

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

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

CONTRATTO II° BIENNIO

FIRMATA LA PREINTESA

È stato siglato il 9 marzo all'Aran l'ipotesi di accordo per il rinnovo del II° biennio economico 2004-2005 del Contratto dei medici e dei dirigenti del servizio sanitario nazionale. La firma è avvenuta proprio mentre stavamo mandando in stampa il giornale e per questo non ci è possibile analizzare i dettagli dell'accordo su questo numero di Dirigenza Medica. In ultima pagina, comunque, potrete trovare le tabelle riassuntive relative agli incrementi mensili per le parti fondamentali della retribuzione e agli arretrati 2004-2005 per i dirigenti medici a rapporto esclusivo. Un approfondimento sull'accordo sarà pubblicato sul prossimo numero di Dirigenza Medica.

Il segretario nazionale dell'Anaao Assomed, Serafino Zucchelli, ha espresso un primo commento a margine dell'incontro all'Aran: "I contenuti della preintesa relativa al II° Biennio economico della dirigenza medica e veterinaria siglata ieri all'Aran rappresentano un soddisfacente punto di incontro tra le ragioni della nostra piattaforma e quelle dell'Aran-Regioni.

La **prima novità** consiste nel riconoscimento economico di 50,00 euro per ogni turno notturno svolto in orario di lavoro,

aggiuntivo alla specifica indennità.

Questo risultato, al cui finanziamento hanno contribuito tutti i dirigenti medici, rappresenta un segnale forte di attenzione e solidarietà ad un problema molto sentito dalla categoria.

La **seconda novità** riguarda il riconoscimento di un nuovo livello economico (un superminimo di circa 1.030,00 euro/anno) riservato in via prioritaria ai dirigenti con incarico professionale che hanno superato la verifica a 15 anni di esperienza professionale già prevista per l'attribuzione della relativa indennità di esclusività.

La **terza novità** prevede lo 'scongelo' del valore economico dell'ora straordinaria che, dall'entrata in vigore del presente contratto II° Biennio, si riallinea al valore del nuovo tabellare unico che si posiziona nella media della dirigenza dello Stato cioè poco sopra i 40mila euro/anno/lordo".

"Ora inizia l'iter di approvazione dell'accordo, che ci auguriamo possa concludersi in tempi brevi, onde consentire prima dell'estate la definitiva applicazione degli istituti economici pattuiti".

segue a pag. 16

MANDA LA TUA E-MAIL

Al fine di migliorare i servizi agli associati e rendere tempestiva la diffusione delle comunicazioni Anaao Assomed, invitiamo tutti gli iscritti ad inviare il loro indirizzo di posta elettronica - indicando dati anagrafici e numero di iscrizione - al seguente indirizzo:

posta@anaao.it.

Sarete iscritti anche alla NEWSLETTER che vi sarà recapitata ogni settimana sulla vostra casella di posta con gli ultimi aggiornamenti sull'attività politica e sindacale con i link ai principali documenti.

**UN INTERVENTO DI ARISTIDE PACI,
PRESIDENTE "DI GARANZIA" DELLA FNOMCEO**

Per una Federazione autorevole, compatta e autonoma

Passata la burrasca dei mesi scorsi, dove come si ricorderà la Federazione ha rischiato il commissariamento, l'istituzione ordinistica dei medici si è data un nuovo esecutivo "di garanzia", dopo l'annullamento delle elezioni del 2003. La responsabilità di condurre la Federazione al rinnovo dei vertici del 17, 18 e 19 marzo è stata affidata ad **Aristide Paci** che è stato nominato presidente, **Michele Olivetti** vicepresidente, **Benito Meledandri** segretario e **Roberto Gozzi** tesoriere. Nell'intervento che pubblichiamo, Paci ha indicato i temi essenziali e non più rinviabili per dare agli Ordini dei medici nuova forza e cre-

dibilità. La sua prima convinzione è che le istituzioni ordinistiche debbano con urgenza recuperare il proprio ruolo, attraverso un passaggio che non è più rinviabile: la revisione della legge istitutiva degli Ordini, datata 1946. La società in questi 60 anni è profondamente cambiata e dunque, spiega Paci, la legge è diventata obsoleta, non essendo più in grado di rispondere alle sfide che il quotidiano pone costantemente, sia a livello scientifico e assistenziale, sia a livello di organizzazione del sistema sanitario.

Servizio alle pagine 2-3

PRIMO PIANO

La sanità nei programmi delle coalizioni e nel dibattito in vista delle elezioni politiche del 9 e 10 aprile. Le 5 proposte della Casa delle Libertà e i 13 obiettivi dell'Unione

ALLE PAGINE 4-5

SPECIALE REGIONI

In questo numero focus su Calabria e Lombardia. Interviste all'assessore alla Sanità della Calabria, al direttore generale della Sanità lombardo e ai segretari regionali Anaao Assomed

ALLE PAGINE 6-9

RAPPORTO CEIS

Sostenibilità, efficienza, efficacia, empowerment, equità, qualità, organizzazione. Queste le parole chiave proposte dal Ceis per comprendere le nuove sfide che sono davanti al nostro Ssn, a cominciare dalla sua sostenibilità economico-finanziaria

ALLE PAGINE 10-12

RIFLESSIONI SUL FUTURO DELLA FNOMCEO DEL PRESIDENTE DELLA DIRIGENZA "DI GARANZIA"

Per una Federazione autorevole, compatta e autonoma

L'istituzione ordinistica della professione medica si è data un nuovo esecutivo che avrà la responsabilità di condurre questa delicata fase che precede il rinnovo dei vertici della Fnomceo per il triennio 2006-2008. L'attuale presidente della Federazione, Aristide Paci, indica i temi essenziali e non rinviabili per dare agli Ordini dei medici forza e credibilità

di Aristide Paci

Non vi è dubbio che in questi ultimi tempi il ruolo degli Ordini professionali è stato, consapevolmente, misconosciuto. Per recuperare alle istituzioni ordinistiche il proprio ruolo non è più rinviabile un passaggio obbligato: la revisione della legge istitutiva degli Ordini del 1946, del tutto obsoleta, non più rispondente alle sfide che la società ci pone davanti. Una nuova, moderna legge che risolva i problemi che la professione deve giornalmente affrontare e stabilisca i compiti specifici da assegnare agli Ordini che devono avere come punti fondamentali ed irrinunciabili: la promozione deontologica, la formazione permanente, il ruolo di garante della dignità della professione, l'individuazione dei requisiti per l'accreditamento professionale e delle strutture.

D'altra parte non credo che ci sia la necessità di rifondare la figura del medico, ma il progresso tumultuoso delle tecnologie, le metodiche diagnostico-terapeutiche, la settorializzazione della medicina non possono alterare il rapporto medico-cittadino.

La professione medica, anche all'inizio degli anni 2000, non può prescindere dai principi ippocratici, utilizzando

razionalmente il progresso scientifico, non delegando alla tecnologia ciò che deve essere gestito in prima persona dal medico. L'intelligenza della macchina, infatti, non può azzerare il rapporto umano così come le regole del sistema sanitario e della sua organizzazione non possono frapporti tra il cittadino e il suo medico liberamente scelto.

L'esercizio della medicina moderna richiede, invece, una rivalutazione del rapporto personalizzato con il malato, modulato all'insegna dell'umanità e della solidarietà. Per realizzare ciò il medico deve agire nel pieno rispetto del Codice deontologico che deve stabilire i confini, le competenze, i comportamenti entro i quali l'esercizio della medicina deve operare.

Un Codice che sia concreta espressione della missione fondamentale dell'ordine di garante delle prestazioni professionali dei medici e di tutela della salute dei cittadini.

Al medico deve essere riconosciuta autonomia nelle scelte terapeutiche nel pieno rispetto della libertà del paziente di rifiutarle.

Il problema dell'autonomia del medico nell'esercizio

della professione trova conferma nella sentenza n. 282 della Corte Costituzionale, dell'11 giugno 2002.

La sentenza, tra l'altro, afferma: "la pratica terapeutica si pone all'incrocio tra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente secondo i canoni della scienza e dell'arte medica e quello ad essere rispettato come persona (...) poiché la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia è costituita dalla autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione".

Dopo aver fatto riferimento al Codice di Deontologia Medica del 1998, la Corte così prosegue: "un intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore".

Di fatto il pronunciamento della Corte, forse sottovalutato dagli stessi medici, ribatisce un principio previ-

ORDINI	PRESIDENTE	EX PRESIDENTE	ORDINI	PRESIDENTE	EX PRESIDENTE
AGRIGENTO	FRANCESCO GERACI	confermato	CREMONA	BIANCHI ANDREA	confermato
ALESSANDRIA	GIAN MARIO SANTAMARIA	confermato	CROTONE	ENRICO CILIBERTO	confermato
ANCONA	FULVIO BORROMEI	confermato	CUNEO	MARZIANO ALLASIA	Renato Palanca
AOSTA	ANTONIO CERRUTI	confermato	ENNA	RENATO MANCUSO	confermato
AREZZO	RAFFAELE FESTA	confermato	FERRARA	BRUNO DI LASCIO	confermato
ASCOLI PICENO	FILIPPO ALTILIA	confermato	FIRENZE	ANTONIO PANTI	confermato
ASTI	MARIO ALFANI	confermato	FOGGIA	SALVATORE ONORATI	Carmine Stallone
AVELLINO	ANTONIO D'AVANZO	confermato	FORLÌ	FEDERICO BARTOLINI	confermato
BARI	PAOLO LIVREA	Francesco Losurdo	FROSINONE	FABRIZIO CRISTOFARI	confermato
BELLUNO	UMBERTO ROSSA	confermato	GENOVA	ENRICO BARTOLINI	Sergio Castellaneta
BENEVENTO	VINCENZO LUCIANI	Vincenzo Martignetti	GORIZIA	ROBERTA CHERSEVANI	Doriana Potente
BERGAMO	EMILIO POZZI	confermato	GROSSETO	SERGIO BOVENGA	confermato
BIELLA	GIUSEPPE CALOGERO	confermato	IMPERIA	FRANCESCO ALBERTI	confermato
BOLOGNA	GIANCARLO PIZZA	Nicoletta Longo	ISERNIA	SERGIO TARTAGLIONE	Franco Carugno
BOLZANO	ANDREAS VON LUTTEROTTI	Giulio Donazzan	L'AQUILA	VITO ALBANO	confermato
BRESCIA	RAFFAELLO MANCINI	confermato	LA SPEZIA	BARBAGALLO SALVATORE	La Spezia
BRINDISI	ANTONIO NICOLA QUARTA	confermato	LATINA	GIOVANNI M. RIGHETTI	confermato
CAGLIARI	RAIMONDO IBBA	confermato	LECCE	SALVATORE RICCARDO MONSELLATO	Francesco Leo
CALTANISSETTA	ARCANGELO LACAGNINA	confermato	LECCO	FRANCESCO DE ALBERTI	Angelo Villa
CAMPOBASSO	GENNARO BARONE	confermato	LIVORNO	ELIANO MARIOTTI	confermato
CASERTA	FRANCO MASCIA	confermato	LODI	MASSIMO VAJANI	Adriano Landi
CATANIA	ERCOLE CIRINO	confermato	LUCCA	QUIRICONI UMBERTO	Sergio Giannoni
CATANZARO	VINCENZO A. CICONTE	confermato	MACERATA	AMERIGO SBRICCOLI	confermato
CHIETI	EZIO CASALE	Bruno Di Iorio	MANTOVA	LUCIANO MONESI	confermato
COMO	PIERGIUSEPPE CONTI	confermato	MASSA CARRARA	CARLO MANFREDI	confermato
COSENZA	EUGENIO CORCIONI	confermato	MATERA	VITO GAUDIANO	confermato

sto dal Codice di Deontologia e cioè che l'esercizio della medicina è fondata sulla libertà e sull'indipendenza della professione. Ed è per questo che la prestazione terapeutica non può assumere una connotazione prioritaria economica, ma piuttosto tecnico-scientifica. Que-

sta affermazione non intende certamente sostenere che il medico non abbia il dovere, prima morale, di utilizzare le risorse con oculatezza, purché sia garantito il rispetto di criteri di scientificità, di equità e di efficacia. Il nuovo Comitato Centrale si troverà di fronte pro-

blemi complessi: alcuni devono trovare soluzione attraverso modifiche legislative, altri necessitano di sensibilizzazione delle forze politiche e dell'opinione pubblica, alcuni, infine, devono aprire un approfondito dibattito all'interno della categoria medica.

Nel frattempo alcune decisioni urgenti segnano il passo: il governo clinico stenta a farsi strada, mentre sarebbe indispensabile per evitare che il Ssn prenda, sempre più, una deriva economicistica, responsabilizzando effettivamente i professionisti nel percorso assistenziale. Non si riscontra la volontà politica per modificare la normativa dell'Ecm che andrebbe sostanzialmente ridisegnata per realizzare iniziative trasparenti con finanziamenti certi e per raggiungere l'obiettivo di una formazione scientificamente valida. Delegare agli Ordini dei Medici una funzione meramente notarile è una scelta miope che non ha alcuna oggettiva motivazione. Un problema irrisolto, anche se il disegno di legge Tommasini aveva compiuto un buon tratto del percorso parlamentare, è quello relativo alla responsabilità professionale del medico anche alla luce degli episodi riportati, affrettatamente, dalla stampa prima ancora della conclusione dell'iter giudiziario. Il fenomeno deve essere gestito, da tutti, con grande equilibrio, non certo per coprire eventuali responsabilità, una volta accertate anche con l'intervento del potere disciplinare degli Ordini, ma per evitare giudizi sommari e per arginare il proliferare di un fenomeno reattivo con la messa in campo di atteggiamenti di medicina "difensiva".

Il prossimo Comitato Centrale deve nascere da un sereno dibattito superando personalismi, divisioni "storiche" delle categorie, con l'individuazione di uomini capaci, autonomi, anche attraverso un graduale ricambio generazionale.

Alla luce della esperienza di questi ultimi anni sarebbe colpevole eleggere un Comitato Centrale diviso e conflittuale. La Federazione ne uscirebbe lacerata con una immagine fortemente indebolita e si verificherebbe un ulteriore distacco dei medici dall'istituzione ordinistica.

È necessario, invece, per dare credibilità alla Federazione, eleggere un Comitato Centrale autorevole, compatto e autonomo.

È dovere di tutti adoperarsi affinché questo irrinunciabile traguardo venga raggiunto.

Come si è arrivati alla presidenza Paci

Molti ricorderanno che nel 2003, all'indomani delle elezioni per il rinnovo dei vertici Fnomceo, la lista capeggiata da Amedeo Bianco, risultata sconfitta in quella occasione, presentò un ricorso alla Commissione per gli esercenti le professioni sanitarie insediata al ministero della Salute, lamentando gravi irregolarità nel voto. L'episodio più clamoroso riguardava alcune schede, "perse" e mai più ritrovate durante le fasi di votazione della segreteria nazionale.

Il ricorso era poi arrivato fino in Cassazione, dove era stato giudicato legittimo e inviato nuovamente, per competenza, alla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie. La Commissione aveva lungamente esaminato il caso, fino a giungere, l'8 luglio 2005, ad un pronunciamento che invalidava i risultati delle elezioni del 2003 per irregolarità nel voto. Solo il 7 dicembre dello scorso anno, mentre si andavano ormai concludendo le votazioni per i rinnovi degli Ordini provinciali, si è deciso di utilizzare l'articolo 55 dello Statuto Fnomceo che assegna in casi come questi il compito di dirigere l'istituzione al presidente e al Comitato centrale in carica al momento delle elezioni risultate non valide.

Si è quindi reinsediato il Comitato centrale eletto nel dicembre 2001 dopo le dimissioni di Aldo Pagni, che all'epoca era così strutturato: presidente Giuseppe Del Barone, vicepresidente

Amedeo Bianco, segretario Benito Meledandri, tesoriere Roberto Gozzi, consiglieri Salvatore Amato, Luigi Conte, Nicolino D'Autilia, Massimo Ferrero, Vito Gaudiano, Guido Marinoni, Massimo Montesi, Cosimo Nume, Michele Olivetti, Saverio Orazio, Aristide Paci, Lamberto Pressato, Giuseppe Renzo. Si creava così la curiosa situazione per cui Giuseppe Del Barone, decaduto dalla presidenza per irregolarità nel voto, tornava a ricoprire quella carica in veste di past president.

La decisa opposizione della stragrande maggioranza dei componenti di questo Comitato Centrale ha però costretto Del Barone a rassegnare le sue dimissioni e ha fatto uscire dallo stallo la situazione che rischiava di concludersi con un commissariamento della Fnomceo da parte del ministero.

Nella prima riunione del Comitato Centrale, il 26 gennaio, si è finalmente potuto individuare una rosa di nomi capaci di offrire le indispensabili garanzie di equilibrio e di trasparenza per condurre la Federazione alla nomina del nuovo gruppo dirigente proclamato dal Consiglio nazionale rinnovato: alla presidenza è stato chiamato Aristide Paci, presidente dell'Ordine di Terni e figura storica per il mondo medico italiano, coadiuvato da Michele Olivetti (vicepresidente), Benito Meledandri (segretario) e Roberto Gozzi (tesoriere).

ORDINI

MESSINA
MILANO
MODENA
NAPOLI

NOVARA
NUORO
ORISTANO
PADOVA
PALERMO
PARMA
PAVIA
PERUGIA
PESARO
PESCARA
PIACENZA
PISA
PISTOIA
PORDENONE

POTENZA
PRATO
RAGUSA
RAVENNA
REGGIO CALABRIA
REGGIO EMILIA
RIETI

PRESIDENTE

NUNZIO ROMEO
ROBERTO ANZALONE
NICOLINO D'AUTILIA
GIUSEPPE SCALERA

SILVIO MAFFEI
LUIGI ARRU
ANTONIO LUIGI SULIS
MAURIZIO BENATO
SALVATORE AMATO
TIBERIO D'ALOIA
GIOVANNI BELLONI
GRAZIANO CONTI
LUCIANO FATTORI
ENRICO LANCIOTTI
GIUSEPPE MISEROTTI
GIUSEPPE FIGLINI
EGISTO BAGNONI
ROSARIO MAGAZZÙ

ENRICO MAZZE CICCHETTO
LUIGI BIANCALANI
GIORGIO MARTORANA
STEFANO FALCINELLI
PASQUALE VENEZIANO
SALVATORE DE FRANCO
DARIO CHIRIACÒ

EX PRESIDENTE

confermato
confermato
confermato
Giuseppe
Del Barone
confermato
confermato
confermato
confermato
confermato
Giorgio Rondini
confermato
confermato
confermato
confermato
Elio Tramonte
confermato
Silvano Antonini
Canterin
Francesco Vinci
confermato
Francesco Floridia
confermato
Giovanni Cassone
confermato
confermato

ORDINI

RIMINI
ROMA
ROVIGO
SALERNO
SASSARI
SAVONA
SIENA
SIRACUSA
SONDRIO
TARANTO
TERAMO
TERNI
TORINO
TRAPANI
TRENTO
TREVISO
TRIESTE
UDINE
VARESE
VENEZIA
VERBANO-
CUSIO OSSOLA
VERCELLI
VERONA
VIBO VALENTIA
VICENZA
VITERBO

PRESIDENTE

GEO AGOSTINI
MARIO FALCONI
FRANCESCO NOCE
BRUNO RAVERA
SUSSARELLU AGOSTINO
UGO TRUCCO
PASQUALE MACRI'
BIAGIO SCANDURRA
ALESSANDRO INNOCENTI
COSIMO NUME
FILIPPO DI SABATINO
ARISTIDE PACI
AMEDEO BIANCO
GIUSEPPE LO GIUDICE
GIUSEPPE ZUMIANI
DOMENICO STELLINI
MAURO MELATO
LUIGI CONTE
PIER MARIA MORRESI
MAURIZIO SCASSOLA

DANIELE PASSERINI
PIER GIORGIO FOSSALE
PIETRO MARCELLO FAZZINI
VINCENZO PACILÈ
EZIO COTROZZI
ANTONIO MARIA LANZETTI

EX PRESIDENTE

Massimo Montesi
confermato
confermato
confermato
confermato
Renato Giusto
confermato
confermato
confermato
confermato
confermato
confermato
confermato
Carlo Gianformaggio
Fabio Branz
Brunello Gorini
confermato
confermato
confermato
confermato
confermato

LE TEMATICHE SANITARIE NEL DIBATTITO IN VISTA DELLE ELEZIONI POLITICHE DEL 9 E 10 APRILE

Esiste una sanità di destra e una sanità di sinistra?

Liste d'attesa, emergenza "aviaria", piena attuazione della legge sull'aborto e revisione della legge Basaglia. Sono questi i temi sanitari più gridati in questa campagna elettorale che stenta a trovare le sedi per un confronto pacato tra le proposte dei due schieramenti contrapposti. Ma, a leggere con attenzione, nei programmi della Casa delle libertà e dell'Unione c'è anche qualcosa di più

di Eva Antoniotti

Ben 281 pagine per l'Unione, solo 21 per la Casa delle Libertà. Si presentano così i programmi delle coalizioni politiche che si confrontano per le prossime elezioni del Parlamento italiano. Da una parte un lungo e articolato documento, elaborato in estenuanti (a detta dei testimoni) sedute della "fabbrica del programma" voluta da Prodi. Una mole di parole scritte sulla quale si è anche molto ironizzato, ma che viene difesa dai sostenitori dell'Unione che la presentano come base di un accordo politico che servirà anche da impegno, nel caso in cui il centro sinistra vinca le elezioni, per tutte le componenti interne nel corso dei cinque anni di Governo.

A tanta messe, la Casa delle Libertà ha risposto con un testo assai asciutto, reso noto solo a fine febbraio, centrato sull'idea di continuità nell'azione di Governo. Si richiama quindi esplicitamente il programma del 2001, elencando le "36 grandi riforme" già realizzate, dalla riforma costituzionale (che dovrà però passare al vaglio del referendum popolare) al Codice per la protezione dei dati personali. Ma ci sono anche alcune proposte nuove, raggruppate in dieci capitoli, uno dei quali dedicato proprio alla sanità.

I DOCUMENTI DEI PARTITI

Accanto ai programmi delle coalizioni vi sono poi i documenti elaborati dai partiti che le compongono, o

meglio da alcuni partiti. In materia di sanità i contributi più rilevanti e "organizzati" sono venuti dai Democratici di sinistra e da Alleanza Nazionale.

Il 27 e 28 gennaio scorsi, i Ds hanno organizzato a Roma la loro Prima Conferenza nazionale sulla salute e le politiche sociali, una lunga kermesse che ha visto alternarsi sul palco politici, medici, professori universitari, assessori alla Sanità, infermieri e altri professionisti della salute, direttori di Asl e ospedali, esponenti del volontariato, giornalisti. Il titolo dell'evento era "Ricomincio da te", ad indicare, come ha spiegato Livia Turco che "l'innovazione che è doveroso costruire non può che avere al centro il cittadino protagonista: quello reale ed attuale; un cittadino esigente al quale non rivolgere solo buona assistenza, ma da considerare, insieme agli attori delle politiche pubbliche, protagonista e codicisore del suo benessere". A partire da questa prospettiva di centralità del cittadino, gli obiettivi indicati come prioritari dai Ds se il centro sinistra andrà al governo sono: sviluppare il federalismo solidale e impedire il processo di frammentazione devoluzionistica del sistema sanitario; dare un fortissimo impulso alla sanità territoriale; costruire la rete integrata per i servizi sociali; avviare la riforma degli studi in medicina che tenga conto delle nuove condizioni epidemiologiche e organizzative; finanziare adeguatamente i Lea e realizzare anche le forme di assistenza integrativa già previste nel 229; fermare la lottizzazione in sanità con

la "buona" politica.

Per realizzare tutto questo occorre guardare alla sanità non valutandola in chiave di compatibilità economica, ma utilizzando invece il concetto di "sostenibilità", mutuato dal pensiero ambientalista. La compatibilità – ha spiegato **Livia Turco** – è imperniata sull'aziendalizzazione del sistema e ha dato risultati importanti ma ha sollevato almeno due problemi: il de-finanziamento dei Lea con la parallela crescita dei disavanzi regionali e l'estremizzazione di politiche di razionalizzazione che ha portato in molte realtà a "raschiare il barile" delle risorse. La sostenibilità invece consente di operare in una prospettiva di medio lungo periodo, intervenendo non solo sulla razionalizzazione dell'offerta, ma "privilegiando il fronte della domanda, dei comportamenti degli attori, del ruolo dell'informazione, con lo scopo di produrre benessere e attraverso il benessere prevenire il rischio dell'anti economicità della crescita della spesa sanitaria".

Un cambiamento di prospettiva nel modo in cui si guarda al sistema sanitario è la premessa anche per il documento proposto dalla Consulta della Salute di Alleanza Nazionale e presentato alla Conferenza programmatica svoltasi a Roma dal 3 al 5 febbraio scorsi: "La Sanità – si legge nella prefazione firmata da **Francesco Storace** – non può più essere considerata, come avveniva in passato, un mero problema di carattere economico, ma deve rappresentare uno strumento operativo in grado di incidere in maniera significativa sulla qualità della vita delle persone".

Molte le proposte avanzate nel documento, prima fra tutte una nuova legge in materia di assistenza psichiatrica "che, senza stravolgere quanto di positivo già strutturato con la 180, aggiorna e rende più efficace l'assistenza del malato psichiatrico che, a differenza di altri, è un malato cronico, la cui gestione coinvolge altre persone, e che necessita di una solida integrazione tra sanità e sociale". Accanto ai temi forti della piena applicazione della legge 194 e del sostegno all'approvazione della legge Fini sulle tossicodipendenze, sono molti i terreni di intervento sui quali si intende rafforzare l'azione di Governo, in caso di riconferma dell'attuale Esecutivo: infezioni ospedaliere, tubercolosi e immigrazione, disturbi dell'alimentazione, disabilità, non autosufficienza, sanità scolastica, riduzione della burocrazia.

In materia di organizzazione sanitaria la Consulta di An intende promuovere soprattutto:

- un nuovo ruolo del medico di famiglia, che fronteggi le mutate esigenze della popolazione;
- una riorganizzazione del Pronto Soccorso mediante un Dipartimento interaziendale su base provinciale e l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina d'urgenza;
- programmi mirati di odontoiatria;
- la realizzazione del governo clinico.

Inoltre si pensa ad una "cartolina per la salute", che sia momento di screening per la popolazione in sostituzione della visita di leva ormai abolita, all'istituzione della rete Oncologica nazionale, di un'Agenzia per la ricerca Biomedica e di un'Agenzia per il rischio clinico,

Casa delle Libertà: cinque nuove proposte

Il programma della Cdl, come è noto, è molto sintetico. La coalizione di centro destra infatti, nel documento siglato da tutti gli alleati, dichiara di voler sostanzialmente proseguire quanto intrapreso nei cinque anni di Governo. "Noi non dobbiamo cambiare campo – si legge nel documento – come è evidente abbiamo già il nostro campo: il nostro programma di Governo e l'azione coerente e continua che ne è seguita, superando difficoltà e ostacoli nuovi ed imprevisti. È dunque ancora sul vecchio campo che ora dobbiamo e possiamo fare una nuova semina".

Tra i dieci temi su cui il governo uscente si impegna a proseguire la sua azione, il sesto riguarda anche la sanità. "Continueremo nella nostra azione di aiuto e di sostegno alla famiglia – è scritto nel programma - garantendo servizi pubblici sempre più di qualità nella scuola e nella sanità. E introducendo il quoziente familiare". Il "quoziente familiare" è una ipotesi di revisione del prelievo fiscale, calcolato tenendo conto del nucleo familiare nel suo insieme e non solo del singolo individuo. Accanto alla continuità nelle linee programmati-

che, la Cdl inserisce "alcune proposte che si sommano al nostro programma del 2001 ed all'azione in corso da parte del nostro Governo", riassumendole in dieci punti: famiglia, sud, sviluppo economico e competitività, fisco, finanza pubblica, casa, sanità, ricerca ed energia, società solidale, giustizia e sicurezza territoriale. Il capitolo specifico che riguarda la sanità individua cinque proposte:

1. completamento del Piano per l'eliminazione delle liste d'attesa;
2. incremento dei fondi per la ricerca sanitaria;
3. riforma della Legge 180 (malati di mente), fortemente avvertita dalle famiglie;
4. educazione sanitaria nelle scuole;
5. misure di prevenzione per le popolazioni giovanili e quelle immigrate.

che coordinino e ottimizzino gli interventi nei rispettivi campi.

IL DIBATTITO

Le altre formazioni politiche non hanno prodotto materiali "di partito", preferendo rifarsi ai programmi complessivi della coalizione di cui fanno parte.

Tuttavia gli esponenti politici più vicini al mondo della sanità non mancano di intervenire nel confronto prelettorale.

Così **Paolo Lucchese**, senatore dell'Udc che nella legislatura appena conclusa ha presentato due proposte di legge di modifica della legge 180, torna sull'argomento: "Non si può mettere la testa sotto la sabbia, ma bisogna trovare un sistema per rispondere ai problemi delle famiglie che si trovano ad assistere malati psichiatrici. Certo non deve essere la riapertura in modo fittizio e camuffato dei manicomi, perché in questo senso la 180 è una conquista. Ma devono esserci interventi a favore di queste persone, per inserirle ad esempio in qualche comunità di lavoro: un intervento non costoso perché riguarderebbe cooperative sociali autogestite".

Mentre **Antonio Tomassini**, il senatore di Forza Italia che ha tentato (senza riuscirci) fino agli ultimi giorni di legislatura di inserire nel decreto sulla Pubblica amministrazione alcune norme sul "governo clinico" e in particolare quelle sulla nomina dei primari da parte del collegio di direzione e sul pensionamento degli ospedalieri a 70 anni, sottolinea come "i principi del programma del 2001 sono stati tutti attuati, anche se non sempre con clamore: l'irreversibilità, la definizione dei Lea, la legge sulle professioni sanitarie, l'Agenzia del farmaco". Tomassini aggiunge anche alcuni temi per il futuro: "Serve una revisione dell'Ecm, declinato oggi in una sorta di doposcuola a pioggia poco penetrante e poco utile al miglioramento professionale: i provider devono essere meno numerosi, separati dagli sponsor e fortemente collegati alla mission aziendale. E poi bisognerà pensare ad una legge sul testamento biologico e affrontare il tema delle risorse, intervenendo sulla contribuzione integrativa per quegli aspetti che non trovano risposta nel Ssn".

Nell'Unione i temi più ricorrenti sono quelli degli interventi per lo sviluppo della sanità meridionale e per il pieno finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza da parte del governo centrale, meccanismo indicato come garanzia di una sanità "uniforme" sull'intero territorio nazionale. L'ampio documento che contiene il Programma dell'Unione, pur suscitando molti commenti ironici o addirittura sarcastici, è però molto apprezzato da tutte le componenti della coalizione, che lo giudicano uno strumento importante per garantire la tenuta del patto che sostiene Romano Prodi. "Ci riconosciamo nel programma, e in particolare nelle pagine dedicate alla sanità - dichiara ad esempio la responsabile Sanità di Rifondazione Comunista, **Erminia Emprin** - perché sono stati inseriti gli impegni a tutela dei diritti soggettivi e in particolare di quelli delle donne, e per questo non sentiamo il bisogno di proporre materiali di partito".

UN TORMENTONE: LE LISTE D'ATTESA

Molte delle questioni espone nei programmi, e vitali per il sistema sanitario, difficilmente riusciranno però a trovare spazio nei dibattiti televisivi e nella campagna elettorale rivolta al grande pubblico. In queste occasioni prendono spazio altri temi, come ad esempio la paura di una pandemia di influenza aviaria o le liste d'attesa, che sono senz'altro tra i temi di sanità più "calcati" in questa campagna elettorale. D'altra parte, come ha recentemente confermato anche il rapporto Monitor Biomedico 2006 del Censis, i cittadini italiani considerano proprio la lunghezza dei tempi con cui vengono erogate alcune prestazioni del Ssn il maggiore difetto del nostro sistema sanitario pubblico.

"Il tema strutturale delle liste d'attesa in sanità non si presta a facili strumentalizzazioni elettorali", ha dichiarato nei giorni scorsi **Vasco Errani**, presidente della Conferenza delle Regioni, ma i fatti sembrano smen-

tirlo ed anzi si profila minacciosamente uno scontro, e un reciproco rimpallo di responsabilità, tra livelli istituzionali, ovvero tra le Regioni (prevalentemente di centro sinistra) e il ministero della Salute dell'attuale Governo di centro destra.

Così mentre Errani sottolinea, in un comunicato, l'importanza di una "strategia condivisa" tra Stato centrale e Regioni e ricorda l'esistenza di "un tavolo di lavoro attivato presso il ministero della Salute che coinvolge gli assessori alla Sanità proprio per vagliare le ipotesi percorribili per un progressivo snellimento delle liste d'attesa", il sottosegretario alla Salute **Cesare Cursi** definisce il tavolo come "un tavolo di attuazione della riforma Storace" e inasprisce i toni invitando Errani a ricordarlo "ai suoi colleghi, visto che il problema erano incapaci di risolverlo".

Ad innescare le polemiche sono state le affermazioni del presidente del Consiglio, che a Perugia aveva sostenuto di aver aumentato i fondi statali destinati a ridurre le attese di prestazioni sanitarie del 40 per cento e di aver inserito nel programma di Forza Italia la possibilità per i medici di famiglia di prenotare direttamente gli accertamenti diagnostici per i propri pazienti, suscitando le reazioni del ministro Storace, che rivendicava a sé e al suo partito la maggiore attenzione a questo tema, e della presidente della Regione Umbria, **Rita Lorenzetti**, che ha ricordato come nella sua Regione "il sistema è già utilizzato da circa tre anni da diversi medici 'informatizzati', collegati cioè alla rete informatica dei Cup e siamo così riusciti a contenere i tempi di attesa, tanto da essere tra le prime Regioni italiane per minore attesa".

Il coordinatore della Commissione Sanità delle Regioni, il toscano **Enrico Rossi**, sul Piano proposto dal ministro, ha spiegato che occorre "vagliare se ci sono modifiche da fare anche sulla base di una conoscenza più approfondita della realtà delle diverse Regioni". Nel frattempo, Rossi ha firmato una delibera per la Regione Toscana che responsabilizza tanto le Aziende del Ssn che i cittadini su questo problema: se l'Azienda non erogherà la visita specialistica richiesta entro 15 giorni, verserà al cittadino 25 euro come contributo per una visita extramoenia; stessa cifra dovrà pagare però il cittadino che, prenotata una visita, non si presenti all'appuntamento fissato.

Sull'argomento si è pronunciata anche l'ex ministro Rosy Bindi. "Il Governo vuole mettere il cappio finanziario alle Regioni - ha dichiarato Bindi - ma il centralismo sanitario non porta a nulla, men che meno alla riduzione delle liste d'attesa". Al contrario, secondo l'esponente della Margherita, per raggiungere l'obiettivo "si tratta, in primo luogo, di investire per decongestionare gli ospedali, realizzare l'integrazione sociosanitaria, potenziare i servizi territoriali, lavorare seriamente sull'appropriatezza delle prestazioni e valorizzare il ruolo dei medici di famiglia".

Prima della scadenza elettorale, comunque, Governo e Regioni dovranno trovare un qualche accordo, visto che la Finanziaria per il 2006, con una norma molto criticata da parte regionale, vincola l'erogazione dei 2 miliardi di euro destinati a ripianare i deficit fin al 2004 proprio al raggiungimento di un'intesa Governo-Regioni sulle iniziative da prendere in materia di liste d'attesa.

Tredici obiettivi per l'Unione

Il programma siglato dalle forze politiche riunite nell'Unione è di ben 281 pagine. Il capitolo intitolato "Diritto alla salute e nuovo welfare locale" indica cinque priorità: la preferenza dei servizi alle persone e alle famiglie rispetto ai trasferimenti monetari, il mantenimento di una funzione nazionale di indirizzo, l'incremento del Fondo sociale nazionale, la creazione di *Piani regolatori del sociale* e l'istituzione di un *Forum nazionale del legame sociale* che raccolga le buone pratiche diffuse sul territorio.

Per la sanità sono poi indicati tredici obiettivi specifici, che riassumiamo.

1. *Il cittadino al centro del sistema.*

2. *Presenza in carico e continuità assistenziale* come terreno di investimento per ribaltare la visione "ospedalocentrica".

3. *Prevenzione*, affidando al livello nazionale del servizio sanitario il compito di individuare i fattori di rischio emergenti.

4. *Sviluppo della medicina delle cure primarie*, per arrivare ad un servizio sul territorio che offra assistenza h24, affiancandolo nei passaggi in entrata e in uscita dalle strutture di degenza.

5. *Piano straordinario per le fragilità*, per la presa in carico e la continuità assistenziale di bambini, anziani, pazienti cronici, pazienti con disabilità, salute mentale, dipendenze, medicina penitenziaria, immigrati.

6. *Lea: adeguare le risorse e prevederne l'estensione*, a cominciare dalle cure odontoiatriche.

7. *Più risorse e meno sprechi*, attraverso la diffusio-

ne delle best practices e dell'informatizzazione e Piano decennale di investimenti per il Ssn, finalizzato alle ristrutturazioni edilizie e all'ammmodernamento tecnologico.

8. *Fondo per lo sviluppo delle risorse umane e materiali del Mezzogiorno*, con un controllo a livello centrale sulla qualità dei progetti e delle realizzazioni fatte dalle Regioni del Sude utilizzando i mutui della Banca Europea e le strutture Inail.

9. *Ridare fiducia agli operatori della sanità*, con interventi contro la precarizzazione e il blocco delle assunzioni, a cominciare dall'emergenza infermieristica; per collegare più strettamente formazione universitaria e Ssn; correggere il sistema delle specializzazioni; legare ricerca, università e Ssn; mantenere l'istituto dell'esclusività come requisito per accedere ai ruoli apicali di responsabilità.

10. *Management sanitario* da valutare su obiettivi di salute e non solo economici.

11. *Lo scandalo della sanità a due velocità* da correggere riducendo le liste d'attesa prodotte da inappropriata e disorganizzazione.

12. *Gli Stati Generali della Sanità e del Sociale* saranno il primo atto del Governo in caso di vittoria dell'Unione, così che operatori, associazionismo e amministratori locali possano confrontare le reciproche esperienze.

13. *Innovazione e tecnologie per la salute e per l'assistenza* da utilizzare per migliorare l'equità e la trasparenza nell'accesso alle cure. Sfruttare le risorse tecnologiche per potenziare le cure domiciliari.

LA SANITÀ NELLA

Calabria

Pronti a rilanciare il sistema

LA NUOVA GIUNTA REGIONALE HA SCELTO DI RIVOLUZIONARE IL SISTEMA SANITARIO, DI RIPARTIRE DA ZERO, PER INVERTIRE UN MECCANISMO VIZIATO E CHE TENDEVA AD AUTOALIMENTARSI, SOPRATTUTTO PER LA MANCANZA DI COORDINAMENTO DEI DIVERSI TASSELLI DEL SISTEMA. UN'ORGANIZZAZIONE CHE FINORA HA CAUSATO SPRECHI DI RISORSE E LIVELLI QUALITATIVI INADEGUATI. E CHE HA IMPEDITO LO SVILUPPO DI UN SERVIZIO SANITARIO REGIONALE A RETE, IN GRADO DI REALIZZARE UN EFFICIENTE E APPROPRIATO USO DELLE RISORSE, DEI SERVIZI OSPEDALIERI E TERRITORIALI

di Lucia Conti

Un anno fa affrontammo i problemi della sanità calabrese, rappresentate fondamentalmente dalle lunghe liste d'attesa, con un costante saldo negativo della mobilità sanitaria nei confronti delle altre Regioni sia per le prestazioni ad alta specialità che per prestazioni di base, e notevoli differenze qualitative e quantitative nei servizi erogati sul territorio. A tutto questo andava aggiunto un elevato costo di gestione, causa sprechi e inappropriata delle richieste e delle prestazioni ospedaliere di ricovero e dell'assistenza farmaceutica.

A distanza di un anno qualcosa è cambiato e qualcosa sta cercando di cambiare. A cambiare è stato anzitutto il presidente della Regione, Giuseppe Chiaravalloti (Forza Italia) che ha lasciato il posto ad Agazio Loiero (Margherita), così come è avvenuto il passaggio delle consegne dall'assessore alla sanità Gianfranco Luzzo a Doris Lo Moro. E il nuovo assessore ha le idee chiare su quello che vuole realizzare per rendere la sanità calabrese in grado di dare risposte appropriate e di qualità ai cittadini, sulla base dei principi di universalità, trasparenza, efficienza, sicurezza. Una lotta agli sprechi, all'inappropriatezza delle prestazioni, allo scorretto consumo dei farmaci; ma anche agli illeciti e alla criminalità organizzata che, come emerso da recenti eventi di cronaca, vede la sanità calabrese nell'occhio del ciclone. "Chiaramente - ha commentato l'assessore Lo Moro - la sanità è l'azienda che eroga più soldi pubblici (il 70% delle risorse regionali) e per questo è un obiettivo che fa gola. E le prassi consolidate negli anni lasciano pensare alla criminalità di poter mettere ancora le mani sulla sanità. Ma noi stiamo lavorando affinché non vi riescano più".

LE SFIDE PER IL 2006

Nuovi criteri di finanziamento delle aziende, riorganizzazione dei servizi ai fini dell'ampliamento e del miglioramento delle prestazioni, riduzione dell'emigrazione sanitaria, rilancio della sanità pubblica, interventi di edilizia sanitaria, riordino della rete ospedaliera, realizzazione di un sistema sanitario a rete. Sono questi i principali obiettivi per la sanità a cui punterà la Regione Calabria nel 2006.

Per realizzarli verrà istituito un tavolo di confronto mensile tra l'assessorato alla Sanità e i direttori generali delle Asl e delle Aziende ospedaliere, al fine di coordinare meglio le attività delle singole aziende. E per quanto concerne i direttori generali, occorre ricordare che la Giunta Loiero ha effettuato una vera e propria rivoluzione, sostituendo i vertici di gran parte delle Asl e delle Aziende ospedaliere e nominando, in alcuni casi, dei commissari. "Abbiamo effettuato una scelta di rinnovamento e di qualità", è stato il commento del presidente della Regione. "In ogni caso le nuove nomine sono state effettuate unendo qualità e scelte politiche".

L'obiettivo, dunque, è far voltare decisamente pagina alla sanità regionale e la prima strategia da mettere in atto per riuscirci è il dialogo e il coordinamento: "La sanità calabrese - ha sottolineato l'assessore Lo Moro - ha bisogno di gioco di squadra". Principio che sarà utilizzato anche per la revisione del Piano sanitario regionale, così come per i 370 milioni di risorse per interventi di edilizia sanitaria messi a disposizio-

ne ma mai utilizzati dalla Regione. "Finora - ha osservato Lo Moro - è mancata una visione d'insieme, un progetto regionale. Ognuno ha perorato questioni locali. Ora occorre trovare, per esempio, finanziamenti per Reggio, Catanzaro o Sibari, ma inserendo tutto in un progetto di sistema". Una rivoluzione del sistema che sarà realizzata certamente attraverso la concertazione, ma anche attraverso l'attribuzione di obiettivi e di responsabilità. Per questo, ad inizio anno, ad ogni direttore generale è stata recapitata una corposa raccolta obiettivi da realizzare e di scadenze temporali per farlo. Ad esempio, per quanto riguarda l'Asl 1 di Paola, la missione specifica indicata al direttore generale è l'elaborazione del riordino della rete ospedaliera sul territorio di sua competenza; all'Asl 4 di Cosenza toccherà l'attivazione delle strutture realizzate con l'articolo ex 20 sull'edilizia sanitaria entro tre mesi e l'avvio di lavori di costruzione dell'Hospice in due mesi. Al manager dell'Asl 7 di Catanzaro, invece, il compito di contenere i costi del personale con l'obiettivo di realizzare un risparmio di almeno il 4% entro sei mesi; assicurare, inoltre, la completa funzionalità dell'accettazione e delle prenotazioni all'ospedale di Sovato entro due mesi, e l'utilizzo della Tac di Sovato per almeno dodici ore giornaliere. Questi sono solo alcuni degli esempi di una lunga lista di obiettivi che non ha lasciato con le mani in mano nessun direttore generale.

LA SPESA SANITARIA

Sulla spesa generale nella sanità la situazione "non è allarmante, poiché la previsione ad oggi, rispetto ai dati esistenti, è di 30-50 milioni di euro di criticità finanziaria". Lo assicura l'assessore, aggiungendo che "siamo dentro il Patto di stabilità e che ci resteremo". La situazione della sanità calabrese, ha affermato Lo Moro, "al di là dei tanti aspetti negativi, che nostro malgrado abbiamo ereditato, è sotto controllo e stiamo lavorando alacremente per ridare all'intera sanità calabrese dignità, efficacia ed efficienza".

Vi sono ambiti, secondo l'assessore, in cui si può comunque lavorare per ottenere molti risparmi. I dati regionali, ad esempio, registrano per il 2004 una spesa per l'emigrazione sanitaria di 213 milioni di euro in crescita rispetto al 2003, che ne registrava 187 milioni di euro. Tuttavia l'80% dei viaggi della speranza sono dovuti ad esigenze di bassa e media specialità, che con una migliore organizzazione potrebbero essere soddisfatte benissimo in Calabria.

Un segnale della serenità dei responsabili politici rispetto alla spesa sanitaria può essere inoltre letto nell'abolizione del ticket a partire dal 1° settembre scorso. "Ci sono diritti nella nostra Costituzione - ha sostenuto il presidente della Regione, Agazio Loiero - che non possono essere messi in dubbio come è stato fatto. Le fasce meno abbienti, che noi riteniamo di dover rappresentare, venivano fortemente danneggiate dal ticket".

Lo conferma anche il Rapporto Ceis Sanità 2005 della Facoltà di economia dell'Università di Tor Vergata di Roma, secondo il quale in Calabria risiede la quota maggiore di famiglie (3,4%) che cadono sotto la soglia di povertà per far fronte a spese conseguenti a disabilità e agli oneri derivanti

dal sistema del ticket regionale e dall'acquisto di farmaci non rimborsabili. Se questa è realtà, l'abolizione del ticket potrà senz'altro contribuire ad alleviare il costo della sanità dai portafogli dei cittadini calabresi.

IL LATO OSCURO DELLA SANITÀ CALABRESE

La Regione Calabria è stata protagonista, lo scorso ottobre, di un drammatico evento: l'omicidio del vicepresidente regionale, Francesco Fortugno, medico e primario a Locri, ucciso nel giorno delle elezioni primarie dello scorso ottobre. Un omicidio che, secondo le indagini, sarebbe legato all'impegno di Fortugno sulle questioni locali di politica sanitaria. A questo drammatico episodio hanno fatto seguito una lunga serie di lettere di minacce recapitate a numerosi responsabili politici della Calabria, tra cui il presidente Loiero e l'assessore Lo Moro.

Oltre ai più comuni problemi di sistema, quindi, sulla sanità calabrese pesa come un macigno l'ingerenza dei "potenti" e della criminalità organizzata. Una minaccia che, quando non rappresenta un rischio per l'incolumità dei responsabili del settore, rappresenta comunque un ostacolo per lo sviluppo della Regione.

La sanità calabrese sembra messa alle strette e sulle pagine dei giornali ricorrono fatti di cronaca, come l'arresto di un medico e di due infermieri per il favoreggiamento di due latitanti, o l'incendio dell'auto di un funzionario di un Azienda ospedaliera. Quello che l'assessore Lo Moro ha definito "Un bollettino di guerra".

"Il settore - ha commentato a riguardo - è al centro di interessi illeciti diffusi che giudico intollerabili e tutto questo potrebbe compromettere il lavoro di rilancio che stiamo svolgendo. Nella sanità che abbiamo in mente non c'è spazio per altri interessi e ci stiamo muovendo per fronteggiare questi ostacoli".

Calabria

Popolazione	2.043.300 circa
Aziende Sanitarie Locali	11
Aziende Ospedaliere	4
Presidi ospedalieri	31
Ircs	1
Case di cura accreditate	38
Medici dipendenti	4.320
Medici di famiglia	1.636
Medici di continuità assistenziale	1.415
Pediatrati di libera scelta	291
Specialisti ambulatoriali interni	416

INTERVISTA A DOMENICO SARACENO
SEGRETARIO REGIONALE ANNAO ASSOMED CALABRIA

È necessaria una nuova e attenta volontà politica

Dottor Saraceno, quali sono i punti di maggiore criticità del sistema sanitario calabrese?

Anzitutto la mancata definizione/integrazione tra il settore pubblico e quello privato, nonché tra il settore pubblico e l'Università. Il settore privato da anni non rispetta le regole dettate dal Dlgs 502/99 e, in base a favoritismi clientelari, ottiene comunque il pagamento delle prestazioni senza che gli accordi contrattuali, *conditio sine qua non* per potere esercitare in regime di convenzionamento, siano stati mai definiti. Dal canto suo l'Università, verso cui la Regione continua a dimostrare una "inspiegabile" subalternità, va per conto suo, senza un piano integrato con le restanti strutture ospedaliere sottraendo risorse al Fondo sanitario regionale che, comunque, è unico per tutto il sistema.

Il sistema risente poi della mancanza di serie linee guida per l'accreditamento delle strutture che stabiliscano, non la forma e la dimensione delle piastrelle dei bagni ed altre quisquiglie del genere o, ancora peggio, dettino esclusivamente linee aspecifiche e generali, bensì una puntuale definizione di cosa oggi occorre per potere "fare sanità" e cioè la definizione di standard organizzativi, strutturali e tecnologici uguali per tutti. Ad esempio, non si può esercitare attività di Ostetricia se non esiste una Neonatologia, non si può esercitare attività chirurgica se non esiste una Rianimazione, gli organici del personale devono essere congrui e le tecnologie devono essere presenti ed al passo con i tempi in relazione alle prestazioni da garantire.

Il Piano sanitario regionale, inoltre, va rivisto e con urgenza, in quanto quello vigente, emanato dalla precedente

Giunta, non ha effettuato alcuna scelta ma si è limitato a scimmiettare altre realtà regionali (non paragonabili per mezzi finanziari né per contesto sociale alla nostra) riducendosi, alla fine, alla fotografia dell'esistente.

Occorre, invece, una presa di coscienza politica che faccia capire che molte strutture, oggi, sono pericolose proprio per gli stessi pazienti che, invece, da tali strutture, credono di essere tutelati. Occorre un salto di qualità di chi ci amministra che faccia scomparire campanilismi e battaglie di retroguardie a difesa di ospedaletti in cui nemmeno il dottor Schweitzer, a suo tempo, avrebbe accettato di lavorare.

Manca anche un piano dell'emergenza, per cui ancora oggi si litiga su dove dislocare le postazioni di elisoccorso che, in considerazione dell'orografia territoriale della Calabria, assume una grande importanza. In tale contesto assistiamo a prove di forza che, in perpetuazione del passato, tendono a spostare le centrali di elisoccorso sul territorio dell'assessore o del ras di turno.

Si assiste poi a un forte fenomeno di fughe assistenziali: la Calabria, nel 2004, ha speso oltre 200 milioni di euro per rimborsi ad altre Regioni. Tale fenomeno, dovuto solo in piccola parte a trattamenti non eseguibili nei nostri ospedali, persiste per una scarsa collaborazione (spesso connivenza) dei medici di medicina generale e per una visione scarsamente aziendalistica di qualche primario. E il personale sanitario è fortemente demotivato, anche per l'attesa, da anni, di una seria e completa applicazione delle norme contrattuali. Nel frattempo assistiamo alle nomine di nuovi direttori generali che, per la maggior parte,

non hanno nessuna competenza specifica del settore sanitario e, sembra per alcuni, nemmeno i requisiti di legge.

Quali possono essere le strategie per fronteggiare queste criticità?

Dal punto di vista politico è necessaria una seria rivisitazione del Psr, basata su dati ed esigenze reali e non su spinte clientelari.

Dal punto di vista tecnico, invece, sono dell'idea che debba essere creato, presso l'assessorato regionale alla Sanità, un nucleo di figure competenti che diano i suggerimenti corretti all'organo politico. Fino ad oggi la tecnostruttura dell'assessorato si è sempre dimostrata serva del politico di turno, abdicando spesso al proprio ruolo.

Sul versante organizzativo, infine, sarà necessario attuare la decadenza automatica di tutti i direttori generali che, entro sei mesi dalla nomina, non attuano i disposti contrattuali economici e professionali.

E per i medici?

Non è più pensabile, oggi, che il settore della dipendenza e quello della convenzionata possano continuare ad essere due compartimenti stagni assolutamente non comunicanti. Occorre una forte integrazione tra essi con creazione di percorsi assistenziali comuni e condivisi, anche al di là di quanto previsto dalle norme contrattuali. Se così non sarà, non solo il bengodi in cui qualcuno da anni sguazza finirà presto, ma tutto il sistema sanitario regionale rischia di saltare a fronte delle esigue (rispetto all'attuale sistema) finanze che saranno viepiù falcidiate dalla iniqua, individualista e razzista devolution.

INTERVISTA A DORIS LO MORO
ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE CALABRIA

Lavorare come una squadra per una sanità efficiente ed efficace

Assessore Lo Moro, quali sono le condizioni della sanità calabrese?

Erano e sono ancora molto gravi, perché il sistema non è funzionale e organizzato, e occorrerà intervenire in maniera radicale. Tra le maggiori criticità vi è, anzitutto, una distorsione che caratterizza molte Regioni meridionali e che consiste nella presenza di un numero di strutture sanitarie private molto alto in proporzione alle strutture pubbliche. Il mio obiettivo è valorizzare il settore pubblico, anche in considerazione del fatto che solo un pubblico di qualità può generale una competizione di qualità nel settore privato.

In questo contesto, la rete ospedaliera ha bisogno di essere fortemente rivista, anche perché il comparto ospedaliero in Calabria divora il 57% delle risorse, contro il 45% degli standard nazionali. Lavorare sugli ospedali, quindi, permetterà di liberare delle risorse per realizzare altri servizi, come quelli del territorio.

Sono interventi che avranno bisogno di molto tempo per essere realizzati, nel frattempo, però, è necessario dare al cittadino delle risposte immediate, come stiamo cercando di fare per la salute mentale e il settore dell'emergenza. Recentemente abbiamo anche eliminato il ticket, studiando, nel frattempo, un progetto a lungo termine per ridurre la spesa farmaceutica con un monitoraggio costante che vede la collaborazione di Federfarma, di Farindustria, dei medici di base e del sindacato degli informatori scientifici.

Quali saranno gli interventi radicali nella rete ospedaliera?

Al mio ingresso in assessorato scoprii che vi sono, in Ca-

labria, 370 milioni di euro messi a disposizione per progetti di edilizia sanitaria e mai spesi. Così come ci sono fondi stanziati per altri servizi che non sono mai stati realizzati, come l'assistenza domiciliare. Come interpretare questo se non come una politica che ha speso solo dove aveva degli interessi e non in relazione ai bisogni.

Ora abbiamo intenzione di utilizzare quelle risorse per migliorare il sistema. Per quanto riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera punteremo a riabilitare agli standard qualitativi i tre ospedali regionali di Cosenza, Reggio Calabria e Catanzaro, rivedendo poi le funzioni degli altri ospedali. In pratica, in alcuni ospedali sarà possibile trovare le risposte forti e di alta specialità (che richiedono anche interventi economici importanti) e intorno a queste strutture sarà poi creata una rete di servizi.

Lo stesso criterio sarà utilizzato per organizzare una rete tecnologica delle apparecchiature più innovative che andranno acquistate. Stiamo inoltre lavorando per realizzare una rete nelle varie specializzazioni (oncologica, chirurgica...), così come un progetto per l'assistenza domiciliare e a un sistema di telemedicina.

Qual è il rapporto con i professionisti sanitari?

Stiamo dando vita a una forte collaborazione, perché ritengo essenziale avere degli obiettivi condivisi con la classe medica. L'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri, l'integrazione tra ospedale e territorio, infatti, non possono essere realizzate se non con la collaborazione dei professionisti sanitari, così come dei sindacati e degli Ordini.

Abbiamo bisogno di lavorare come una squadra, cosa che fino ad oggi non avveniva, tanto che in Calabria si può dire che ci siano tante sanità quante sono le Asl.

Un passo importante è stato senz'altro il ricambio dei manager, che è passato attraverso fasi difficili, ma che ora vede ai posti di direzione delle Asl una classe dirigente selezionata con criteri di competenza e professionalità, fuori da logiche di lottizzazione. E questo per la Calabria è stata una vera rivoluzione.

Si parla di una forte ingerenza delle organizzazioni criminali nella sanità calabrese.

Io sono un magistrato e quindi non mi lascio facilmente spaventare dalle azioni minacciose, ma sono consapevole che si tratta di un ostacolo reale. La sanità calabrese è stata coinvolta in tante di quelle indagini giudiziarie che sembra un bollettino di guerra. Certo, l'omicidio del vicepresidente regionale, Francesco Fortugno, è per la nostra legislatura una sconfitta non colmabile, però da qui bisogna ripartire per lavorare affinché questi episodi non si ripetano e affinché vi possa essere una sanità pulita, trasparente, non corrotta.

A questo scopo stiamo lavorando a due progetti: una prima risposta sarà quella di accentuare l'attività ispettiva e di controllo dell'assessorato, istituendo un apposito servizio regionale di vigilanza; il secondo progetto consiste in una struttura centralizzata per l'espletamento delle gare d'appalto che, oltre a comportare una razionalizzazione della spesa, permetterà un maggiore controllo e quindi una riduzione delle corrotte.

LA SANITÀ NELLA

Lombardia

Parità pubblico-privato, se il privato è all'altezza

IL MODELLO LOMBARDO DI SANITÀ DOPO QUASI DIECI ANNI SEMBRA RACCOGLIERE CONSENSI, VISTO IL SUCCESSO DELLA GIUNTA FORMIGONI ALLE ELEZIONI DI APRILE. LA LOMBARDIA, INSIEME ALL'EMILIA ROMAGNA, RISULTA ESSERE AI PRIMI POSTI IN TERMINI DI EFFICIENZA DEL SERVIZIO RESO ALLA CITTADINANZA AL PUNTO CHE LO SCORSO ANNO È AUMENTATO IL NUMERO DEI PAZIENTI CHE DA ALTRE REGIONI SONO ARRIVATI ALL'OMBRA DEL "PIRELLONE" PER FARSI CURARE. LA RICETTA DI QUESTO MODELLO, SECONDO L'ASSESSORE ALESSANDRO CÈ, CHE SI STA MUOVENDO SULLE ORME DEL PREDECESSORE CARLO BORSANI, È L'EQUIPARAZIONE TRA PUBBLICO E PRIVATO, IL COINVOLGIMENTO DEL TERRITORIO, IL MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA DI RETE E LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE. PERCHÉ L'INTEGRAZIONE SI REALIZZI È AL LAVORO UN TAVOLO TRA REGIONE, UNIVERSITÀ E AZIENDE OSPEDALIERE

di Stefano Simoni

Coinvolgimento del territorio, parità tra pubblico e privato se questo dimostra di essere all'altezza, miglioramento del sistema di rete, continuità assistenziale affinché l'ospedale, il territorio e il domicilio siano assolutamente legati tra di loro. Questi, insieme a un maggiore coinvolgimento dei medici e delle professioni sanitarie, sono gli obiettivi verso i quali deve muoversi la sanità lombarda, ne è convinto l'assessore regionale, Alessandro Cè, che spiega: "quando avremo appurato quali sono i margini di miglioramento del modello lombardo potremo uscire un po' da quel vortice di tipo economicistico nel quale abbiamo dovuto inoltrarci negli ultimi anni per far fronte alla necessità di un risanamento dei bilanci che era assolutamente ineludibile".

La prospettiva, per Cè, è dunque quella di "mantenere sempre un occhio sui bilanci, ma introdurre dei meccanismi che consentano sì un maggiore controllo della spesa, ma basato sulla corresponsabilità di tutti gli attori impegnati".

La Lombardia dunque va avanti sulla strada della sua riforma sanitaria varata nell'ormai lontano 1997. D'altronde questo era già stato annunciato dallo stesso presidente Roberto Formigoni prima delle elezioni amministrative dello scorso aprile che lo hanno visto riconfermato alla guida della Lombardia. Più di una volta Formigoni ha spiegato le sue linee programmatiche, la piattaforma del suo progetto politico: un riassunto dei "traguardi raggiunti" (ad esempio tempi di attesa dimezzati e rapporto fra spesa e Pil che è il più basso d'Italia, al 4,8% contro il 6,4% nazionale) e una "riflessione sulle importanti cose nuove da fare". In più, impegno sulla prevenzione, sulla libertà di scelta, snellimento della burocrazia ed eliminazione delle "sacche di spreco", questi i punti essenziali come anche un "ulteriore uso delle tecnologie", a partire dalla carta sanitaria informatizzata (Cr Sis), che il governatore ha definito "un salto in avanti, perchè permetterà al medico di conoscere tutta la storia del paziente e al paziente di avere sempre con sé la propria cartella clinica". Questi primi mesi di legislatura sono dunque decisivi per portare a regime la medicina di gruppo e continuare a perfezionare la riforma sanitaria della Regione. I risultati ottenuti nelle elezioni regionali sembrano confermare la bontà dell'impianto della riforma e premiare alcune scelte fatte dai responsabili del "Pirellone".

LOMBARDIA PRIMA IN EFFICIENZA

Secondo uno studio fatto considerando l'Indice di performance sanitaria (Ips), realizzato dal centro demoscopico Cier-

re Ricerche, la Lombardia, insieme all'Emilia Romagna, è risultata (nei primi del 2005) essere tra le Regioni più virtuose. Lo studio ha preso in considerazione cinque indicatori di eccellenza: il disavanzo/avanzo economico; la durata in carica dei direttori generali di aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali; l'indice comparativo di performance; l'indice di attrazione e l'indice di fuga.

In Lombardia le liste di attesa per i malati di tumore sono ridotte al minimo, anzi, secondo una dichiarazione dell'ex assessore regionale alla Sanità, Carlo Borsani, le liste d'attesa "praticamente non esistono". Dal primo gennaio scorso (2005) tutti gli interventi di chirurgia oncologica e di radioterapia sono fuori dai tetti di spesa, quindi vengono sempre rimborsati dalla Regione". In più: "per un sospetto di tumore poi c'è l'obbligo di visita entro 72 ore. Più di così non credo si possa fare".

GUERRA AI TUMORI

La Lombardia ha stanziato 6,2 milioni di euro per la sperimentazione della tomoterapia, la nuova tecnologia per la radioterapia dei tumori, unica in Europa e oggi disponibile al San Raffaele di Milano. La sperimentazione della tomoterapia avrà una durata di tre anni. Il primo anno saranno trattati 150 pazienti, il secondo 250 e il terzo 300. "La Regione - ha spiegato Roberto Formigoni - ha dichiarato guerra al tumore, che è la seconda causa di mortalità dei nostri cittadini. Stiamo invitando tutti a visite di controllo perchè la salute va curata prevenendo la malattia".

La Lombardia destina ogni anno alla patologia oncologica il 12% del fondo sanitario regionale e per il triennio 2004-2006 è stato approvato un piano oncologico che prevede di incrementare lo stanziamento con 24 milioni di euro di risorse aggiuntive, 8 per anno. In Lombardia, nell'ultimo anno, sono stati eliminati i tetti di spesa per la chirurgia oncologica e per la radioterapia, inoltre è stata attivata una campagna di screening su tutto il territorio. Per questa campagna di screening del carcinoma e del colon retto, che interesserà i lombardi tra i 50 e i 69 anni (2,3 milioni di persone), sono state stanziare risorse pari ad 8,2 milioni di euro. Lombardia non solo come sanità privata ma anche investimenti nel settore pubblico. In particolare, investimenti pari ad un 1 miliardo per l'ammodernamento e la ristrutturazione di edifici destinati alla sanità pubblica, settantuno gli interventi previsti in tutte le province che verranno finanziati con 589.014.000 euro da stanziamenti statali e regionali mentre 426.865.000 saranno stanziati dalle aziende sanitarie.

IL PRIVATO IN LOMBARDIA È IL 31,6% DEL TOTALE

Riguardo al rapporto pubblico-privato sono in tutto 85 le strutture private della Lombardia, fra Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), ospedali privati e case di cura, per un totale di 14.752 posti letto, di cui 1158 non accreditati dal Servizio sanitario nazionale.

Gli Irccs privati sono nove, per un totale di 3172 posti letto (2609 quelli degli Irccs pubblici). Fra questi, alcune strutture di fama internazionale come l'Istituto Europeo di Oncologia (Ieo) diretto da Umberto Veronesi, con 226 posti letto, l'Istituto San Raffaele diretto dal genetista Claudio Bordignon (1068 posti letto).

A questi vanno aggiunti sei ospedali equiparati, tra cui il Sant'Orsola di Brescia, per un totale di 1487 posti letto.

Vi è quindi il grande capitolo delle Case di cura, che sono in tutto 70, per un totale di 9044 posti letto accreditati (fra day hospital e degenza ordinaria) e altri 1049 non a contratto.

In totale, nelle strutture della sanità privata lombarda nel 2004 sono state ricoverate più di 400 mila persone per un totale di 1.333.305 giornate di degenza. In Lombardia, regione italiana in cui si verifica il massimo di parità fra pubblico e privato, il volume delle attività del compartimento privato è il 31,6% dell'attività ospedaliera totale e i posti letto privati sono il 35,5% di tutti i posti letto ospedalieri. Inoltre, i ricoveri nelle strutture che fanno capo all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop) costituiscono il 18,1% di tutti i ricoveri, e i posti letto sono il 14,4% di tutti i posti letto della regione.

AUMENTATI I PAZIENTI DA FUORI REGIONE

Aumentano i pazienti che dalle altre Regioni vanno a farsi curare in Lombardia e aumentano soprattutto negli ospedali privati.

La Lombardia è la prima Regione per indice di attrattiva e l'ultima per indice di fuga (cioè per pazienti che decidono di farsi curare in altre regioni). Detto in numeri, questo significa che lo scorso anno sono arrivati negli ospedali della Regione per farsi curare 191.982 pazienti non residenti, e di questi 112.769 (+6,8%) si sono fatti curare nelle strutture pubbliche e 79.213 (+13,7%) in quelle private. Un dato ancora più significativo se si considera che le strutture private sono 'solo' il 28% e che si occupano del 41% dei malati che arrivano da fuori regione.

La sanità è una, ma il percorso assistenziale è complesso

Dottor Bocca, dal suo punto di vista, quali sono le principali criticità della Lombardia?

I problemi principali riguardano il personale, le liste d'attesa e il rapporto ospedale-territorio. Sul primo punto è necessario che a livello regionale e aziendale si attui una programmazione corretta relativamente al personale medico e infermieristico. In particolar modo per quanto riguarda gli infermieri nonostante i corsi di laurea queste figure sono sempre più difficili da trovare. Relativamente ai medici invece tra il privato che ha attirato molti professionisti e il pensionamento si è venuta a creare una carenza tale di personale che in alcune aree ci sta creando serie difficoltà. Noi chiediamo che la politica delle assunzioni sia corretta nei rapporti tra i vari enti periferici, le aziende ospedaliere e le aziende Asl in modo da avere una buona garanzia di prestazioni per il cittadino.

E per quanto riguarda le liste d'attesa?

Il quadro è simile a quanto accade nel resto d'Italia. Credo che occorra entrare nell'ottica dell'appropriatezza delle prestazioni coinvolgendo il medico specialista ospedaliero, il medico specialista territoriale e il medico di medicina generale. Queste tre figure devono lavorare, insieme alla Regione e alle altre istituzioni, per capire come migliorare l'appropriatezza specialistica che se da un lato non cancellerà le liste d'attesa dall'altro può ridurle notevolmente. È già successo con una corretta appropriatezza in base ai Drg sul problema dei ricoveri ospedalieri.

Dottor Bocca, qual è il rapporto tra la rete ospedaliera e il territorio?

C'è una volontà da parte della Regione, espressa negli anni precedenti e da noi ampiamente condivisa, di integrare le prestazioni ospedaliere e territoriali in modo che il malato una volta finita la fase acuta non venga abbandonato a se stesso ma sia assistito per le necessità sociali e di tipo specifico della malattia. La nostra rete ospedaliera è complessa e con molte strutture, in alcune realtà aziendali ci sono troppi presidi. Il territorio della Regione d'altronde è vasto e da un punto di vista geografico è molto differenziato se si considera la zona montana e la zona di pianura. I medici però vogliono avere garanzie all'interno della rete ospedaliera per lavorare meglio e il cittadino vuole avere la garanzia di ricevere le prestazioni migliori. Penso che una riflessione in questo senso andrebbe fatta per offrire migliore qualità al cittadino.

In Lombardia com'è il rapporto Università-Ospedale?

La Lombardia è messa come tutte le altre Regioni. L'Università ha la tendenza ad espandersi sia nel privato che nel pubblico. L'Università deve fare didattica, ricerca e infine assistenza. L'ospedale viceversa deve fare assistenza e in seconda analisi, forse, anche didattica di secondo livello cioè sul campo, ma senza corsi, insegnando sulla pratica e non sulla teoria.

Dal punto di vista sindacale con le altre sigle della dirigenza abbiamo tentato di creare un tavolo di confronto regionale sulle problematiche presenti nelle singole azien-

de per cercare di risolverle.

Abbiamo istituito un tavolo per regolare il rapporto con l'Università, la Regione e le altre strutture ospedaliere in modo da dare, ognuno secondo la propria competenza, il giusto apporto alla soluzione dei problemi. Fatto questo ora è necessario che il tavolo cominci a lavorare; arricchendolo delle figure che non ci sono cioè il medico di medicina generale e lo specialista ambulatoriale. Perché deve essere chiaro che la sanità è unica e il malato spesso comincia il suo percorso dal medico di famiglia per finirlo in ospedale, nelle Rsa o nelle lungo degenze per poi tornare nella sua abitazione.

In questo l'assessore Alessandro Cè in che direzione si sta muovendo?

L'assessore vuole l'integrazione e, come noi, vuole il tavolo su tematiche di sanità pubblica che interessano il territorio, l'ospedale, il post-acute e tutto quello che è necessario per il cittadino per un percorso assistenziale completo in base a quelle che sono le necessità dell'età e di patologia.

Con l'assessore Alessandro Cè abbiamo avuto un unico incontro dove si è discusso di linee generali e di programmazione. Aspettiamo qualcosa di più concreto per capire quello che la Regione intende fare a livello sanitario. L'assessore in merito ai problemi reali della sanità lombarda ha fatto solo un'introduzione perché evidentemente non aveva, ancora, tutti i parametri per poter fare un discorso organico di programmazione relativamente al biennio 2006-2007.

INTERVISTA A CARLO LUCCHINA
DIRETTORE GENERALE SANITÀ LOMBARDA

La scommessa è mantenere un servizio di qualità alto con le risorse a disposizione

Dottor Lucchina, può fare la fotografia della sanità lombarda?

La sanità lombarda è al servizio di oltre 9 milioni di cittadini e questo è già un primo dato. Stiamo infatti parlando della Regione più popolosa d'Italia che per questo ha, da sempre, la necessità reale di un presidio territoriale importante.

Il sistema lombardo è basato su una separazione fra gli organi di programmazione territoriale che sono le aziende sanitarie locali e gli organi di erogazione, che sono le aziende ospedaliere pubbliche più gli erogatori privati accreditati.

Il modello di accreditamento lombardo ha una storia più che consolidata. È un sistema che basa i suoi principi sulla libertà di scelta dei cittadini: il cittadino all'interno della Regione può scegliere liberamente in quale punto di erogazione andare sia per un ricovero, che per una prestazione specialistica. È un sistema che si regge sull'appropriatezza e sulla verifica della qualità delle prestazioni erogate.

È un sistema rodato che ha un suo equilibrio di prestazioni ma anche di risorse. La Lombardia ha un sistema sanitario praticamente in equilibrio e totalmente finanziato con in più un'attenzione estrema a tutto il sistema dell'appropriatezza delle varie prestazioni che vanno dalla medicina territoriale, alla farmacia territoriale, al territorio, alla specialistica e via dicendo.

Il precedente Piano socio-sanitario è scaduto nel 2004. Attualmente è allo studio un nuovo Piano?

Sì, e sarà in continuità con il precedente con degli aspet-

ti programmatici in più che fotografano meglio la realtà sanitaria locale.

Il piano precedente ha rispettato quelle che erano le linee programmatiche. Si era già mosso su un modello innovativo rappresentato dalla messa in rete delle informazioni scientifiche dando luogo ad una condivisione del sapere tra i vari centri di riferimento. Identificate le priorità dei bisogni sanitari, ci siamo mossi e abbiamo investito. Abbiamo così creato la rete oncologica collegando tra loro i centri di riferimento per queste patologie che, insieme alla cardiocircolatoria, rappresentano una delle maggiori cause di mortalità.

Uno dei problemi più sentiti dai medici è quello delle liste d'attesa. In questo senso come si sta orientando la Regione?

La classe medica è oggettivamente sotto stress perché è quella che maggiormente ne sopporta il peso. A cominciare dallo scorso anno abbiamo accelerato i nostri interventi per fare in modo di rispettare le liste d'attesa e riteniamo di esserci in buona parte riusciti se consideriamo che, mediamente, il 90% delle prestazioni viene erogate nei 60 giorni. Ci sono ovviamente delle criticità che stiamo monitorando e sulle quali contiamo di intervenire. C'è un problema di appropriatezza delle prescrizioni e anche qui stiamo coinvolgendo la classe medica per un'opera di sensibilizzazione maggiore verso i cittadini.

Con la classe medica, tutta, c'è grande collaborazione: il nostro impegno è far capire al cittadino che se non ha bisogno di una prestazione specialistica è inutile pretenderla.

Al problema delle liste d'attesa è strettamente connesso quello del rapporto ospedale-territorio.

In questo senso la Lombardia non è più ospedalocentrica come poteva essere sette/otto anni fa. Ci siamo spostati molto sull'asse territoriale e ambulatoriale. Il problema ospedale-territorio sarà al centro del prossimo piano socio-sanitario regionale. Per quanto riguarda i posti letto operativi rientriamo nei parametri dell'intesa Stato-Regioni grazie ad un'opera di orientamento clinico fatta con i medici evitando ricoveri impropri e degenze medie superiori al normale. Oggi rientriamo a tutti gli effetti nei parametri nazionali: 5/1000 e 4,5/1000 a decorrere dal biennio 2006-2007.

Insomma si potrebbe dire che in Lombardia va tutto bene?

No non va tutto bene. In sanità raggiungere la perfezione è un'utopia. Si tratta semplicemente di continuare a lavorare molto e di avere il contributo di tutti i protagonisti della sanità: medici, infermieri, tecnici di radiologia, amministrativi, tutti coloro che normalmente lavorano in questo settore per cercare di migliorarsi sempre di più. Credo che la scommessa finale sia quella di riuscire a mantenere un equilibrio qualitativamente elevato con le risorse che si hanno, che definire sufficienti significa essere ottimisti. La sanità di un Paese industrialmente avanzato ha un incremento fisiologico significativo e riuscire a mantenere la qualità è la vera scommessa. Fino ad ora ce l'abbiamo fatta, per il futuro sono ottimista.

PRESENTATO IL RAPPORTO CEIS SANITÀ 2005

Le nuove sfide del Ssn

Sostenibilità, efficienza, efficacia, empowerment, equità, qualità, organizzazione.

Queste le sette parole chiave proposte dai ricercatori del Ceis per migliorare il Servizio sanitario nazionale, che oggi vive evidentemente una crisi grave, a partire dai problemi di sostenibilità economico-finanziaria che finiscono per abbattersi sui portafogli degli italiani

a cura di Lucia Conti

Il timore di uno sfondamento della spesa sanitaria per il 2004, e di un sottofinanziamento per l'anno a venire, era già stato espresso dalle Regioni. Ora arriva la conferma dalle pagine del Rapporto Sanità 2005 del Centro interdipartimentale di studi internazionali sull'economia e lo sviluppo (Ceis) della Facoltà di Economia dell'Università Tor Vergata di Roma (pp. 360, euro 50,00, ed. Italtipromo Esis Publishing). Stando ai calcoli degli esperti, infatti, il disavanzo potrebbe raggiungere i 7,6 miliardi nel 2006 e addirittura i 12,4 miliardi nel 2007.

I problemi, tuttavia, non si fermano alla sostenibilità economico-finanziaria del sistema, ma riguardano anche la sua capacità di offrire risposte di salute, che non sempre risponde agli standard di qualità ed efficacia. Partendo dall'analisi delle condizioni attuali, il Ceis individua le sette parole chiave per migliorare il Ssn, richiamando l'attenzione dei responsabili delle politiche sanitarie sull'importanza di riferirsi sempre ad alcuni valori fondanti e condivisi dell'intervento pubblico in Sanità. Primo tra questi senz'altro il rispetto dell'universalità delle cure come diritto del cittadino, che però appare minacciato da un dato emerso dal monitoraggio del Ceis: centinaia di migliaia di famiglie italiane diventano povere per curarsi, costrette a pagare di tasca propria prestazioni non previste dal Ssn o erogate solo dopo lunghissime liste d'attesa.

SOSTENIBILITÀ

Anche il 2006 sarà un anno caratterizzato da bilanci in rosso per Asl e ospedali. Pur considerando l'incremento del Fsn, che ha portato le risorse a 91 miliardi di euro per la spesa corrente, più 2 miliardi a copertura dei disavanzi pregressi, secondo gli esperti del Ceis dovrebbero mancare all'appello ancora diversi miliardi. Il fabbisogno tendenziale indica infatti una cifra variabile tra i 96,1 e i 97,6 miliardi, cui vanno aggiunti gli oneri dei rinnovi contrattuali stimati dalle Regioni attorno ai 4 miliardi.

Una forbice tra finanziamento e spesa che solo un drastico recupero in termini di risparmi o tagli a sprechi e disfunzioni, tra il 5 e il 10% annuo, potrebbe arginare.

In assenza di tali interventi i bilanci della sanità presenteranno un pesante passivo, calcolabile tra un minimo di 3,1 miliardi (ipotizzando che anche i 2 mi-

liardi stanziati per i debiti siano invece destinati alle spese correnti e senza calcolare l'impatto dei nuovi contratti) a un massimo di 10,6 miliardi (ipotizzando che i 2 miliardi siano effettivamente "spesi" per pagare i debiti pregressi e che la stima di 4 miliardi di oneri aggiuntivi per i contratti sia confermata).

Se le previsioni dovessero risultare esatte (peraltro negli anni scorsi il modello si è rivelato affidabile), ciò comporterebbe o una riduzione della quota di spesa pubblica in percentuale, mediante il trasferimento del disavanzo (o parte di esso) sulle famiglie attraverso la compartecipazione alla spesa (ticket), oppure un ripiano ex post mediante ricorso alla fiscalità nazionale o regionale. L'esperienza insegna che nella realtà è possibile, ed anzi probabile, che si provvederà con un mix delle due opzioni.

Nel caso si voglia provvedere a carico della fiscalità regionale, appare chiaro che si pone un problema di impatto e anche un problema di equità, configurandosi diversi carichi fiscali nelle varie Regioni: le compartecipazioni procapite capaci di "pareggiare" i bilanci regionali potrebbero arrivare infatti a 417,40 euro in Campania, mentre Lombardia, P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Puglia potrebbero non averne bisogno.

Tra le politiche sanitarie tese a ridurre e contenere la spesa, il settore farmaceutico è stato oggetto di ripetuta attenzione e sembra ormai acquisito che il percorso virtuoso di controllo della spesa passi per un mix di interventi che spaziano dalla compartecipazione del cittadino, al controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni. Un controllo non distortivo della spesa farmaceutica pubblica non può, comunque, esimersi dal considerare l'elemento bisogno: sia nella sua componente demografica, sia in quella socio-economica, in particolare con riferimento al regime di esenzione. Questo porta a considerare non corretta, secondo il Ceis, la logica del perseguimento del tetto di spesa unico per le Regioni: "Esso - si legge nel Rapporto - sebbene sia in teoria rivolto a garantire l'uniformità di cure sul territorio nazionale, di fatto determina un ulteriore ampliamento delle differenze regionali".

EFFICACIA

Se questa è la realtà finanziaria, l'analisi dei diversi indicatori di efficienza, che dovrebbe consentire di mi-

surare la possibilità di correggere l'andamento delle spese sul piano di una migliore gestione dei servizi, lascia aperto il dibattito sulla capacità del sistema sanitario italiano di raggiungere livelli accettabili di efficienza complessiva.

Ad esempio, per quanto concerne le spese ospedaliere, spicca la grande disomogeneità dei costi: per un ricovero standard si passa da 2.000 euro a ricovero in alcune realtà agli oltre 6.700, registrati in altre aziende sanitarie. Il Rapporto propone tre possibili spiegazioni: che non vi sia piena confrontabilità dei dati contabili; che vi possano essere distorsioni nel sistema dei Drg alla base del finanziamento per tipologia di ricovero; la possibile presenza di sacche di inefficienza operativa.

A quest'ultimo proposito si registra che sono gli ospedali dove c'è minore presenza di personale sanitario (medici e infermieri in particolare) ad essere meno efficienti, mentre le strutture a più alta complessità di ricovero e quelle con maggiore produttività per medico danno performance migliori.

La valutazione di un sistema sanitario, d'altra parte, non può prescindere dai suoi risultati in termini clinici e i dati di mortalità costituiscono una delle poche fonti di informazione utilizzabile e rappresentano un dato epidemiologico solido e per certi versi esaustivo. Il quadro che emerge dalla lettura di questi dati mostra come l'efficacia del sistema sia ancora difforme nelle Regioni, lasciando supporre che esistano gravi carenze quanto meno in campo preventivo.

In primo luogo, considerando solo l'età mediana della morte, emergono differenze tra Nord e Sud limitatamente per le donne: sembrerebbe, in altri termini, che le donne del Sud tendenzialmente muoiano prima di quelle del Nord, mentre negli uomini un tale andamento non è osservabile.

Nelle donne il differenziale fra le Regioni è sistematicamente più alto: per quanto riguarda il tumore della mammella tra la Regione più "virtuosa" (Valle d'Aosta con 77 anni quale età media della morte) e quella meno (la Basilicata con un'età mediana di morte per questa patologia di 64,5 anni), lo scarto raggiunge i 12,5 anni. Anche nel cancro del colon-retto il differenziale raggiunge i 3,8 anni per i maschi (in questo caso la Basilicata si ritrova in vetta alla classifica delle Regioni virtuose insieme a Puglia e Abruzzo, mentre in fondo

Simulazione della spesa sanitaria (miliardi di euro)

Anni	Valori Fsn*	Valori reali*	Stime Sanimod**	Deficit Base**	Scenario base**	Scenario pessimista**	Scenario ottimista**
2002	77,6	81,0	3,3	80,3	80,3	80,3	
2003	80,7	83,1	84,0	2,3	84,0	84,0	84,0
2004	85,5	88,9	89,4	3,5	89,4	89,4	89,4
2005	88,25	89,7	-	1,5	94,3	95,1	88,2
2006	90,0	-	-	6,1	96,1	97,6	90,0
2007	91,7	-	-	6,6	98,3	103,1	91,7

* Fonte: Corte dei Conti

** Previsioni Ceis secondo il modello Sanimod

Scenario base: prezzi per servizi sanitari +3% nel 2005, +2% negli altri anni; tutte le variabili con valori costanti al 2004

Scenario pessimista: prezzi per servizi sanitari +3% nel 2005, +2% negli altri anni; popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 anni in aumento. Il totale della popolazione resta invariato. Tutte le variabili con valori costanti al 2004

Scenario ottimista: prezzi per servizi sanitari +3% nel 2005, +2,5% negli altri anni; popolazione giovane (0-14 anni) in calo e popolazione >65 anni in aumento. Il totale della popolazione resta invariato. Tutte le variabili con valori costanti al 2004. Introduzione di *co-payment* per un valore tale da riportare la spesa sanitaria pubblica entro il tetto di spesa del Fondo sanitario nazionale (Fsn)

alla graduatoria troviamo Valle d'Aosta e Bolzano) e 6,2 per le donne (stavolta Bolzano appare la più favorevole, mentre la Valle d'Aosta si conferma ultima con il più basso valore di età mediana alla morte).

Queste evidenze, che pure andrebbero approfondite con studi ad hoc, suggeriscono la necessità di effettuare uno studio ordinato per singole patologie con l'intento di verificare se una precoce mortalità in alcune Regioni, indipendentemente dai livelli quantitativi, possa essere effettivamente indice di una minore efficacia dell'intervento sanitario, oppure se sia spiegabile attraverso fattori di tipo epidemiologico o addirittura sociale.

EFFICIENZA

Dal 1992 in Italia è stato adottato il sistema di finanziamento delle Aziende ospedaliere a Drg. L'adozione del pagamento prospettico è un elemento della più generale volontà di introdurre elementi competitivi nel sistema di erogazione. Sostenere che nel sistema italiano si sia realizzato un meccanismo competitivo fra erogatori, tuttavia, appare secondo il Ceis "quanto meno opinabile".

L'analisi delle delibere di assegnazione dei fondi regionali, infatti, secondo gli autori ribadisce che "la ricerca dell'efficienza non passa per meccanismi competitivi, bensì per un controllo finanziario direttamente proporzionale alla importanza del vincolo di bilancio. Più le Regioni sperimentano disavanzi rilevanti, più tendono a gestire in modo accentrato la destinazione delle risorse; solo Regioni (storicamente) a basso livello di disavanzo si possono permettere il 'rischio' di affidarsi al 'mercato' per (almeno in parte) l'allocazione delle risorse agli erogatori".

La questione è, quindi, se si sia davanti al fallimento del meccanismo competitivo per ragioni strutturali (ad esempio la mancanza di sanzione economica per le strutture pubbliche, che in Italia rappresentano una quota elevatissima dell'offerta totale) o per ragioni congiunturali: il sospetto è che una situazione di sostanziale equilibrio finanziario sia condizione necessaria, ancorché non sufficiente, per innescare un meccanismo competitivo virtuoso.

In termini operativi, sono molte le strategie con cui si tenta di perseguire una maggiore efficienza del sistema. In particolare, il Ceis si riferisce alla integrazione delle cure, che rappresenta un punto debole dei sistemi in tutti i Paesi industrializzati acuito dall'invecchiamento della popolazione e dalla conseguente maggiore quantità di malattie croniche, ma anche allo sviluppo tecnologico che richiede un maggior coordinamento terapeutico. L'attuale sistema tariffario basato

sui Drg risulta inadeguato a valutare questo tipo di situazioni, alle quali corrispondono forme di assistenza differenziata e articolata.

EMPOWERMENT

Dal Rapporto Ceis emerge come il governo della domanda nel settore sanitario non possa prescindere dal governo dell'offerta, che parte dall'analisi dei bisogni e dei consumi per indirizzare la produzione verso output appropriati e socialmente prioritari. Questo in considerazione del fatto che in sanità è generalmente riconosciuto che è proprio l'offerta ad orientare la domanda. Per poter governare la domanda nel senso appena descritto, esiste una serie di strumenti, diretti e indiretti, da utilizzare in combinazione tra loro ai vari livelli di governo e in particolar modo a livello regionale e locale. Gli strumenti diretti, che in larga parte fanno leva sui prezzi (come ad esempio le misure di compartecipazione alla spesa), sono stati già utilizzati e se ne conoscono efficacia e limiti.

Viceversa la prevenzione, l'educazione e la promozione della salute sono strategie ancora carenti e delle quali non si conosce la valutazione del rapporto costo-efficacia.

Importanti e utili si dimostrano gli strumenti indiretti, vale a dire quegli interventi di organizzazione dell'offerta che interessano direttamente gli operatori sanitari ma che, indirettamente, contribuiscono ad una certa selezione della domanda, eliminando quella "impropria" e orientando quella "propria" verso un particolare fornitore e/o un certo percorso curativo in base ai principi della Evidence Based Medicine (Ebm) e ai criteri di priorità: potenziamento della medicina territoriale, percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali, criteri di priorità.

Insomma, l'attenzione verso il tema del governo della domanda sanitaria è alta e ci si impegna nell'utilizzo degli strumenti a disposizione, ma occorrerebbe una maggiore capacità di utilizzo di alcuni di essi, e soprattutto appare necessario un quadro coerente di integrazione di tutti gli strumenti, così come un sistema di monitoraggio e di analisi ex post della loro reale efficacia.

EQUITÀ

Come nelle precedenti edizioni, anche quest'anno nel Rapporto viene stilato l'indice di equità nella distribuzione degli oneri sanitari tra la popolazione, con particolare riferimento all'incidenza sui bilanci familiari di spese sanitarie effettuate al di fuori della copertura del Ssn. Questa valutazione viene fatta impiegando l'indice di "impoverimento" e di "catastroficita".

Sono quasi 300 mila le famiglie italiane che cadono sotto la soglia di povertà per far fronte a spese conseguenti a disabilità e agli oneri derivanti dal sistema del ticket regionale e dall'acquisto di farmaci non rimborsabili.

Il fenomeno è più evidente in Calabria con il 3,4% delle famiglie cadute in povertà, seguita dall'Abruzzo con il 2,7%. Meno colpite la Lombardia con l'0,5% delle famiglie e il Veneto con l'0,8%.

Inoltre altre 940 mila famiglie, pari al 4,2% del totale, subiscono gravi danni economici a causa di spese sanitarie "catastrofiche", ovvero superiori al 40% della propria capacità di spesa. In questo caso, accanto a quelle sostenute per malattie croniche o invalidanti, a colpire il portafoglio familiare sono soprattutto le spese odontoiatriche.

Un fenomeno che vede ancora la Calabria in vetta con l'11,7% delle famiglie, cui fa riscontro la Toscana dove solo l'1,5% delle famiglie è colpito. A queste condizioni si può quindi supporre che la natura di assicurazione sociale (universale) del Ssn italiano sia quanto meno incompiuta.

In generale, la popolazione italiana spende "in proprio" in ambito sanitario fondamentalmente per l'acquisto di farmaci (in larga misura per effetto dei ticket). Questo denota un fallimento della politica delle esenzioni, probabilmente derivante dalla quota fissa per ricetta che rimane comunque a carico della famiglia.

Seguono l'assistenza specialistica, la disabilità e l'ospedalità, mentre per le cure odontoiatriche si nota un ef-

fetto "rinuncia" tra le fasce meno abbienti della popolazione.

L'accesso alle cure (in particolare le liste di attesa), le politiche di compartecipazione e le connesse esenzioni, l'adeguata copertura per le cure odontoiatriche e per la disabilità sono quindi tre fattori prioritari per rendere realmente compiuto il disegno universalistico del Sistema sanitario nazionale italiano.

Principali strumenti di governo della domanda che le Regioni e Asl dichiarano di utilizzare (% su totale delle risposte di Asl e Regioni. Il totale non sarà il 100% perché erano possibili più risposte)

	Regioni	Asl
Compartecipazione alla spesa	80,00%	75,00%
Liste di attesa	80,00%	65,63%
Educazione sanitaria	80,00%	87,50%
Empowerment del cittadino	40,00%	21,88%
Restrizione delle prestazioni	20,00%	37,50%
Potenziamento della medicina territoriale	100,00%	84,38%
Criteri di priorità	80,00%	84,38%
Altri strumenti	20,00%	6,25%

Fonte: elaborazione Ceis su dati raccolti tramite questionario, anno 2005

QUALITÀ

Per quanto concerne il miglioramento della qualità, il Ceis evidenzia come essa possa essere perseguita in diversi modi. L'analisi delle esperienze di alcune importanti strutture sanitarie mostra, secondo gli autori, come utilizzando più approcci e modelli (accreditamento, audit organizzativo etc.) implementati in tempi e modalità che tengono conto del contesto di riferimento, si possa perseguire efficacemente la qualità aziendale.

Fra le questioni connesse alla qualità delle strutture sanitarie sta inoltre emergendo con prepotenza la questione della sicurezza e del *risk management*. Analizzando gli sviluppi a livello sia italiano che internazionale, il Ceis mostra come sia ormai piuttosto diffusa la consapevolezza dell'esistenza di un rischio connesso all'attività clinica, ma nello stesso tempo si conosca ancora poco della diffusione degli eventi avversi e del relativo impatto economico. Le stime più attendibili parlano di eventi avversi in percentuali che vanno dal 3,0%

Famiglie italiane in difficoltà economica per spese sanitarie extra Ssn

Regione	Fam. che cadono sotto soglia povertà %
Calabria	3,4
Abruzzo	2,7
Basilicata	2,5
Campania	2,2
Puglia	2,1
Sicilia	2,0
Sardegna	1,9
Molise	1,9
Umbria	1,8
Friuli Venezia Giulia	1,4
Emilia Romagna	1,4
ITALIA	1,3
Marche	1,1
Lazio	1,0
Trentino Alto Adige	0,9
Liguria	0,9
Piemonte Valle d'Aosta	0,9
Toscana	0,9
Veneto	0,8
Lombardia	0,5

Famiglie italiane in difficoltà economica per spese sanitarie extra Ssn

Regione	Fam. che sostengono spese catastrofiche %
Calabria	11,7
Sicilia	9,7
Basilicata	8,4
Molise	8,4
Abruzzo	7,3
Puglia	6,7
Campania	6,4
Friuli Venezia Giulia	4,9
Sardegna	4,3
ITALIA	4,2
Umbria	4,1
Trentino Alto Adige	3,7
Piemonte-Valle d'Aosta	3,6
Liguria	3,1
Emilia Romagna	2,9
Lombardia	2,4
Marche	2,3
Veneto	2,0
Lazio	1,5
Toscana	1,3

a oltre il 16,0% dei ricoveri. In ogni caso l'impatto economico è rilevante: basti pensare che il National Health System britannico eroga risarcimenti per 400 milioni di sterline annui.

Ci sono evidenti ragioni di natura finanziaria, etica e sociale per considerare tale questione meritevole di intervento e per attivare misure di gestione del rischio nelle aziende sanitarie: il concetto di *risk management* si è ormai evoluto e tende a contemperare gli aspetti dell'attività clinica, quelli economico-finanziari e quelli relativi al contenzioso.

Molti Paesi europei hanno già predisposto proprie soluzioni istituzionali: alcuni di essi si sono focalizzati sui modelli di gestione del contenzioso, altri sulle soluzioni assicurative, altri ancora sono riusciti a sviluppare programmi integrati per la gestione del rischio che unificassero questi vari aspetti. Sono stati inoltre attivati alcuni sistemi nazionali di incident reporting.

A livello italiano le singole Regioni hanno promosso una molteplicità di iniziative, spesso focalizzate nell'istituzione della figura del *risk manager* a livello aziendale. Si tratta, in ogni caso, di interventi estremamente eterogenei, in alcuni casi attinenti esclusivamente agli aspetti legali e finanziari del rischio, in altri integrando le competenze cliniche e quelle manageriali. Secondo il Ceis, inoltre, sembra che le iniziative suddette si stanno sviluppando senza che tuttavia venga valutata l'efficacia degli interventi. Sarebbe, inoltre, necessaria una riflessione scientifica sull'efficienza delle soluzioni assicurative e sulle modalità con cui vengono trasferiti i rischi.

Si tratta di un tema fondamentale per chiarire le dinamiche tra i due sistemi che sono in grado di garantire la tenuta delle organizzazioni sanitarie. In particolare risulterebbe utile che le aziende sanitarie fossero in grado di distinguere i rischi eliminabili, quelli assicurabili e quelli efficientemente assicurabili.

ORGANIZZAZIONE

Gli aspetti che interessano l'organizzazione dei sistemi sanitari sono molteplici e hanno un ruolo che si sta dimostrando sempre più cruciale nel garantire efficienza ed efficacia dei servizi.

In questa sezione il Rapporto analizza diversi temi, a partire dal contributo alla tutela sanitaria delle forme di assicurazione sanitaria individuale e collettiva.

Il tema, ed in particolare quello della cosiddetta "sanità integrativa", è attualmente trascurato, seppure le pressioni finanziarie sul sistema, la necessità di rivedere la struttura delle compartecipazioni e delle esenzioni, l'opportunità di aumentare la libertà di scelta, indichino

(in accordo con alcune indicazioni a livello europeo) che il secondo pilastro è utile se non necessario.

Dall'attuale quadro del mercato delle assicurazioni sanitarie, emerge una scarsa redditività del ramo "malattia" dovuta a diversi fattori come la difficile gestione dei fenomeni inflattivi sui costi sanitari, la concentrazione degli assicurati su classi di età tendenzialmente elevate ed un generale fenomeno di selezione avversa. Inoltre si evidenzia come le prestazioni garantite dalle polizze di assicurazione sanitaria integrativa siano sostanzialmente duplicative di quelle offerte dal Ssn, ma anche che la spesa *out of pocket* delle famiglie assicurate sia maggiore di quella delle famiglie non assicurate. La promozione dell'assistenza sanitaria integrativa, attraverso opportuni interventi che ne incoraggino l'ac-

quisto, comporterebbe invece un ampliamento della popolazione assicurata: un obiettivo socialmente rilevante, stante la elevata quota di spesa *out of pocket* che caratterizza il sistema italiano. Permetterebbe, inoltre, una diversa politica dei rimborsi del settore pubblico, che attualmente fissa congiuntamente sia il "prezzo" della prestazione, sia la sua quota di rimborso, con effetti potenzialmente distorsivi sul mercato, specialmente sul versante della qualità.

Lo sviluppo della sanità integrativa contribuirebbe, infine, a ridurre gli effetti dell'antiselezione permettendo alle Compagnie di assicurazione di sviluppare la loro offerta attraverso premi più contenuti, favorendo così il finanziamento e l'accesso alle cure degli assicurati.

Spesa sanitaria per fonte di finanziamento nel mondo (Anno 2003, dati in percentuale)

Paese	spesa sanitaria pubblica	pagamenti out of pocket	assicurazione privata
Rep. Slovacca	88	12	0
Rep. Ceca	90	8	-
Francia	76	10	13
Olanda	62	8	17
Germania	78	10	9
Lussemburgo*	85	12	1
Irlanda*	75	13	5
Stati Uniti	44	14	37
Norvegia	84	16	0
Canada	70	15	13
Danimarca	83	16	1
Islanda	84	17	0
Nuova Zelanda	79	16	6
Giappone*	82	17	0
Austria*	70	18	7
Australia*	68	21	8
Finlandia	77	19	2
Italia	75	21	1
Spagna	71	24	4
Ungheria*	70	28	0
Polonia*	72	28	0
Svizzera	59	32	9
Corea*	49	42	2
Messico	46	51	3

* Anno 2002

Fonte: Oecd Health Data 2005

Stima del valore di compartecipazione alla spesa sanitaria a livello regionale*

Regione	Valori assoluti (miliardi di euro)			Valori pro-capite (in euro)		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Piemonte	0,13	0,70	0,63	30,8	164,3	147,9
Valle D'Aosta	0,01	0,03	0,03	32,9	175,7	158,1
Lombardia	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
P.A. Bolzano	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
P.A. Trento	0,00	0,00	0,00	0,9	4,7	4,2
Veneto	0,00	0,00	0,00	0,0	0,3	0,2
Friuli V.G.	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Liguria	0,07	0,35	0,32	41,1	219,4	197,5
Emilia Romagna	0,01	0,05	0,04	2,3	12,2	11,0
Toscana	0,12	0,65	0,59	34,9	186,4	167,7
Umbria	0,02	0,08	0,08	18,3	97,8	88,0
Marche	0,04	0,20	0,18	26,3	140,0	126,0
Lazio	0,25	1,35	1,21	47,6	253,9	228,5
Abruzzo	0,06	0,32	0,29	45,7	243,5	219,2
Molise	0,01	0,06	0,05	36,0	191,8	172,6
Campania	0,46	2,43	2,18	78,3	417,4	375,7
Puglia	0,00	0,00	0,00	0,0	0,0	0,0
Basilicata	0,01	0,07	0,07	23,6	125,7	113,2
Calabria	0,01	0,06	0,06	5,8	31,0	27,9
Sicilia	0,22	1,17	1,05	42,9	228,9	206,0
Sardegna	0,09	0,47	0,42	53,7	286,6	258,0
Italia	1,50	8,00	7,20	26,0	138,5	124,7

(*) valori simulati

GERMANIA

Al via la privatizzazione degli ospedali universitari

Il mese scorso il presidente dell'Assia, uno dei sedici Stati federali della Germania, ha annunciato la vendita del policlinico universitario Giessen-Marburg alla catena ospedaliera tedesca Rhon-Klinikum per 112 milioni di euro; lo Stato manterrà una quota del 5% a salvaguardia della ricerca accademica e della formazione medica.

Il policlinico universitario Giessen-Marburg è il risultato di una recente fusione di due ospedali universitari ubicati nelle due cittadine omonime, a distanza di 30 km l'una dall'altra, e impiega uno staff di circa 10 mila persone. La sua vendita viene vista come un modello per future privatizzazioni, due terzi dei 34 ospedali universitari tedeschi infatti hanno bilanci più o meno deficitari. L'ospedale di Marburg è stato recente rimodernato mentre quello di Giessen dovrà affrontare lavori di ristrutturazione per circa 200 milioni di euro e il gruppo Rhon-Klinikum ha già annunciato che su entrambe le strutture investirà un totale di 370 milioni di euro.

La catena ospedaliera, che in Germania gestisce 41 ospedali con oltre 12 mila letti e conta 21 mila dipendenti, ha già acquisito una certa esperienza nel partenariato con la medicina accademica, infatti dal 1994 possiede l'ospedale universitario di cardiologia di Lipsia.

Alle preoccupazioni circa le difficoltà di coniugare i principi della ricerca e della formazione medica con il profitto, il premier assiano Kock ha risposto che la libertà della ricerca è stata salvaguardata e che comunque è nell'interesse del nuovo proprietario fare di questo policlinico il proprio fiore all'occhiello. Lo Stato ha pianificato un fondo di 100 milioni di euro per la ricerca, circa 4 milioni di euro l'anno che andranno ad aggiungersi ai regolari finanziamenti erogati alla Facoltà di medicina. Il Rhon-Klinikum inoltre ha previsto di investire nella medicina accademica altri 2 milioni di euro.

Lo staff del policlinico universitario e la dirigenza medica hanno accolto positivamente la privatizzazione considerandola un'opportunità per elevare gli standard clinici e scientifici. Inoltre, il contratto sospende il licenziamento degli esuberanti fino alla fine del 2010.

Sulla scia di quest'esperienza anche altri Stati, come la Baviera, stanno prendendo in considerazione la privatizzazione degli ospedali universitari. Il prossimo potrebbe essere uno dei due policlinici di Monaco, di proprietà della Munich Technical University.

SVIZZERA

Suicidio assistito: per la prima volta consentito in un ospedale pubblico

L'ospedale universitario di Losanna è il primo d'Europa a permettere che i pazienti affetti da malattie incurabili possano porre fine alla propria vita su un letto d'ospedale. Il cosiddetto "suicidio assistito" è consentito solo ai malati capaci di intendere e di volere.

La decisione del Lausanne University Hospital, giunta dopo un dibattito interno durato due anni, ha riaperto la discussione sui limiti del coinvolgimento di medici e ospedali in questa materia.

Per il diritto svizzero l'istigazione e l'aiuto al suicidio non sono perseguibili, a condizione che non avvengano per motivi egoistici, non devono cioè sussistere interessi personali di qualsivoglia natura. L'aiuto di chi assiste al suicidio può consistere nel mettere a disposizione un mezzo letale, ma potrebbe anche essere inteso come un sostegno psichico. Un aspetto importante della normativa è che tra i prerequisiti non viene prevista né l'esistenza di una malattia terminale né il coinvolgimento di un medico (a differenza di quanto previsto da Olanda, Belgio e dallo Stato dell'Oregon ove il coinvolgimento del medico è considerato una garanzia necessaria). La disposizione si riferisce infatti a tutte le persone, a prescindere dalla professione e dal coinvolgimento istituzionale, il medico può, quindi, in quanto privato cittadino aiutare un malato a morire, ma la legge non gli riconosce uno specifico status. Nelle direttive etico-mediche dell'associazione elvetica che raggruppa i camici bianchi è espressamente affermato che il suicidio assistito "non rientra nell'attività del medico", anche se in determinate situazioni i medici possono decidere secondo la propria coscienza di assistere un paziente nel suicidio (www.nekcne.ch/it/pdf/br_suizid_f_internet_it.pdf). Negli ospedali, finora, il suicidio assistito era vietato e i pazienti ricoverati che intendevano ricorrervi dovevano tornare a casa o andare in speciali strutture create da gruppi per l'eutanasia volontaria come Exit o Dignitas.

"Non vogliamo certo incoraggiare i pazienti a porre

fine alla propria vita - ha affermato Alberto Crespo, direttore per gli affari legali ed etici dell'ospedale di Losanna - ma non sta a noi decidere se una persona debba vivere o morire. Come ospedale siamo tenuti a rispettare la volontà del paziente. Si tratta di una questione estremamente delicata e prima di prendere questa decisione ne abbiamo discusso con medici, infermieri, esperti di etica e preti".

I prerequisiti sono che il paziente abbia espresso una volontà di morire insistente e costante nel tempo, sia nel pieno possesso delle sue facoltà, sia affetto da una malattia incurabile e compia egli stesso l'atto finale. Il dottor Crespo ha precisato che nessun medico dell'ospedale verrà coinvolto nell'aiutare chi intenda compiere il suicidio, ma che ai medici dell'organizzazione Exit verrà consentito di lavorare nella struttura. A chi sostiene che l'ospedale verrà inondato dalle richieste di quanti vogliono porre fine ai loro giorni, Crespo ha risposto che non verranno accettati quei pazienti che vogliono essere ricoverati solo ai fini del suicidio assistito e nemmeno le persone che provengono dall'estero.

Sulla decisione dell'ospedale di Losanna, la Swiss Academy of Medical Sciences non ha ancora espresso una posizione ufficiale, anche se il segretario generale, Margrit Leuthold, ritiene che vi siano "situazioni in cui non c'è alcun senso che i pazienti terminali siano costretti a tornare a casa perché non possono morire in ospedale".

Il dibattito sulla questione sta coinvolgendo anche altri ospedali importanti, come i policlinici universitari di Berna e Zurigo. Inoltre, la commissione etica dell'ospedale di Ginevra ha raccomandato che ai gruppi per l'eutanasia volontaria sia consentito di lavorare all'interno delle strutture ospedaliere.

La Commissione nazionale di etica ha avallato a grandi linee la decisione dell'ospedale di Losanna, affermando però che il suicidio assistito dovrebbe essere permesso solo in circostanze eccezionali e ne ha sottolineato le differenze rispetto all'eutanasia (che in Svizzera è illegale).

REGNO UNITO

Nhs: il paziente potrà scegliere l'ospedale migliore

Una grande novità è stata introdotta nel National Health Service, il Ssn britannico: dal 2 gennaio scorso i pazienti che devono sottoporsi a un intervento chirurgico hanno la possibilità di scegliere tra 4 strutture ospedaliere, comprese le cliniche private, anche se questa opzione non è ancora possibile in tutto il Paese. Finora, ricorrere a una struttura pubblica diversa da quella più vicina era impossibile per i cittadini inglesi.

I pazienti potranno trovare informazioni dettagliate sulle strutture e le loro performance, come le liste d'attesa, gli interventi cancellati, i tassi di resistenza alle infezioni da stafilocco aureus ecc. nei nuovi opuscoli predisposti dal ministero della Sanità.

Il ministro della Sanità, Patricia Hewitt, ammette il rischio che gli ospedali più popolari possano essere subissati di richieste, con il conseguente acuirsi del problema delle liste d'attesa, ma, precisa: "a tutti verrà garantita la possibilità di accedere alle cure entro sei mesi e molti potrebbero scartare l'ospedale di prima scelta optando per un'altra struttura che garantisca il ricovero in tempi più rapidi".

Questa riforma, che si inserisce nel quadro di una nuova concezione che pone come centrali i diritti del paziente sulle proprie cure, pare abbia stentato a decollare a causa dei ritardi nell'avvio del sistema di prenotazione elettronica "choose and book", che consente ai medici di famiglia di prenotare via computer visite e interventi presso le strutture prescelte. Il sistema, del tipo *lastminute.com* utilizzato dagli operatori turistici, è infatti decollato con un anno di ritardo rispetto al previsto, e attualmente è stato utilizzato almeno una volta solo da meno del 25% dei medici di famiglia. Secondo il sottosegretario alla Sanità Lord Warner, tuttavia, il sistema di prenotazione elettronica è sì utile ma non indispensabile ai fini dell'affermazione della "patient choice" (la scelta del paziente) punto chiave della riforma del Nhs. Inoltre, sottolinea il sottosegretario, ci si aspetta che il cittadino-paziente faccia affidamento sui consigli del proprio medico di famiglia anche nella scelta di un provider.

La riforma, fortemente sostenuta dal governo, non ha riscosso un consenso unanime, ma "il fatto che vi sia un rumoroso gruppo di medici di famiglia che non la veda di buon occhio non deve accreditare l'opinione che vi sia una forte opposizione, perché la maggior parte dei medici di famiglia è favorevole" afferma David Colin-Thome, direttore nazionale per la medicina di base.

Secondo un'indagine pubblicata nel 2004 dal ministero della Sanità ("First patient offered choice in the GP surgery", disponibile sul sito <http://www.dh.gov.uk>), relativa alle scelte dei cittadini britannici sulle strutture ospedaliere, il 68% delle persone di almeno 40anni opterebbe per un ospedale più lontano rispetto alla sua zona di residenza, se potesse ottenere un ricovero in tempi dimezzati. Tra i fattori determinanti la scelta, le liste d'attesa e la pulizia delle strutture.

Dall'indagine, che si basa su studi condotti in alcune aree pilota in cui ai pazienti è stata offerta la possibilità di accedere all'ospedale di riferimento del proprio medico di famiglia, ha messo in luce che: i pazienti prendono comunque in considerazione l'opzione di un'altra struttura, anche se hanno già scelto di ricoverarsi nell'ospedale di zona; la possibilità di scegliere la struttura di ricovero non influisce sui tempi di consultazione del medico di famiglia; sia i pazienti che i medici esigono un'informazione accurata e chiara per poter effettuare la scelta migliore.

"Questa come altre indagini confermano come l'informazione sia essenziale per i cittadini ai fini di un'effettiva scelta" - affermava l'ex ministro della Sanità John Hutton - "Stiamo facendo grandi investimenti nell'information technology e nella comunicazione sanitaria per fare in modo che il paziente possa contare sul fatto di avere l'informazione giusta al momento giusto".

La retribuzione del dirigente medico

di Vincenzo Bottino*

LA NORMATIVA GENERALE

Nel nostro ordinamento il trattamento economico dei dirigenti è oggi l'unico elemento del rapporto di lavoro dirigenziale regolato espressamente dal contratto individuale (art. 19, c. 2, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dalla L. 15 luglio 2002, n. 145).

Tale disposizione stabilisce, nella parte che interessa, che «*al provvedimento di conferimento dell'incarico accede un contratto individuale con cui è definito il corrispondente trattamento economico, nel rispetto dei principi definiti dall'articolo 24*».

In sostanza, il datore di lavoro pubblico si garantisce, a fronte di un adeguato corrispettivo economico, la condivisione di un progetto e l'impegno a raggiungere gli obiettivi programmati; il dirigente, dal canto suo, a fronte di un compenso modellato sulle proprie richieste, accetta il rischio professionale connesso all'incarico. In tale ottica, la contrattualità dei rapporti di lavoro dirigenziali, e del rapporto di incarico in particolare, riveste il ruolo di strumento riequilibratore del sistema.

La contrattazione collettiva offre la griglia di protezione della posizione retributiva di base del dirigente, sulla quale si innesta la retribuzione contrattata in funzione dell'incarico.

In particolare, il legislatore deferisce al contratto individuale il compito di determinare, relativamente ai dirigenti incaricati di uffici dirigenziali di livello generale, «*il trattamento economico fondamentale, assumendo come parametri di base i valori economici massimi contemplati dai contratti collettivi per le aree dirigenziali*» (art. 24, c. 2, D.Lgs. n. 165/2001).

In ogni caso, il trattamento economico determinato in sede contrattuale "remunera" tutte le funzioni e i compiti attribuiti ai dirigenti, nonché qualsiasi incarico ad essi conferito in ragione del loro ufficio o comunque conferito dall'amministrazione presso cui prestano servizio o su designazione della stessa (art. 24, c. 3, primo periodo, D.Lgs. n. 165/2001).

La legge aggiunge che i compensi dovuti al dirigente da terzi sono versati direttamente all'amministrazione di appartenenza, con destinazione dei relativi importi nelle risorse destinate al finanziamento del trattamento economico accessorio della dirigenza (art. 24, c. 3, secondo periodo, D.Lgs. n. 165/2001).

Si afferma, dunque, con tali disposizioni, il c.d. carattere "onnicomprensivo" del trattamento economico del personale con qualifica dirigenziale.

LA NORMATIVA DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nello specifico, la determinazione del trattamento economico dei dirigenti sanitari, secondo quanto previsto per tutti i rapporti di lavoro pubblico "contrattualizzati" (art. 2, comma 3, D.Lgs. n. 165), è rimessa integralmente all'autonomia collettiva ed individuale la quale - esercitando la propria facoltà regolativa in materia - ha definitivamente eliminato le disposizioni legislative, regolamentari e amministrative contenenti incrementi o specifiche voci retributive, con progressivo riassorbimento di tali componenti nella struttura retributiva contrattuale secondo le modalità e nelle misure previste dai contratti collettivi.

Tale scelta, ha determinato, come effetto, l'indicazione da parte della contrattazione collettiva nazionale dell'area della dirigenza medica e veterinaria di una disciplina esauriente ed articolata di tutta la materia retributiva.

In particolare, il sistema retributivo del dirigente sanitario assume una peculiare connotazione poiché si presenta articolato in una struttura tipo ed in tre, diverse, strutture speciali, in ragione del fatto che si tratti di «nuovi» o «vecchi» dirigenti, ed in questo secondo caso fra dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo o non esclusivo.

Tale articolazione contrattuale della struttura retributiva si è resa

necessaria, da un lato, per salvaguardare i risultati quantitativi del trattamento economico fisso raggiunti dai dirigenti al momento dell'entrata in vigore del decreto legislativo n.502 del 1992 (c.d. decreto "Bindi"), dall'altro, per incentivare la scelta a favore del rapporto di lavoro esclusivo.

Ne discende, dunque, un modello retributivo alquanto variegato. Infatti, da una parte, vi è il trattamento economico fondamentale applicabile ai dirigenti medici assunti dopo il 31 luglio 1999, il quale comprende le seguenti voci stipendiali (art. 33 Ccnl 2002-2005):

- stipendio tabellare
- indennità integrativa speciale
- indennità di specificità medico-veterinaria
- retribuzione individuale di anzianità (R.I.A.), ove acquisita
- retribuzione di posizione (nelle due quote fissa e variabile nel minimo contrattuale)
- assegni personali, ove spettanti.

Dall'altra parte vi sono tre distinti modelli retributivi per dirigenti sanitari già in servizio alla data del 31 luglio 1999, a seconda della loro collocazione professionale e dell'eventuale opzione per l'attività extra-muraria.

Per quanto riguarda i dirigenti medici inquadrati nell'ex secondo livello, il trattamento economico è così articolato (art. 38 Ccnl 1998/2001):

- stipendio tabellare e indennità integrativa speciale
- assegno personale
- indennità di specificità medica maggiorata a titolo personale e non riassorbibile
- specifico trattamento economico in atto goduto
- indennità ridotta di incarico di direzione di struttura complessa.

Con riferimento ai lavoratori sanitari appartenenti alle ex due qualifiche (a seconda dell'anzianità superiore o inferiore ai cinque anni) del IX livello e alle due qualifiche del X livello (qualificato e non), in servizio al 5 dicembre 1996, è stata garantita fra le stesse una progressiva equiparazione del trattamento economico sia fondamentale (stipendio tabellare, indennità integrativa speciale, retribuzione di posizione fissa), sia accessorio (art. 41 Ccnl 1998-2001).

Infine, ai dirigenti medici con rapporto di lavoro non esclusivo, esercenti la libera professione *extra-moenia* che abbiano subito la revoca degli incarichi direttivi con effetto dal 15 marzo 2000, spettano le stesse voci retributive base secondo la distinzione di dirigenti assunti prima e dopo il 31 luglio 1999, mentre non è dovuta l'indennità di esclusività, la retribuzione di risultato e lo specifico trattamento economico. Inoltre, la retribuzione di posizione è ridotta del 15% con riferimento alla parte fissa e del 50% quanto alla parte variabile in godimento (art. 45 Ccnl 1998-2001).

Per quanto riguarda, invece, il trattamento economico accessorio, strettamente correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità del risultato, la disciplina è tendenzialmente unitaria per il personale dirigenziale, indipendentemente dalla costituzione del rapporto.

Il trattamento accessorio comprende i seguenti emolumenti (art. 33 Ccnl 2002-2005):

- retribuzione di posizione variabile (eccedente il minimo contrattuale ed articolata in base alla graduazione delle funzioni)
- retribuzione di risultato e premio qualità
- retribuzione legata alle particolari condizioni di lavoro, ove spettante
- indennità di incarico di direzione di struttura complessa.

Inoltre, il contratto collettivo prevede penalizzazioni economiche a carico del personale che nel triennio non ha conseguito il numero minimo di crediti formativi, non assolvendo, in tal modo, al proprio obbligo di aggiornamento professionale e formazione permanente.

*Anao-Cref
Servizio Tutela Lavoro

PREVIDENZA

Cresce la retribuzione pensionabile

Le aliquote di rendimento relative al calcolo dei trattamenti pensionistici sono dei coefficienti percentuali che si applicano, nel sistema retributivo, all'importo stipendiale in corso al momento del pensionamento ovvero alla media delle retribuzioni degli ultimi anni.

Mentre l'aliquota per i dipendenti del settore privato era, da sempre, del 2 per cento costante, per ogni anno di attività lavorativa, tale condizione è stata introdotta per i dipendenti degli enti locali e della sanità dal 1995. Infatti per quest'ultimi erano previsti dei coefficienti diversi a seconda degli anni di servizio maturati ed utili a fini previdenziali. In pratica, mentre per i dipendenti privati con quarant'anni di contribuzione, il massimo pensionistico era rappresentato dall'80% (2% x 40 anni) dello stipendio al momento della quiescenza, i medici iscritti alla Cassa pensione sanitarie la componente infermieristica e amministrativa dipendente dalle Asl potevano raggiungere il 100% dell'ultimo stipendio. Infatti il coefficiente non era del 2% costante, ma aumentava, ad esempio, al 3% da 30 a 35 anni, ed addirittura al 4% per gli anni, da 36 a 40, di anzianità di servizio utili a pensione.

Ma le riforme previdenziali, che si sono succedute nel tempo, non si sono limitate a equiparare i rendimenti, a livello più basso, hanno realizzato anche una riduzione dell'aliquota secondo la fascia di retribuzione annua pensionabile. Se infatti l'aliquota di rendimento è del 2% fino ad un certo importo, per le fasce di importi maggiori si riduce progressivamente sino a raggiungere, addirittura, una aliquote dell'0,90%!

Le fasce di retribuzione pensionabile a cui collegare l'aliquota differenziata per il calcolo della pensione vengono adeguate ogni anno, in relazione alla cosiddetta scala mobile delle pensioni, che si basa sull'inflazione dell'anno precedente. Poiché l'inflazione dell'anno 2005 è stata fissata, in via provvisoria, in un + 1,7%, il tetto della retribuzione pensionabile si accresce di 656 euro rispetto a quello previsto per l'anno precedente. Maggiorato il tetto del 2005 dell'1,7% il plafond 2006 sale da 38.641,00 a 39.297,00 euro. Questa fascia di reddito prevede,

per tanto, che sia trattata con una aliquote di rendimento intera del 2%. Per le fasce superiori l'aliquota si ridurrà progressivamente all'1,5% per la fascia eccedente il 33%, ossia la quota di retribuzione compresa fra 39.297,00 e 52.256,01 euro; all'1,25% per la fascia compresa fra il 33 e il 66%, e cioè per la quota compresa fra i 52.256,01 e i 65.233,02 euro; all'1% per l'ulteriore fascia di retribuzione annua pensionabile eccedente il 66%, ovvero per la quota superiore ai 65.233,02 euro.

Queste percentuali valgono per la cosiddetta quota A della pensione, cioè quella relativa alle anzianità contributive maturate sino al 31 dicembre 1992. Per le anzianità maturate successivamente, per cui è previsto un periodo di riferimento sugli ultimi dieci anni (quota B) i rendimenti sono leggermente diversi. Fermo restando il 2% per la fascia di retribuzione fino al tetto, essi si riducono progressivamente all'1,6% per la fascia eccedente il 33% del tetto; all'1,35% per la fascia dal 33 al 66% eccedente il tetto; all'1,10% per la fascia compresa fra il 66 e il 90% eccedente il tetto; e infine allo 0,90% per la fascia eccedente il 90% del tetto.

Parimenti all'incremento del tetto di retribuzione pensionabile, per il 2005, aumenta anche il *tetto contributivo pensionabile*, introdotto dalla riforma "Dini" del 1995 per coloro che avranno la pensione calcolata con il sistema contributivo. Il tetto, fissato originariamente nel 1996 in 132 milioni, per effetto degli incrementi succeduti negli anni ed in particolare dell'ultimo, relativo all'inflazione provvisoria per il 2005 (1,7%), sale a 85.394 euro. Ricordiamo che gli interessati alla condizione del sistema contributivo sono coloro che sono stati assunti dopo il 31 dicembre 1995, ma anche coloro che dovessero optare a questo sistema di calcolo, con effetto, ovviamente, sui periodi successivi all'eventuale scelta. Per poter optare, tuttavia, occorre non essere nella condizione di poter vantare un'anzianità contributiva maggiore di 18 anni al 31 dicembre 1995, che invece pone l'interessato nel sistema interamente retributivo.

Claudio Testuzza

Le aliquote di rendimento per il 2006

Fascia di retribuzione annua pensionabile	Aliquota di rendimento	
	quota A	quota B
Fino a 39.297,00 euro	2%	2%
Da 39.297,00 a 52.265,01 euro	1,50%	1,60%
Da 52.265,01 a 65.233,02 euro	1,25%	1,35%
Da 65.233,02 a 74.664,30 euro	1,00%	1,10%
Oltre a 74.664,39 euro	1,00%	0,90%

N.B.

Quota A si riferisce alle anzianità contributive maturate sino al 31/12/1992
Quota B viene utilizzata per le anzianità contributive successive al 31/12/1992

Per i pensionati un incremento davvero modesto

Gli aumenti pensionistici non sono, da tempo, collegati all'aggiornamento degli stipendi di chi è in attività di servizio. Infatti i pensionati non beneficiano degli aumenti che i contratti di lavoro prevedono per i dipendenti. Per avere un incremento del trattamento, davvero modesto, il pensionato deve attendere l'inizio di ogni anno, per poter ricevere quella che viene definita, in una forma davvero roboante, "perequazione automatica". Si tratta, in pratica, della vecchia scala mobile che aumenta il trattamento sulla base dell'inflazione dell'anno precedente. Dal 1° gennaio di ogni anno, gli enti previdenziali provvedono ad aggiornare la pensione sulla base del presumibile valore inflativo registrato per l'anno trascorso. È questo un dato provvisorio, espresso da un decreto ministeriale pubblicato a fine novembre, essendo, invece, il valore definitivo registrato a fine d'anno. Se si attendesse la percentuale definitiva sarebbe impedito di poter procedere ad un aggiornamento a condurre dal 1° gennaio. Tuttavia se questo valore provvisorio risultasse inferiore a quanto stabilito definitivamente dall'Istat, gli enti previdenziali provvederebbero, nell'anno successivo, ad attivare il relativo conguaglio. I pensionati vantano, attualmente già un piccolo credito nei confronti degli enti di previdenza. Infatti quest'ultimi, all'inizio del 2005, avevano attribuito un aumento provvisorio nella misura dell'1,9%. Tale indicazione era basata sui dati dell'inflazione al settembre 2004. Invece l'indice effettivo registrato dall'Istat a fine anno si era, poi, attestato al 2 per cento. Un debito, dunque, di appena uno 0,1 per cento, che comunque dovrà essere onorato in occasione del pagamento della prima rata del 2006. Ovviamente l'indice definitivo dell'inflazione per il 2005 si conoscerà a fine dicembre.

Per le pensioni in pagamento dal 1° gennaio 2006, gli istituti previdenziali stanno provvedendo al rinnovo dei mandati sulla base del dato provvisorio che è stato indicato il 18 novembre dall'apposito decreto del ministero del Lavoro in concer-

to con quello dell'Economia (G.U. n.278 del 29/11/2005). Il dato dell'incremento è ancora più modesto di quello dell'inizio 2005: l'1,7 per cento. Una percentuale molto distante dagli aumenti reali del costo della vita!

Ma questo "aumento" non viene attribuito per intero a tutto l'importo pensionistico. Infatti il legislatore ha previsto che l'aliquota percentuale di aumento venga applicata in forma scalare, secondo fasce crescenti d'importo pensionistico. Al danno si aggiunge la beffa.

La "perequazione automatica" viene concessa in forma intera solamente per una minima parte dell'importo della pensione, mentre l'aumento viene ridotto per le quote superiori.

Nel 1997 l'articolo 59, comma 13, della legge 449 aveva stabilito che, per il triennio 1999-2001, il coefficiente di aggiornamento della quota eccedente l'ammontare pensionistico pari a cinque volte e sino ad otto volte il trattamento minimo Inps fosse ridotto al 30 per cento dell'indice di inflazione. Mentre, addirittura, nessuna indicizzazione sarebbe stata applicata alla fascia superiore ad otto volte il minimo. Dal 2001, invece di eliminare questa restrittiva norma, è stato, solamente, realizzato un suo parziale "raffreddamento". Il 100 per cento della perequazione automatica riguarderà l'importo pensionistico sino a tre volte il minimo. Esso, poi si riduce al 90 per cento dell'incremento sull'importo fra tre e cinque volte il trattamento minimo. E, infine, al 75 per cento, sulla quota eccedente cinque volte il trattamento minimo Inps.

Poiché il trattamento minimo Inps è per il 2006 pari a 427,58 euro, gli aumenti pensionistici dovrebbero aggirarsi, dal 1° gennaio 2006, intorno all'1,7% per la quota di pensione fino all'importo di 1261,29 euro; all'1,530% sulla fascia pensionistica tra 1261,29 e 2102,15 euro; e all'1,275 della quota pensionistica mensile eccedente i 2102,15 euro.

C.T.

segue dalla prima

FIRMATA LA PREINTESA

II BIENNIO ECONOMICO 2004-2005 : Medici a Rapporto Esclusivo Incrementi Mensili (x 13) su PARTI FONDAMENTALI della Retribuzione

	TABELLARE dal 1/01/2004	POSIZIONE UNIFICATA dal 1/01/2004	TABELLARE dal 1/02/2005	POSIZIONE UNIFICATA dal 1/02/2005	POSIZIONE UNIFICATA dal 31/12/2005	Totale incrementi dal 01/01/2006
Dir. S.C. Area Chirurgica	60,00	83,30	81,00	103,06	18,55	345,91
Dir. S.C. Area Medica	60,00	72,32	81,00	89,47	16,11	318,90
Dir. S.C. Area Territorio	60,00	66,90	81,00	82,77	14,90	305,57
Dir. S.S. o ex Modulo Funzionale	60,00	36,30	81,00	44,92	8,09	230,31
Dirigente incarico lett.c) art.27 CCNL 8 giugno 2000	60,00	36,30	81,00	44,92	8,09	230,31
Dirigente equiparato	60,00	0,00	81,00	0,00	0,00	141,00
Dirigente < 5 anni	60,00	0,00	81,00	0,00	0,00	141,00

ARRETRATI 2004-2005 DIRIGENTI MEDICI RAPPORTO ESCLUSIVO

	Arretrati da incrementi su TABELLARE	Arretrati da incrementi su POSIZIONE UNIFICATA	Una -Tantum 2004-2005	Totale
Dirigente Incarico Struttura Complessa: Area Chirurgica	2532,00	3673,18	627,08	6832,26
Dirigente Incarico Struttura Complessa: Area Medica	2532,00	3189,09	627,08	6348,17
Dirigente Incarico Struttura Complessa: Area Territoriale	2532,00	2949,21	627,08	6108,29
Dirigente Incarico Struttura Semplice o ex Modulo Funzionale DPR 384/1990	2532,00	1600,36	627,08	4759,44
Dirigente incarico lett.c) art.27 CCNL 8 giugno 2000 (N.B.)	2532,00	1600,36	627,08	4759,44
Dirigente equiparato	2532,00	0,00	627,08	3159,08
Dirigente < 5 anni	2532,00	0,00	627,08	3159,08

RECENSIONI



Giorgio Banchieri (a cura di)
**Confronti. Pratiche di benchmark
nella sanità pubblica italiana**
Italpromo Esis Publishing Editore
Pagine 288, euro 25,00

Il benchmarking è uno strumento orientato alla qualità e finalizzato a migliorare i processi operativi utilizzati in una azienda. Alla base c'è il metodo del confronto: individuato l'ambito che si intende migliorare, si cercano realtà simili che abbiano ottenuto buoni risultati in quel campo, fino ad individuare la migliore e ad analizzarne dettagliatamente le modalità e gli strumenti impiegati. Il passo successivo è quello di riportare nella propria realtà gli accorgimenti più utili: non "copiare", dunque, ma farsi stimolare dalle di-

verse esperienze già realizzate. D'altra parte il termine "benchmark" in inglese indica il segnale che marca una quota, un'altitudine, una cima, in senso metaforico un'esperienza alta e un modello.

Sono passati più di vent'anni dai primi tentativi timidi di importare nel nostro Paese la cultura della qualità in Sanità. Che cosa ci hanno insegnato questi anni? Il primo insegnamento è che, nonostante tutte le difficoltà e gli smarrimenti, il percorso verso la qualità dell'assistenza sanitaria in Italia è diventato via via sempre più consistente. È indubbio, infatti, che la cultura della qualità si sia sviluppata. Altro insegnamento che si può trarre passato quest'arco di tempo è che si è usciti dalle logiche volontaristiche per arrivare ad una buona quantità di esperienze istituzionali più che mai concrete che legano la valutazione a momenti decisionali strategici.

Favorire le conoscenze (vale a dire diffondere gli strumenti migliori per misurare la qualità dei servizi e dei loro risultati), significa anche avere la pazienza di raccogliere, analizzarle, sistematizzarle, ed offrirle ai lettori in modalità facilmente accessibili. "In questo senso - scrive nella presentazione al volume Carlo Liva, Responsabile qualità e accreditamento Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali - il libro Che Giorgio Banchieri ha curato rappresenta un'occasione rara, l'opportunità di conoscere un gran numero di esperienze italiane, realizzate nel nostro sistema sanitario, con le difficoltà quotidiane che tutti conosciamo, ma che hanno trovato qualcuno che ha saputo descrivere i problemi ed affrontarli, prospettando soluzioni riproducibili ed applicabili. Le esperienze raccolte toccano i diversi fattori della qualità con particolare attenzione agli aspetti gestionali, in una logica di sistema che ha comunque sempre presente i valori fondamentali del servizio sanitario nazionale".

Il volume curato da Giorgio Banchieri è un'antologia che si rivolge quindi alla ricerca della qualità in sanità, raccogliendo progetti compiuti in diverse aziende sanitarie e ospedaliere e analizzandone metodologia e risultati. Alla base del lavoro la convinzione che la qualità debba essere il vero criterio di valutazione per il mondo della sanità: "La grande sfida del futuro del nostro Paese - scrive nella prefazione al libro Andrea Gardini - è quella di superare le valutazioni dell'Istat e il Pil, o peggio ancora le valutazioni autoreferenziali del responsabile di turno di qualunque cosa, basate solo sulle proprie opinioni o su dati manipolati ad arte, per fondare la politica, e fra tutte la politica per la salute di una popolazione è quella più importante, su progetti e dati concreti".

E nella conclusione Gardini, che è il responsabile della Qualità dell'Azienda sanitaria unica delle Marche e uno dei massimi esperti italiani in materia, si concede un'immagine poetica: "Il ciclo della qualità assomiglia molto al ciclo della vita, grazie a Giorgio Banchieri per essersi sobbarcato la fatica di mettere queste cose assieme: è la testimonianza di una sanità che in Italia, nonostante tutto, lavora ancora con intelligenza, onestà, competenza ed entusiasmo".

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore

Serafino Zucchelli
direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli,

Antonio Delvino, Mario Lavecchia

coordinamento editoriale

Cesare Fassari

hanno collaborato:

**Arianna Alberti, Eva Antoniotti,
Vincenzo Bottino, Paola Carnevale,
Lucia Conti, Stefano Simoni, Claudio Testuzza**

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato

ANES

I.E.P. ITALPROMO ESIS PUBLISHING

Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma

email: redazione@ihg.it

tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

HC Health Communication

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 ancona

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima

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

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

Finito di stampare nel mese di marzo 2006