123	791	0	1.322	204	421	2.738	1.552	211.413
070 Liguria	381.553	134	48	871	197	276	1.526	4.426	387.505
080 Emilia Romagna	848.427	6.775	0	11.386	2.808	2.001	22.970	7.601	878.998
090 Toscana	659.454	3.908	14	8.171	675	5.273	18.041	7.305	684.800
100 Umbria	174.733	124	3	273	83	39	522	1.831	177.086
110 Marche	290.917	210	19	563	132	27	951	1.248	293.116
120 Lazio	1.281.620	18.468	3.985	47.514	8.602	0	78.569	12.834	1.373.023
130 Abruzzo	359.778	921	4	551	72	11	1.559	385	361.722
140 Molise	83.108	5	4	34	28	0	71	544	83.723
150 Campania	1.285.111	6.283	67	1.988	7.534	2.651	18.523	7.248	1.310.882
160 Puglia	839.996	16.888	3.757	1.515	360	51	22.571	1.981	864.548
170 Basilicata	109.826	6	1	2	7	0	16	5.162	115.004
180 Calabria	412.740	1.974	34	79	11	5	2.103	530	415.373
190 Sicilia	1.286.505	10.653	185	1.821	568	2.059	15.286	3.817	1.305.608
200 Sardegna	331.851	81	239	513	28	57	918	796	333.565
ITALIA	12.469.926	91.409	15.566	137.613	26.910	21.919	293.417	94.470	12.857.813
				244.588		48.829			

Fonte: I quaderni di Monitor n.5 - Agenas

alberghiera e infine circa 15mila causati dal sistema a rimborso, attivo in sole quattro Regioni. Certo, in rapporto ai 13 milioni di ricoveri complessivi, non si tratta di grandi numeri tuttavia è interessante capire come si articola questa realtà. (v. tabella 3). Le strutture private erogano la maggior parte di questo tipo di ricoveri, circa il 70%, ma con notevolissime differenze tra le Regioni: solo il 12% dei ricoveri a pagamento effettuati in Liguria avviene in strutture private, mentre in Puglia la percentuale sale al 96%.

Le patologie maggiormente coinvolte nel fenomeno sono le malattie del sistema muscolo scheletrico, seguite da gravidanza e parto, malattie dell'apparato digerente e malattie dell'apparato cardiocircolatorio. Considerando però soltanto i ricoveri in libera professione intramoenia, primo e secondo posto si scambiano ed in testa troviamo

gravidenza e parto, mentre al quarto posto si collocano i ricoveri per malattie dell'apparato riproduttivo femminile.

ALCUNE CONCLUSIONI

Dopo tante analisi, di cui abbiamo riferito solo in minima parte, il gruppo dei ricercatori Remolet stende alcune pagine conclusive, come richiamo alla politica a "ridefi-

nire organicamente una politica dell'assistenza ospedaliera", che superi gli interventi recenti "frequentemente nati da specifiche emergenze e non da provvedimenti sistematici".

Tra le priorità indicate ci sono la formazione e l'aggiornamento degli operatori, subito seguiti da una revisione di strutture e attrezzature, che

oggi sono in alcuni casi carenti e in altri eccessive.

Grande spazio viene assegnato alla necessità di migliorare l'accoglienza dei malati, intesa come capacità di reale presa in carico, all'interno della quale viene collocata anche la problematica delle liste d'attesa, "componente fisiologica dei sistemi di eccellenza", che risulta però inaccettabile

quando si pensa che sia dovuta più ad un atteggiamento degli operatori che a limiti oggettivi.

E in merito all'accoglienza si sottolinea come sia ancora oggi disattesa l'equità verticale, ovvero quella relativa alle diverse classi e gruppi sociali, sebbene si enfatizzi più spesso la mancanza di equità orizzontale, cioè tra diversi territori.

Infine, un richiamo a dare maggiore spazio

alla valutazione, per poter misurare il grado di efficienza clinica, tecnica ed economica delle strutture.

Con un suggerimento: "studiare un sistema di remunerazione che superi l'attuale pagamento della singola prestazione o del singolo ricovero e metta invece l'accento sull'intero percorso assistenziale".

tenere sotto controllo i bilanci

sono fortemente condizionati dai volumi e questo non sempre è un bene. Per fare un esempio: se una struttura produce molte risonanze ha un costo di produzione più basso per singola prestazione, ma questo non ci dice se si tratta di esami appropriati o meno.

E sui volumi incidono anche fattori "irriducibili", come ad esempio le dimensioni o la conformazione territoriale. Una Regione come Lombardia, che ha 9 milioni di abitanti, ha in media costi di produzione più bassi del Molise, che ha 300mila abitanti. Ma questo è "fisiologico", almeno in parte. Quello che invece si può fare, e su cui stiamo lavorando, è ripartire il Fondo che il Parlamento decide di

assegnare al Ssn attraverso quote capitarie standardizzate.

Quindi l'Agenas sta mettendo a punto nuovi criteri per il riparto del Fondo sanitario?

Non è un nostro specifico compito, ma peraltro per il 2011-2012 la Conferenza dei presidenti regionali ci ha chiesto di individuare dei criteri per la determinazione del fabbisogno di finanziamento. In collaborazione con esperti del settore, stiamo facendo intanto uno studio su quello che viene fatto nei Paesi che hanno un sistema sanitario simile al nostro, per individuare le variabili da inserire nella "pesatura" della quota capitaria.

Attualmente la quota capitaria

assegnata a ciascuna Regione per ogni singolo cittadino viene corretta, soltanto per metà della parte di spesa ospedaliera, con il criterio dell'età. È chiaro che, pesando solo per metà, non si tratta di un vero criterio, ma solo di un correttivo, di una revisione "a matita". Oggi, ad esempio, la Campania, che ha circa 6 milioni di abitanti, prende fondi corrispondenti a poco più di 5 milioni di persone, perché i suoi abitanti sono in media più giovani di quelli di altre Regioni. E la stessa situazione vale per quasi tutte le Regioni del Sud, che infatti insistono da tempo perché vengano inseriti anche criteri legati al livello di reddito, al livello di istruzione e a tutti gli elementi che inducono un

maggiore consumo sanitario. E che cercheremo di inserire in un sistema di criteri più preciso.

Tornando al volume che avete pubblicato. L'analisi dei dati è in questo caso quantitativa, anche se è chiaro ormai a tutti che sarebbe necessario avere analisi qualitative, per migliorare le prestazioni e intervenire sulle cosiddette inappropriatezze. Avete in cantiere qualcosa in questa direzione?

Stiamo preparando, insieme a Carlo Perucci che è tra i maggiori esperti in materia, in cooperazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con alcune Regioni, uno studio sulla valutazione di esito, che in una

prima fase riguarderà 8 Regioni.

Ma già in questo volume c'è qualcosa riguardo all'appropriatezza, in particolare riguardo ai 43 DRG indicati dai Lea attuali come "ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario", che nei nuovi Lea dovrebbero diventare 107.

Anche in questo caso però bisogna leggere bene i dati. Nelle Regioni del Sud, dove ci sono molti ricoveri inappropriati in area medica, ciò avviene spesso per mancanza di alternative. In mancanza di Adi, Rsa, strutture di lungodegenza o riabilitazione negare il ricovero "inappropriato" rischia di creare situazioni sociali esplosive.

Disponibile on line uno studio condotto per il Ministero della Salute
DALL'ISTITUTO SANT'ANNA DI PISA

MISURARE LE PERFORMANCE OSPEDALE PER OSPEDALE

Il ministro Fazio lo ha voluto dire subito ai giornalisti: lo scopo dello studio elaborato dall'Istituto Sant'Anna "non è fare delle graduatorie", ma avere un quadro dettagliato sullo stato di efficienza della sanità italiana. Una valutazione che però, come ha ammesso lo stesso ministro, non potrà non essere utilizzata anche in relazione ai finanziamenti dovuti a ciascuna Regione, poiché mette in evidenza molte inapproprietezze nell'uso dei servizi e dunque molti sprechi di risorse.

COME È FATTO QUESTO STUDIO

Lo studio integrale è disponibile sul sito del ministero della Salute www.salute.gov.it. Gli indicatori utilizzati sono 34, dei quali 21 direttamente riferiti all'assistenza ospedaliera, 3 per l'assistenza distrettuale, 4 per la farmaceutica e 6 per la prevenzione. Per ciascun indicatore è possibile un doppio livello di approfondimento. Si possono confrontare i dati tra le Regioni, in benchmarking, riportati in un istogramma e suddivisi in quintili colorati dal verde scuro, per i migliori risultati, al rosso allarmante, per le performance peggiori. I 22 indicatori

principali sono poi riassunti nella ormai nota forma grafica del bersaglio, che ha il centro in verde scuro e poi in cerchi concentrici le altre colorazioni dei quintili, fino al rosso. Per ogni Regione i 34 risultati sono stati riportati in un unico bersaglio, che consente di valutare a colpo d'occhio la situazione complessiva: Veneto e Toscana, ad esempio hanno quasi tutti i "colpi" messi a segno nella parte centrale, mentre per la Calabria il bersaglio ap-

pare colpito da una rosa di colpi solo sul bordo esterno. Lo studio permette poi, per ciascuna Regione, di confrontare le performance delle diverse Aziende sanitarie o ospedaliere.

Per fare un solo esempio, prendiamo l'ormai citatissimo caso dei parti cesarei. Secondo l'Oms i parti chirurgici non dovrebbero superare il 15% dei parti totali, ma nel nostro

Paese le percentuali sono ben più elevate e si va dal 23,01% del Friuli Venezia Giulia al 61,88% della Campania. Anche all'interno della Regione più "virtuosa" però i dati sono assai diversificati e oscillano tra il 16,54% dell'Asl Medio Friuli al 35,90% dell'Azienda ospedaliero-universitaria. È probabile che questa seconda percentuale sia dovuta anche al fatto che l'ospedale universitario sia struttura di riferimento per i parti più complessi, tutta-

via i dati registrati sono tutti al di sopra degli indici proposti dall'Oms.

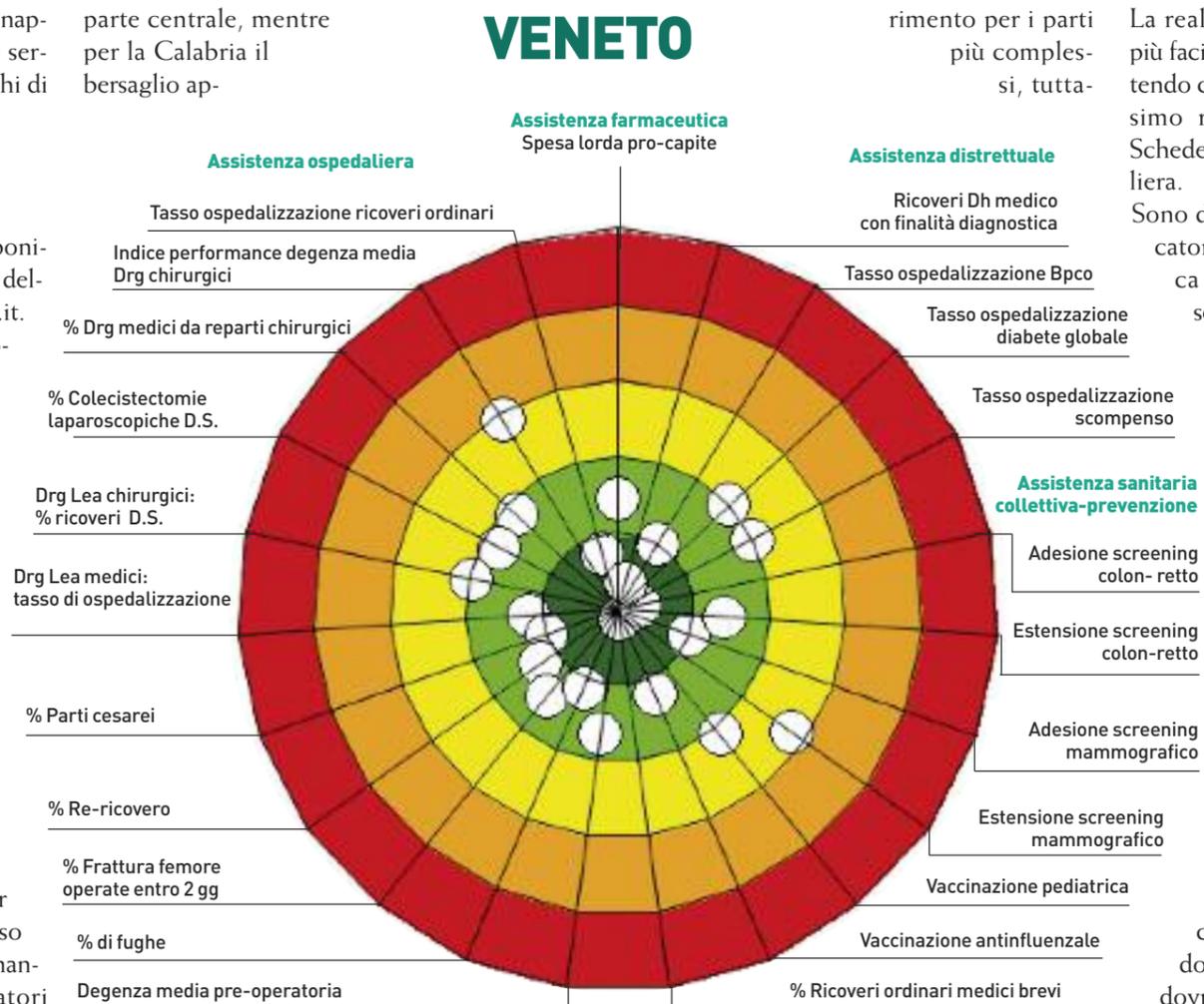
Ciò che comunque balza agli occhi è il diverso "passo" tra le Regioni, con una evidente posizione di maggiore difficoltà/inefficienza nelle Regioni del Sud.

OSPEDALI: LA QUALITÀ SI MISURA CON LE FRATTURE DEL FEMORE

La realtà degli ospedali è la più facilmente misurabile, potendo contare sul dettagliatissimo report annuale delle Schede di dimissione ospedaliera.

Sono dunque molti gli indicatori utilizzati nella ricerca per misurare questo settore dell'assistenza (v. box), sia in termini di governo della domanda, che di efficienza, appropriatezza e qualità.

È proprio la qualità l'aspetto forse più interessante e innovativo, valutata utilizzando parametri internazionali, come nel caso dei parti cesarei. Un altro intervento sottoposto ad osservazione è quello delle fratture del femore che, per avere un rapido e completo recupero, dovrebbero essere operate



entro due giorni. Ciò avviene solo nel 16,23% dei casi in Basilicata, mentre nella provincia di Bolzano si arriva all'83,63% dei casi.

Per questo tipo di indicatore, però, è molto interessante anche osservare la variabilità di risposta all'interno di ciascuna Regione. Nel Veneto, ad esempio, l'intervento sulla frattura del femore viene eseguito entro due giorni nel 40,71% dei casi, ma con differenze notevolissime tra i diversi ospedali: a Treviso e a Verona la percentuale precipita intorno al 14%, mentre ad Arzignano l'intervento tempestivo è garantito nell'85,26% dei casi.

Altro aspetto importante è quello dell'appropriatezza. Al di là dei volumi, infatti, occorre tentare di capire se gli interventi o i ricoveri siano davvero necessari o se invece non rappresentino inutili sprechi. Per cercare di misurare questo aspetto lo studio utilizza sei diversi indicatori, tre relativi all'area medica e tre all'area chirurgica.

In area medica si è misurato, tra gli altri, il tasso di ospedalizzazione per Lea che orientativamente non dovevano essere invece trattati in ospedale, ma che avrebbero dovuto trovare risposte sul territorio. In Piemonte questi ricoveri sono molto ridotti, circa la metà di quanto avviene nella media nazionale,

Il modello Sant'Anna

Lo studio si intitola "Il sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" ed è stato commissionato dal Ministero della Salute al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, guidato da Sabina Nuti, che dal 2001 collabora con la Regione Toscana sul tema della valutazione dei servizi sanitari. Proprio nell'ambito del sistema di valutazione elaborato per la sanità toscana, entrato a regime nel 2004, è stato messo a punto l'ormai celebre grafico "a bersaglio".

Il lavoro di analisi svolto dal Sant'Anna per il Ministero della Salute è durato quasi due anni ed ha utilizzato come fonte principale i dati delle Sdo 2008 raccolte dal Ministero della Salute, a cui si aggiungono i dati del Rapporto Osmed 2008 sul consumo di farmaci, i Dati sulle vaccinazioni raccolti sempre dal Ministero della Salute nel 2008 e il Rapporto nazionale screening 2008.

mentre in Puglia, Molise, Calabria e Campania il dato schizza verso l'alto, moltiplicando di tre volte ciò che avviene in Piemonte.

Un indicatore che indaga sulla stessa sfera di inappropriatezza è stato utilizzato per l'area chirurgica. Secondo la letteratura internazionale, solo il 20% dei ricoveri realizzati in un reparto chirurgico dovrebbero concludersi senza alcun intervento operatorio; questa percentuale infatti dovrebbe essere sufficiente a comprendere i casi in cui si è ritenuto opportuno desistere dall'intervento per qualche ragione, mentre una percentuale superiore mostrerebbe

disorganizzazione e inappropriatezza nell'uso delle strutture. Solo Marche, Piemonte, Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia e la Provincia di Trento mostrano una percentuale di dimissioni da reparti chirurgici senza aver subito interventi inferiore al 20%, mentre la percentuale è più che raddoppiata in Calabria e in Campania.

Come indicatore di efficienza, tra gli altri, si è infine utilizzato quello che misura la durata della degenza preoperatoria per gli interventi chirurgici programmati. Anche in questo caso le differenze tra Regioni sono significative. Per "prepararsi" all'intervento basta meno di un giorno in Friuli Venezia Giulia, Marche, Emilia

Romagna e Lombardia, mentre in media occorrono più di due giorni nel Lazio e in Molise.

IRICOVERI INAPPROPRIATI

Ci sono pochi dati sull'assistenza sanitaria sul territorio e, inoltre, quelli esistenti, raccolti a livello regionale, sono difficilmente confrontabili tra loro. Si sono quindi utilizzati dei dati ospedalieri che, di riflesso, indicano le carenze dell'assistenza distrettuale.

Le malattie croniche, come la Bpco, lo scompenso cardiaco o il diabete, dovrebbero infatti trovare una adeguata risposta attraverso la presa in carico del medico di famiglia e della rete di assistenza territoriale, soprattutto quando riguardano persone con meno di 75 anni, dunque non "grandi anziani". Se questo tipo di patologie, invece, portano al ricovero ospedaliero ciò indica una inadeguatezza dei servizi territoriali. Solo Toscana e Piemonte mostrano risultati virtuosi in tutte e tre le patologie indicate, con tassi di ospedalizzazione molto al di sotto della media, mentre la Sicilia, per i tre indicatori utilizzati, è nella zona "rossa" della valutazione.

GLI SCREENING SI FANNO (QUASI) SOLO AL NORD

Due le tipologie di interventi prese in esame in questo settore dell'assistenza sanitaria: i vaccini e gli screening. Si tratta, ovviamente, di due situazioni assai diverse. Più consolidati e dunque più uniformemente erogati i vaccini, assai meno radicati invece gli screening, che restano in sostanza appannaggio delle realtà territoriali più solide.

Lo screening mammografico in Umbria viene proposto al 98,05% delle donne tra i 50 e i 69 anni, con un'adesione del 68,47%. In Sicilia vengono invece contattate solo il 17,52% delle donne in questa fascia d'età, e tra loro solo il 39,08% aderisce all'invito. Tra le Regioni meridionali la Basilicata è l'unica ad

Gli indicatori utilizzati per misurare l'ospedale

Governo della domanda

- Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti
- Peso medio Drg Ricoveri Ordinari

Efficienza

- Indice di performance degenza media per acuti
- Drg chirurgici
- Indice di performance degenza media per acuti
- Indice di performance degenza media per acuti

Drg medici

- Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati

Appropriatezza chirurgica

- % Drg medici da reparti chirurgici
- % colecistomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg
- Drg Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno

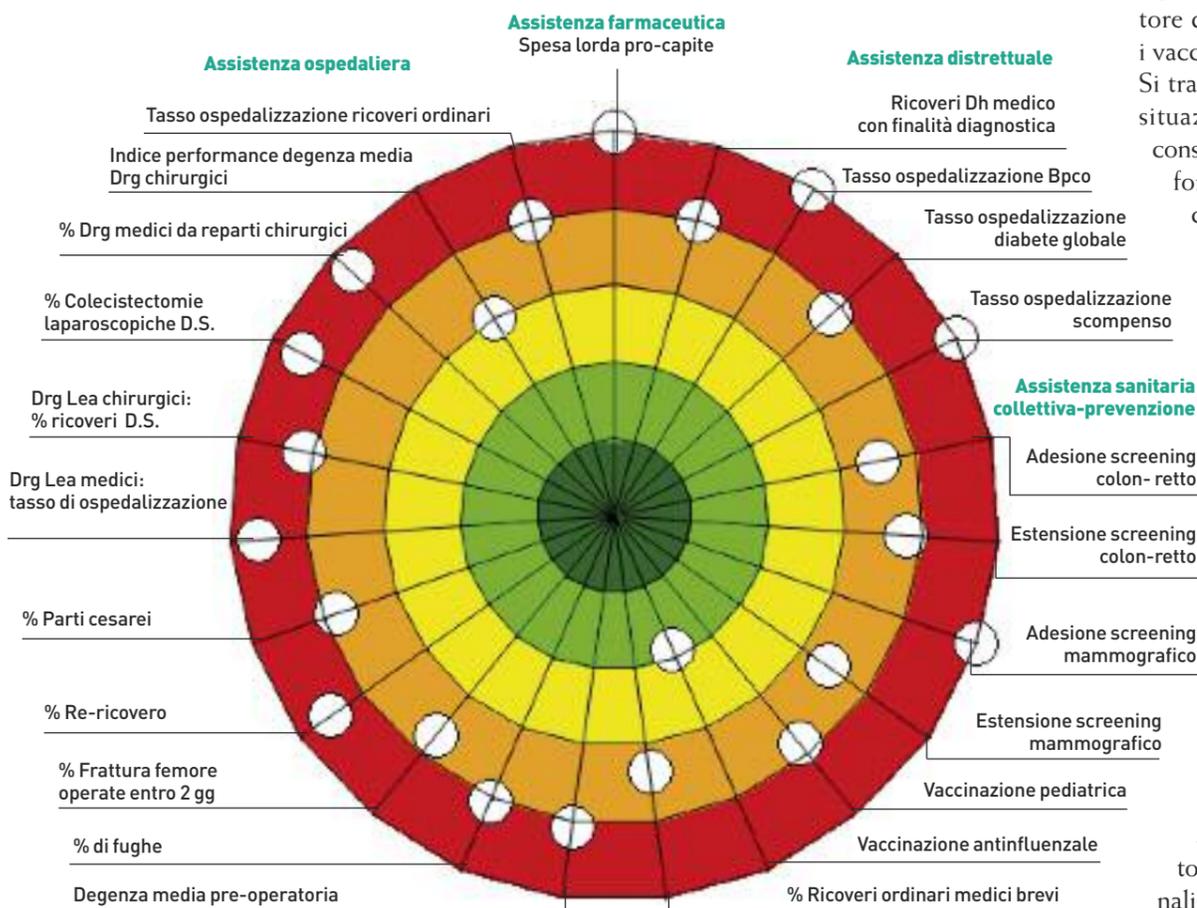
Appropriatezza medica

- Drg Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
- Percentuali di ricoveri ordinari medici brevi
- Percentuali di ricoveri in Dh medico con finalità diagnostica

Qualità clinica

- % cesarei
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa Mdc corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione Ro per acuti nazionale
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni
- % fratture femore operate in 2 giorni
- Percentuale di fughe in punti Drg

CALABRIA



avere un'offerta elevata di screening mammografico, rivolto al 94,65% delle donne nella fascia a maggiore rischio, la metà delle quali rispondono positivamente.

Segue da pagina 7

sono confrontati in difesa della sanità pubblica denunciando il profondo stato di malessere della categoria. Non hanno fermato la marcia né l'incontro con il neo ministro né il proseguimento delle trattative all'Aran. Nonostante la disponibilità e le aperture dichiarate, le affermazioni di Fazio sono, infatti, secondo l'Anao "tutte da verificare e non consentono di abbassare la guardia".

Rottamazione dei medici, ordinanza del tribunale civile di Roma

La rottamazione è illegittima. Mandare in pensione i dirigenti medici al raggiungimento di 40 anni di contribuzione è stato considerato "costituzionalmente illegittimo" dal Tribunale Civile di Roma che con un'Ordinanza ha concesso la sospensiva della delibera presentata dall'Azienda Ospedaliera di Roma San Camillo Forlanini sulla rottamazione di 12 medici iscritti all'Anao Assomed. Una sentenza che conferma la giusta interpretazione del sindacato sui provvedimenti legislativi adottati a più riprese sulla rottamazione, premia le iniziative sindacali dell'Associazione e rafforza la sua azione per arrivare ad un definitivo annullamento della norma.

FEBBRAIO 2010

Ccnl II biennio economico 2008/2009 e quadriennio normativo 2006/2009

Dopo quasi tre mesi di confronto l'Anao Assomed e le altre Organizzazioni sindacali, con l'eccezione di Fp Cgil Medici e Uil Medici, siglano la pre-intesa del Ccnl II biennio economico 2008/2009 e la sequela contrattuale del qua-

driennio normativo 2006/2009. Un buon risultato nonostante il difficile contesto legislativo e socio-economico, sottolinea l'Anao: "Non è passato il tentativo di peggiorare le condizioni di lavoro (orario) ed economiche (Retribuzione individuale di anzianità) della categoria, ma abbiamo ottenuto alcuni segnali positivi come il diritto al reintegro nel posto e nell'incarico, in caso di licenziamento ingiustificato, la rivalutazione della indennità di esclusività per la prima volta dopo 10 anni con contestuale abolizione del divieto di inserimento nella massa salariale, l'attenuazione e modulazione delle sanzioni disciplinari previste dai decreti Brunetta per tutto il pubblico impiego, la possibilità di altri incrementi economici contrattati a livello regionale".

"Vertenza salute" a Napoli e Milano

Dopo la tappa romana, la "Vertenza salute" arriva a Napoli e a Milano. Il 9 febbraio nella città partenopea quasi mille persone chiedono con forza al Governo e alle Regioni di occuparsi dei problemi della sanità italiana, ossia scarsi finanziamenti, poca valorizzazione dei professionisti, strutture antiquate e fatiscenti, pochissima attenzione ai problemi della sicurezza e gli effetti della Riforma Brunetta. A Milano l'appuntamento del 16 febbraio è un'altra grande occasione per mostrare la decisa volontà dei sindacati della dirigenza medica e sanitaria di porre al centro dell'agenda politica i problemi della sanità e del Ssn.

MARZO 2010

Rottamazione dei medici

Nuovo passo in avanti sulla rottamazione dei medici. Il Se-

CATTIVA POLITICA, AMMINISTRATORI INCAPACI E AFFARISTI STANNO DISTRUGGENDO LA SANITÀ PUBBLICA ITALIANA

FERMIA MOLI

Giornata di mobilitazione nazionale
18 novembre 2009
Mobilitazioni e assemblee in tutti gli ospedali, gli ambulatori e i servizi veterinari

Difendiamo il diritto alla salute
Manifestazioni degli operatori del Ssn
Napoli 24 novembre 2009
Roma 17 dicembre 2009
Milano 14 gennaio 2010

Il Servizio sanitario nazionale è una ricchezza per il Paese e una garanzia per il diritto alla salute

DA DIFENDERE E MIGLIORARE. INSIEME

ANAEO ASSOMED - CIMO-ASMO - AARDI-EMAC - FP CGIL MEDICI - FVM - FASSIO - FESMED - SDS SNABI - AIPI - SINAF - FEDIR SANITÀ - SIDIRSS
IN RAPPRESENTANZA DI 130 MILA DIRIGENTI DEL SSN

nato approva in via definitiva il Ddl 1167-B sui lavori usuranti (collegato alla Finanziaria 2009) che all'articolo 22 modifica le norme relative all'età pensionabile dei dirigenti medici e sanitari del Ssn. partire dall'entrata in vigore della legge, l'età di quiescenza è fissata, per tutti, al compimento del 65esimo anno di età o su istanza dell'interessato, al maturare del 40esimo anno di servizio effettivo, e comunque non oltre i 70 anni. Una disposizione che, a parere del legislatore, porta all'inefficienza della cosiddetta "rottamazione dei medici" consentita dalla legge 133 del 2008, anche se consente la possibilità di rimanere in servizio fino a 70 anni con il rischio di contribuire all'invecchiamento della categoria e provocare un irrigidimento delle carriere. La cancellazione della norma sulla rottamazione rappresenta un ulteriore successo della "Vertenza salute".

La "Vertenza salute" a Roma

La "Vertenza" salute il 9 marzo torna in scena a Roma, prima nella grande sala del cinema Fiamma e poi con un sit-in sotto la sede della Conferenza delle Regioni. I medici inviano ai candidati nelle elezioni regionali il testo di un documento di impegno a favore della sanità pubblica. Un modo per chiedere più concretezza in vista della scadenza elettorale su un terreno, quello della sanità, che è il fulcro dell'istituzione regionale, rappresentando tra il 70 e l'80 % dei bilanci.

APRILE 2010

Il governo approva il Ccnl della dirigenza medica e veterinaria

Il Consiglio dei Ministri approva il Ccnl della dirigenza medica II biennio economico e risponde in maniera sol-

lecita alle richieste del sindacato. "Aran e Regioni hanno fatto bene il loro lavoro – sottolinea Lusenti – Ci auguriamo ora che la Corte dei Conti, che ha 15 giorni di tempo per esprimersi sulla quantificazione dei costi contrattuali ai fini della certificazione di compatibilità, non ponga alcun ostacolo e consenta di giungere in tempi brevi alla firma definitiva del testo e quindi alla piena applicazione degli istituti normativi ed economici".

Lusenti è il nuovo assessore alla sanità dell'Emilia Romagna

Il segretario nazionale dell'Anao Assomed, Carlo Lusenti lascia il timone del sindacato ed entra a fare parte della squadra di Vasco Errani, presidente dell'Emilia Romagna giunto al suo terzo mandato. Lusenti succede nella guida all'assessorato alla sanità regionale a Giovanni Bissoni.

MAGGIO 2010

Firma definitiva del Ccnl 2008-2009

Si è concluso all'Aran con la firma definitiva, l'iter del contratto di lavoro della dirigenza medica e veterinaria sulle code contrattuali e sul II biennio economico Ccnl 2008-2009 che porterà ad un aumento medio mensile di 180 euro circa. "Siamo soddisfatti di questo risultato – commenta l'Anao Assomed – perché l'attuale quadro socio-economico non consentiva di raggiungere obiettivi più ambiziosi soprattutto dal punto di vista economico. Siamo anche riusciti dopo una lunga trattativa a contenere i tentativi di peggiorare le condizioni di lavoro della categoria".

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via Venti Settembre 68
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail:dirigenza.medica@anao.it
www.anao.it

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.
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE

Editore



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

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di maggio 2010