

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA

Editoriale

Medici nel mirino

NON BASTA DIRE: "IO NON C'ENTRO"

di Serafino Zucchelli

Vi scrivo queste brevi note in uno stato di profonda angoscia suscitato in me dalle notizie riferite dai giornali, in rapida successione, di possibili, gravi comportamenti scorretti di numerosi medici. Mi riferisco ai fatti di Torino, Padova, Como, Roma ed alla vicenda Glaxo che sembra diffusa in tutta Italia.

Mi hanno provocato dolore i commenti emersi e soprattutto quelli meno scandalistici e denigratori per tutta la categoria, come quello di Michele Serra pubblicato su *La Repubblica* di alcuni giorni fa, che identificavano nella ricerca del denaro e nell'avidità il movente di tali azioni.

In queste pagine parlo quasi sempre, come è comprensibile per il responsabile di una associazione sindacale, della difesa dei diritti e degli interessi legittimi della categoria che rappresento e mi batto, insieme a voi, per conquistare condizioni normative ed economiche più adeguate all'esercizio della nostra professione.

Per assumere e sostenere, però, insieme con convinzione tali atteggiamenti abbiamo bisogno di credere in quello che facciamo. Per opporci con efficacia al calo di prestigio e di ruolo sociale del medico dobbiamo essere convinti di rappresentare professionisti seri che operano quotidianamente nell'interesse degli uomini che a loro si affidano.

Le notizie riportate, se confermate, fanno vacillare tali convinzioni o rendono comunque molto più difficile il nostro compito. Sento che non è più sufficiente cavarsela ricorrendo alle solite formule di rito, pur formalmente ineccepibili: "Prima di emettere le sentenze debbono essere accertati i fatti". "Le poche mele marce debbono pagare e noi non le difenderemo". "La categoria comunque non può essere demonizzata nella sua interezza".

Avverto che queste occasioni ci debbono spingere ad una riflessione più profonda. I medici, forse frastornati dalla quotidianità, dimenticano

segue a pag. 16

Passa l'ipotesi elaborata a Fiuggi dai presidenti regionali

Raggiunta l'intesa tra Stato e Regioni per il riparto 2003

Popolazione "pesata", anche se gli indicatori per gli ultrasessantacinquenni sono stati ridotti del 20%, e inserimento degli extracomunitari residenti, conteggiati però al 50%.

Sono questi i criteri utilizzati per dividere tra le Regioni i 78 miliardi di fondi statali destinati alla sanità per l'anno in corso. I presidenti delle Regioni, in una riunione

straordinaria a Fiuggi durata due giorni, avevano trovato l'accordo, accantonando l'idea avanzata dal ministro Sirchia di un ritorno alla quota capitaria assoluta e correggendo i criteri "scientifici" con un largo ricorso ai fondi di riequilibrio.

Sul riparto proposto dalle Regioni si è poi registrata l'intesa del Governo nella Conferenza Stato Regioni del 6 febbraio.

RINNOVO CONTRATTI DEL PUBBLICO IMPIEGO

APERTE LE TRATTATIVE PER IL COMPARTO MINISTERI

Mercoledì 19 febbraio, mentre andiamo in stampa, i sindacati sono stati convocati all'Aran per riprendere le trattative per il rinnovo del contratto dei lavoratori ministeriali. "Mi auguro che quello stesso giorno - ha auspicato il ministro della Funzione pubblica, Luigi Mazzella - si potrà annunciare la buona notizia, almeno per quanto riguarda la prima tappa che è il comparto dei ministeri".

Mazzella ha spiegato che "il problema ancora aperto è quello del reperimento tecnico delle risorse. L'Aran è stata incaricata di risolverlo".

Gli aumenti, ha dichiarato il presidente dell'Aran, Guido Fantoni, non potranno superare il 5,66%. "Non sono state attribuite risorse aggiuntive - ha precisato -. Solo la Finanziaria può farlo e questa è già stata approvata". Fantoni ha spiegato, quindi, che il nodo economico per i lavoratori dello Stato è stato sciolto, ma non ha voluto dire in che modo visto che mercoledì riparte la trattativa. I sindacati, infatti, da tempo sollecitano risorse in più per garantire il potere di acquisto delle retribuzioni erose da una inflazione maggiore di quella prevista. Ci sono, poi, tutti gli altri contratti da rinnovare. Per la sanità, ha reso noto ancora il presidente dell'Aran, il comitato di settore "sta modificando la direttiva già presentata al governo".

Questo incontro all'Aran segue quello tra i sindacati e il ministro Mazzella. Un incontro di poche parole che all'indomani della riunione ha, invece, fatto gridare con toni entusiastici - e lo abbiamo letto su tutti i quotidiani nazionali - che il Ministro per la Funzione Pubblica aveva sbloccato la situazione di stallo dei contratti del pubblico impiego.

In realtà gli interventi delle organizzazioni sindacali presenti non hanno nascosto lo stupore per una introduzione del ministro molto scarna, ed ognuno ha più o meno riempito il proprio intervento con quello che avrebbe voluto sentire dire e che invece Mazzella ha ignorato. Infatti la lista delle cose non dette dal Ministro e ancora non del tutto chiarite, è lunga ed è stata elencata a più voci: va dal problema dello stato giuridico alla definizione delle attribuzioni della vice dirigenza; dalla necessità di chiarire se il protocollo di intesa del 6 febbraio 2002 firmato dal Vicepresidente del Consiglio è estensibile anche agli enti locali e alla Sanità, alla mancanza degli atti di indirizzo del comitato di settore per molti comparti (tra questi la Sanità!).

Bisogna ricordare infatti che una riunione precedente avvenuta il 12 dicembre 2002 aveva lasciato sul tappeto alcune importanti questioni in realtà non ancora risolte, come la modalità di recupero inflattivo nell'anno 2003, ma anche alcune certezze acquisite e mai smentite ufficialmente dal Governo come lo spostamento di una quota destinata alla produttività (pari allo 0,5%) sullo stipendio tabellare e l'impegno a rivedere il principio della prevalenza della quota aggiuntiva dello 0,99 e quindi rinegoziare la quota prevalente da destinare allo stipendio tabellare. Niente in quella riunione è stato detto da parte del ministro, speriamo che l'incontro all'Aran dia risposte più concrete. Quanto ai tempi di durata della tornata contrattuale, Fantoni ha precisato che "realisticamente non potrà concludersi prima dell'estate".

FORUM

Parlamentari della maggioranza e dell'opposizione parlano dei nuovi scenari che si prospettano per la sanità.

A iniziare dalla riforma dello stato giuridico dei medici

PAGINE 2-3

REGIONI

Continua lo speciale dedicato alle realtà territoriali.

Questo mese il focus è puntato su Veneto e Sardegna

PAGINA 6-9

IRCCS

L'approvazione del collegato "Frattini" alla finanziaria 2002 dà il via alla trasformazione degli istituti in fondazioni

PAGINA 11-13

www.anaao.it

Il sito ampliato e ristrutturato con aggiornamento quotidiano dell'attualità sanitaria e sindacale

Chiedi la PASSWORD d'accesso

ANA AO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

FORUM DI "DIRIGENZA MEDICA"

Quali saranno i nuovi scenari per la sanità?

Dopo tante dichiarazioni verbali forse è arrivato per il Governo il momento di passare ai fatti. E in vetta alla lista c'è la riforma dello stato giuridico dei medici, che un ordine del giorno del Senato impegna il Governo a varare entro febbraio. Di questo e altro abbiamo discusso con parlamentari della maggioranza e opposizione. Ecco cosa hanno risposto

Rosy Bindi (Margherita)

"Il Governo vuole privilegiare la strada del modello assicurativo"

Stato giuridico dei medici

Credo sia un errore mettere mano, ancora una volta, ad una riforma dello stato giuridico dei medici. Non mi pare che i sindacati abbiano indicato questa come una priorità, semmai chiedono il rispetto e l'attuazione integrale della riforma, il rinnovo del contratto e il rafforzamento del Servizio sanitario nazionale. Le ipotesi avanzate dal ministro, che in questi mesi ha sfornato decine di proposte contraddittorie e impraticabili, sono peraltro pericolose per la stragrande maggioranza dei medici e per i pazienti. Il governo si è mosso con l'evidente volontà di favorire una lobby potente di baroni della medicina che non si rassegna all'idea di rispettare il principio del rapporto esclusivo e vorrebbe tornare al passato. Qualsiasi intervento legislativo non può che partire dalla conferma di questo caposaldo della riforma del '99, da una netta distinzione tra chi ha scelto il rapporto esclusivo con il Ssn, e ha quindi diritto alle gratificazioni economiche e professionali previste dalla legge, e chi invece utilizza la sanità pubblica per costruirsi una credibilità che poi spende nel privato.

Non è insomma pensabile che i primari possano tornare a fare l'attività extramuraria conservando la direzione dei reparti o che si decida di entrare e uscire dal sistema pubblico in base alle proprie convenienze.

Piuttosto vanno applicate fino in fondo le regole dell'attività libero professionale intramuraria, vanno corrette alcune rigidità, vanno assicurati gli investimenti necessari per superare anche la fase transitoria, e soprattutto bisogna che sia riconosciuto il ruolo dei medici nel governo clinico delle aziende individuando strumenti che rappresentino un reale contrappeso al potere del di-

rettore generale. Per curare il malessere e l'insoddisfazione dei medici non serve correre dietro ai privilegi di alcuni, occorre intervenire anche sull'organizzazione e la qualità del lavoro, sulla formazione permanente, sul rapporto con i direttori generali.

Devolution

Sono molto preoccupata. La devolution è il grimaldello con cui la maggioranza tenta di scardinare il Servizio sanitario nazionale e mettere in liquidazione un modello sanitario universalistico e solidaristico. Il governo abdica alla responsabilità politica di garantire un'assistenza di qualità in tutto il Paese, viene meno il principio di uguaglianza nel diritto alla salute e si apre la strada ad una inaccettabile diversificazione delle opportunità terapeutiche. Ogni Regione potrà scegliere il proprio modello di organizzazione e di finanziamento della sanità fino a prevedere un sistema basato sulle assicurazioni private. Avremo una sanità a due velocità: l'assistenza minima per gli indigenti e quella di qualità che i cittadini dovranno pagare di tasca propria. Sparirà il Fondo sanitario nazionale che ha una funzione perequativa nei confronti delle Regioni più povere. Ma soprattutto saranno compromessi e minacciati l'accesso a servizi di qualità per tutti; la gratuità delle prestazioni; la globalità della copertura delle forme di assistenza. I Livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea) diventeranno livelli minimi di assistenza; aumenteranno le differenze tra Nord e Sud del Paese, cresceranno le disuguaglianze tra i cittadini, si impoverirà il patrimonio di strutture di eccellenza, di competenze e professionalità del Ssn.

Bilancio 2 anni Governo Berlusconi

Il bilancio è negativo ed è sotto gli occhi di tutti. Il Governo ha scelto di abbandonare il modello sanitario del Ssn e sta forzando il sistema ad imboccare la strada del modello assicurativo. In al-

cuni casi lo fa in modo esplicito: penso alla delega sulla privatizzazione degli Irccs che svende le strutture di eccellenza impoverendo il patrimonio di professionalità e tecnologie d'avanguardia della sanità pubblica; o la proposta di ripartizione del Fondo sanitario nazionale che penalizza gli anziani e i soggetti deboli proprio mentre c'è bisogno di rafforzare il finanziamento dell'assistenza alle persone non autosufficienti e che fortunatamente le Regioni hanno bocciato. In altri casi, il tentativo di scardinare il sistema avviene in modo indiretto: con il disegno di legge sulla devolution o con la Legge Finanziaria e il decreto taglia spesa, che arriva al paradosso di imporre un taglio del 15% alle spese già sostenute dalle regioni nel corso del 2002. Il governo della sanità è di fatto affidato al ministero del Tesoro che impone una linea di progressivo ridimensionamento delle risorse pubbliche destinate alla salute con l'obiettivo di dimostrare l'insostenibilità finanziaria del Ssn. Non a caso, nell'anno appena trascorso abbiamo assistito ad un susseguirsi di dichiarazioni di esponenti del governo e della maggioranza sulla necessità di trovare forme alternative alla fiscalità generale per finanziare la sanità. Le Regioni stanno ancora aspettando le risorse concordate per il 2001 ma il Governo, invece di rispettare i patti, vincola l'erogazione effettiva dei fondi a misure di vero e proprio razionamento che finiscono per penalizzare i cittadini e incidono gravemente sulla qualità dei servizi e dell'assistenza.

In questa situazione diventa prioritaria la battaglia per un adeguamento delle risorse e una equilibrata ripartizione del Fondo sanitario nazionale. E, per quanto ci riguarda, l'approvazione della proposta di legge sulla non autosufficienza che ho presentato nei mesi scorsi e che punta a costituire un Fondo nazionale per la non autosufficienza in grado di garantire quei servizi e quei livelli di assistenza socio-sanitaria per

gli anziani e le persone non autosufficienti e che oggi gravano, a volte in modo esclusivo, sulle famiglie.

Maura Cossutta (CI)

"Vogliamo smantellare il Servizio sanitario nazionale"

Il Governo procede verso lo smantellamento del Ssn. Senza dichiararlo mai apertamente, per il timore di una perdita di consenso elettorale, ha varato provvedimenti strutturalmente "centrifughi" al sistema. L'obiettivo è quello di rompere il "monopolio" pubblico del sistema di finanziamento e di programmazione, per aprire ai fondi privati assicurativi.

L'accordo Stato-Regioni, il decreto "taglia-spesa", la trasformazione degli Irccs in Fondazioni private, la previsione della totale autonomia organizzativa e gestionale dei modelli sanitari regionali, la delega fiscale, l'attacco al Ccnl degli operatori e la proposta di eliminare l'esclusività, infine la finanziaria e l'idea di cancellare la ponderazione della quota capitarla sono atti concreti che mettono in discussione la sostenibilità del sistema. La devolution è l'accelerazione di questa linea strategica, che rompe non solo l'unitarietà, ma soprattutto l'universalità del sistema, rimuovendo il suo contenuto redistributivo.

Aumenteranno le disuguaglianze territoriali e la sanità sarà a due velocità: una per i poveri, pagata dalla fiscalità generale, con sempre meno risorse e più dequalificata; l'altra per i ricchi, pagata dai fondi privati assicurativi. La devolution è la risposta agli interessi economici, privati, che occupano con il mercato assicurativo i bisogni sanitari ed è la risposta agli interessi sociali dei ceti privilegiati a fuoriuscire dal sistema della solidarietà fiscale. L'eliminazione dell'Irap, la riduzione del Fondo, la cancellazione della progressività impositiva pre-

figurano una sanità pubblica minima, con livelli minimi di assistenza. Anche il fondo perequativo pagato dalla solidarietà orizzontale, che sposta la titolarità della cittadinanza a livello territoriale, porterà alla sottrazione futura di responsabilità delle regioni più forti. La privatizzazione e la precarizzazione dei rapporti di lavoro, la messa in discussione del Ccnl, diminuirà le tutele dei lavoratori e anche il diritto degli utenti all'accesso uniforme alle prestazioni.

Giuseppe Palumbo (FI)

"Più democrazia e libertà per l'irreversibilità della scelta"

Stato giuridico dei medici

La cosiddetta legge Bindi, pur contenendo alcuni principi validi contrasta, per altri, con criteri di democrazia e di libertà specie nella parte che riguarda l'irreversibilità della scelta del tipo di rapporto di lavoro. Conseguentemente il principio fondamentale della riforma deve contemplare la possibilità per il medico di modificare, sia pure nel tempo, le opzioni fatte in termini di esclusività del rapporto, concedendo la possibilità di direzione di strutture complesse anche a chi avesse optato per un regime di rapporto non esclusivo. Anche la regolamentazione della attività extramoenia dovrà essere modificata ed epurata da equivoci rendendola più trasparente e libera e non condizionata da scelte di carriera.

Devolution

La devolution potrà rappresentare una opportunità irripetibile per le Regioni che sapranno ben utilizzare le nuove potestà legislative, organizzativa, amministrativa modellandole alle varie realtà ed esigenze dei territori amministrativi. Esse dovranno comunque rendere conto allo stato della corretta applicazione del Livelli essenziali di assistenza, es-

sendo espressamente prevista dall'ultimo comma dell'art. 120 della nuova Costituzione la possibilità di surroga dello Stato per le Regioni a ciò inadempienti.

Bilancio 2 anni Governo Berlusconi

Nonostante le oggettive difficoltà politiche ed economiche che ha dovuto affrontare il Governo, alcune importanti cose sono state fatte ed altre sono in cantiere, ad uno stadio più o meno avanzato. Tra le cose fatte la più importante è certamente l'aumento dei fondi destinati alla spesa sanitaria a quasi il 6% del Pil ponendo in tal modo il nostro Paese in linea con gli altri stati Europei.

Altra iniziativa qualificante è quella del tentativo di maggiore controllo della spesa sanitaria in generale, e farmaceutica in particolare, attraverso l'emanazione del nuovo Prontuario farmaceutico e del progetto di riordino della rete ospedaliera con la programmazione della realizzazione dei Centri di eccellenza.

Tra le cose di prossima realizzazione va annoverata la legge sulla fecondazione assistita, attualmente all'esame del Senato, e la riforma dello stato giuridico dei medici, di cui si è detto prima, e di cui farà parte anche una nuova regolamentazione del rapporto di lavoro del personale universitario.

Altri temi di grande impegno, attualmente all'esame della Commissione da me presieduta, sono quelli della riforma della Legge 180 sulla salute mentale e il riordino delle medicine non convenzionali.

Antonio Tomassini (FI)

"Luci e ombre nella sanità di Berlusconi"

Stato giuridico dei medici

L'ordine del giorno, impegnativo per il Governo, ricalcava i principi dell'emendamento da me presentato. Il provvedimento da emanare deve corrispondere a quei principi ed a quei criteri: vorrei sottolineare che, prima di presentarlo, avevo ricercato il più vasto consenso possibile in relazione a quanto avevamo proposto e ricevuto come impegno elettorale. Piuttosto vanno applicate fino in fondo le regole dell'attività libero professionale intramuraria, vanno corrette alcune rigidità, vanno assicurati gli investimenti necessari per superare anche la fase transitoria, e soprattutto bisogna che sia riconosciuto il ruolo dei medici nel governo clinico delle aziende individuando strumenti che rappresentino un reale contrappeso al potere del direttore generale. Per curare il malessere e l'insoddisfazione dei medici non serve correre dietro ai

privilegi di alcuni, occorre intervenire anche sull'organizzazione e la qualità del lavoro, sulla formazione permanente, sul rapporto con i direttori generali.

Devolution

La devoluzione faceva parte dell'impegno elettorale da noi assunto nel 2001. Quell'impegno prevedeva sussidiarietà (cioè il massimo dell'autonomia gestionale periferica), federalismo (cioè il massimo dell'autonomia organizzativa e decisionale); ruolo dello Stato di programmazione indirizzato (cioè garante controllore dei livelli adeguati ed essenziali di assistenza). Molti cercano di equivocare attribuendoci la volontà di affidare ogni decisione alle Regioni e quindi con le inevitabili conseguenze che voi profetizzate nella domanda: la verità è che abbiamo parlato solo di modifiche dell'articolo 117 e riaffermata invece l'intangibilità dei principi dell'articolo 32. Siamo quindi rimasti fedeli ai principi con cui avevamo chiesto la fiducia.

Bilancio 2 anni Governo Berlusconi

Ritengo importante avere la saggezza di non perdere il senso critico in ogni circostanza: vedo quindi luci ed ombre nel bilancio che mi si chiede.

Tuttavia credo che così come non è giusto caricare di ogni critica chi ci ha preceduto, anche in considerazione di un giudizio positivo che ho del Servizio sanitario nazionale, altrettanto non credo sia corretto affibbiare accuse e responsabilità all'attuale Governo, oltretutto nella contraddizione di accusarlo, da un lato, di aver distrutto tutto, dall'altro, di non aver fatto nulla.

La tutela della salute è un compito arduo ed oneroso per tutti i Governi del mondo e nessuno ha una soluzione perfetta; il nostro sistema inoltre è un sistema complesso nel quale sono tuttora operanti tre riforme (la 833, la 502/517, la 229) in contraddizione fra di loro e nessuna completamente applicata ma tuttora vigente; già da tempo le Regioni si dimostrano, sia quelle buone sia quelle cattive, incapaci di governare la domanda e di incamerare la spesa. Giunti al Governo, oltre a questo stato di cose, abbiamo trovato un gravissimo deficit causato dalle dissenate scelte del Governo precedente: malgrado tutto questo il Governo Berlusconi ha rifinanziato come mai in passato la spesa sanitaria; ha avviato attraverso il patto di stabilità il sistema di devoluzione progressiva; sono stati definiti i Livelli essenziali di assistenza che, pur perfettibili, rappresentano finalmente il metro di comparazione e di valutazione delle diverse sanità regionali e costituiscono lo strumento di garanzia

per il rispetto del già citato articolo 32 della Costituzione; non sono state tagliate prestazioni, non è stata aumentata la tassazione, anzi con adeguati provvedimenti si sono razionalizzati importanti capitoli di spesa come ad esempio nel caso del prontuario farmaceutico. In conclusione credo quindi che sempre si può migliorare, ma che il bilancio nel complesso sia favorevole. I traguardi legislativi più importanti saranno quelli dal punto di vista politico che riguardano la definizione della devoluzione e quelli del riordino dello stato giuridico dei medici, da quello strettamente legislativo quelli della procreazione medico assistita, del riordino del settore emotrasfusionale, della revisione delle norme della legge sulla psichiatria.

Livia Turco (Ds)

"Potenziare il ruolo dei medici nel governo clinico delle aziende"

Stato giuridico dei medici

La maggioranza, sconfitta per due volte in Parlamento, ha intenzione di cancellare il principio della incompatibilità dei medici dipendenti del Ssn.

L'ordine del giorno approvato si muove espressamente in questa direzione.

La mia opinione, ampiamente condivisa nel mondo della sanità, è che questo principio vada assolutamente mantenuto, pena il ritorno ad una situazione di commistione selvaggia fra funzione pubblica e interessi privati che danneggerebbe tutti i cittadini e la stragrande maggioranza dei medici.

Al contrario va potenziato il ruolo dei medici nel governo clinico delle aziende sanitarie pubbliche con un reale coinvolgimento dei professionisti nelle scelte strategiche e negli indirizzi attuativi.

Devolution

Voglio esprimere innanzitutto la mia netta opposizione alla legge e al concetto stesso di devoluzione.

La devoluzione del centro-destra è l'esatto opposto di un federalismo solidale che non divide il Paese ma ne valorizza le differenze con l'obiettivo di garantire equità nell'accesso e nella fruizione dei diritti di cittadinanza. La devoluzione, se passerà – nonostante la forte opposizione del centrosinistra e della società civile –, produrrà una vera e propria dissoluzione del Paese con possibili conseguenze che in realtà a noi molto vicine abbiamo purtroppo imparato a conoscere.

Bilancio 2 anni Governo Berlusconi

Il bilancio dell'operato del Go-

verno Berlusconi è sotto gli occhi di tutti: strangolamento finanziario della sanità pubblica, forte riduzione dei servizi e delle prestazioni sanitarie a partire dai soggetti più deboli e bisognosi, ticket, addizionali Irpef, privatizzazione a partire dai punti di eccellenza (Irccs), restaurazione di logiche ancillari per gli infermieri e le professioni sanitarie, aumento delle disparità fra nord e sud.

Si potrebbe continuare a lungo, ma forse basta un concetto semplice per far capire come la pensa il centrodestra sulla sanità: la salute non è un diritto ma un bene a cui il cittadino accederà sempre più in base al suo reddito con un po' di carità a controbilanciare gli effetti più eclatanti e "sgradevoli" di questa politica.

Anni luce di distanza da ciò che i Ds e l'Ulivo hanno affermato e praticato da sempre.

Un terreno su cui non c'è confronto o mediazione possibile ma secca alternatività di principi, culture, comportamenti concreti.

Tiziana Valpiana (RC)

"Una vera jattura la devoluzione del centro-destra"

Stato giuridico dei medici

Interpellata in qualità di deputata della Commissione Affari sociali della Camera, rispondo alla seconda e alla terza domanda in quanto riguardano il tema "salute", mentre quello che riguarda lo status giuridico dei medici il cui inquadramento giuridico, ovviamente, ha relazione diretta sulla qualità del loro lavoro e, quindi, sulla qualità dell'assistenza sanitaria nel nostro Paese, ritengo che dal punto di vista parlamentare sia di competenza della Commissione Lavoro e, ancor più direttamente, della contrattazione sindacale.

Devolution

Per quanto riguarda la possibile e temuta approvazione della legge sulla cosiddetta "devoluzione" ritengo che si tratti di una vera e propria jattura che getterà nel caos la scuola, il sistema di polizia locale e, particolarmente, il sistema sanitario, aumentando e peggiorando il caos già determinatosi in tali settori dalla riforma "federalista" del titolo V della Costituzione, sciaguratamente proposta dal Governo di centro-sinistra e confermata da referendum popolare ben prima di poterne approfondire le conseguenze inevitabili su un sistema delicato e complesso come quello del Ssn. Base del nostro sistema sanitario, infatti, così come voluto non solo dalla Costituzione, ma dalla riforma sanitaria istitutiva del Ssn stesso, sono l'uguaglianza del di-

ritto alla salute per ogni cittadino, l'esigibilità di questo diritto soggettivo e il sistema solidaristico basato sulla fiscalità generale. La devoluzione farebbe fatalmente decadere questi tre principi basilari che hanno portato, così come affermato dall'Oms, il nostro Ssn ad essere uno tra i primi nel mondo per il rapporto costi/benefici.

La regionalizzazione, come è evidente fin da oggi con le diverse misure assunte dalle Giunte Regionali per far fronte alla spesa sanitaria (di cui una differenziata reintroduzione dei tickets non è che uno degli esempi) rende diverse le prestazioni offerte ai cittadini a seconda della Regione di residenza (contravvenendo al principio di uguaglianza) Ma, quel che è più grave, distrugge il principio di solidarietà tra cittadini che sta alla base del sistema e che mirava proprio a stabilire l'equa distribuzione delle risorse in relazione al bisogno sanitario piuttosto che al reddito. Così, grazie anche alla definizione di Lea sempre più "minimi", si favorirà sempre più l'affermarsi di forme integrative di assistenza per i più abbienti, arrivando ad una sanità di serie A per gli abbienti e di serie B per gli altri cittadini e ad un ingresso sempre più massiccio di prestazioni private che considerano la salute non un diritto, ma una merce acquistabile sul mercato come tutto il resto.

Bilancio 2 anni Governo Berlusconi

Per quanto riguarda il bilancio dell'operato del Governo Berlusconi in materia sanitaria, penso che la "devastazione" sia sotto gli occhi di tutti e lo scontento unanime; dai cittadini contribuenti alle Regioni di ogni orientamento politico, degli operatori sanitari alle parti sociali. Ma l'aspetto più grave è il fatto che la politica sanitaria è completamente delegata al ministro dell'Economia e delle Finanze, i cui parametri sono completamente dettati da mere motivazioni economiche e non da considerazioni in termini di salute. Al ministro della Salute viene lasciato un ruolo del tutto marginale e, il più delle volte, in grado di portare avanti pervicacemente proposte aborrite dalla stessa maggioranza (vedi vari tentativi falliti di eliminazione dell'esclusività).

Altro grave aspetto, al di là del mancato adeguamento della spesa sanitaria almeno al 7% del Pil per adeguarsi alla spesa media degli altri paesi europei, è il massiccio ingresso del privato nel sistema sanitario che, accanto al diabolico meccanismo di rimborso a prestazione Drg, contribuisce a un incalcolabile aumento della spesa sanitaria a fronte di una diminuzione della qualità.

IN CONFERENZA STATO REGIONI PASSA IL RIPARTO PROPOSTO DALLE REGIONI

Trovata l'intesa per "spartire" il Fsn 2003

Le Regioni ottengono due risultati: si dimostrano unite e arrivano all'intesa con il Governo in largo anticipo rispetto alla consuetudine. Ampio il ricorso ai cosiddetti "riequilibri", per trovare una soluzione che faccia contenti tutti. O meglio che non li lasci troppo scontenti

di Eva Antoniotti

Per dividersi i 78 miliardi di euro che il Governo ha stanziato per finanziare la sanità nel 2003, le Regioni hanno sottoscritto a Fiuggi il "patto delle terme": restano i criteri della popolazione pesata, anche se gli anziani peseranno il 20% in meno; la popolazione residente è calcolata comprendendo anche il 50% degli immigrati che hanno

fatto domanda di regolarizzazione; le entrate proprie restano ferme alla quota stabilita con l'accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001. Ma ciò che più ha funzionato, costringendo i presidenti a due giorni e due notti di trattative, è stato il criterio del "riequilibrio", con il quale si sono spostate somme da Nord a Sud, e viceversa, fino a trovare una soluzione che facesse contenti tutti. O meglio che non li lasciasse troppo scontenti.

Il dibattito sul riparto 2003 si era aperto con le proposte presentate dal ministro Sirchia, fondate sul ritorno alla quota capitaria assoluta, che avvantaggia le regioni meridionali e mette in difficoltà quelle del Centro Nord, più "anziane". Per trovare una propria ipotesi alternativa i presidenti si sono confrontati a Fiuggi per due giorni e due notti, intorno a tre questioni fondamentali. Innanzi tutto la questione Nord/Sud: allontanarsi dal criterio della popolazione pesata, avrebbe penalizzato soprattutto Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Piemonte, mentre avrebbe premiato in primo luogo Puglia, Campania e Sicilia. In secondo luogo l'orientamento politico di schieramento, variamente intrecciato con la variabile geografica. Il mancato accordo tra le Regioni, le avrebbe infatti portate una per una alla contrattazione diretta con il governo, mettendo le amministrazioni di centro destra in una condizione oggettivamente più vantaggiosa. Ma d'altra parte la difesa della propria autonomia decisionale è un terreno comune a tutte le giunte regionali, e particolarmente sentito da alcune realtà del Nord, a cominciare dalla Lombardia. Infine, la questione dei lavoratori extracomunitari, introdotta già nella seconda proposta di riparto messa a punto dal ministro Sirchia. Conteggiare tra i residenti gli immigrati messi in regola con la legge Bossi-Fini, senza peraltro rifinanziare in proporzione il Fondo sanitario, modifica infatti sensibilmente il quadro di distribuzione delle risorse, accrescendo i fondi destinati alle Regioni più industrializzate e dove si concentra la mano d'opera straniera, a partire da Lom-

bardia e Lazio. I presidenti regionali hanno trovato l'accordo all'alba di venerdì 31 gennaio, appena in tempo per presentarlo, in modo esplorativo, al Governo.

I criteri utilizzati, in estrema sintesi, sono i seguenti.

Popolazione. Per conteggiare i residenti sono utilizzati i dati Istat al 1° gennaio 2001. A questi dati sono stati aggiunti i lavoratori immigrati, nella misura del 50% delle domande di regolarizzazione raccolte, tutte inserite nella fascia d'età 25-45, ovvero quella a più basso consumo sanitario.

Pesatura per età. Sono stati utilizzati indicatori che "correggono" il peso del cittadino residente a seconda della sua età. La pesatura per età si utilizza, con indicatori diversi, solo per la spesa ospedaliera, farmaceutica e specialistica. Per le fa-

scie di età 65-75 e oltre i 75, si è deciso di ridurre del 20% il valore dell'indicatore per la spesa ospedaliera, in virtù dell'indicazione programmatica secondo la quale si dovrebbero ridurre i ricoveri degli anziani, aumentando l'assistenza residenziale.

Altri criteri. Mortalità infantile, densità abitativa, costi strutturali.

Riequilibrio. Interventi a favore di Campania, Puglia, Lombardia, Lazio, Calabria, Sicilia.

L'intesa con il Governo è stata raggiunta poi nella Conferenza Stato Regioni del 6 febbraio, nel corso della quale, accantonata la proposta del ministro e accolta quella delle Regioni, è stato necessario risolvere ancora due problemi. Il primo era proprio relativo all'Ospedale Bambino Gesù, per il quale la Finanziaria non prevedeva alcun fi-

nanziamento aggiuntivo anche se vi era stato un ordine del giorno approvato dal Governo che si impegnavano in questo senso, prevedendo un finanziamento annuo di 50 milioni di euro fino al 2005. Il secondo elemento di crisi riguardava invece una somma di circa 400 miliardi di vecchie lire che secondo il Governo avrebbero dovuto essere coperte dalle entrate proprie delle Regioni, anche se eccedevano i 3.800 miliardi di lire fissati dall'accordo dell'8 agosto 2001. Entrambe le questioni sono state risolte con un impegno dell'esecutivo, che ha invitato le Regioni a prelevare per ora le somme dalla quota del Fsn destinata a finanziare gli obiettivi legati al Psn, con la promessa che saranno poi reintegrate in fase di assestamento di bilancio.

Il patto delle Terme

CRONACA DI UN ACCORDO

I presidenti sono arrivati a Fiuggi nel pomeriggio di mercoledì, accompagnati da assessori, Sanità e Bilancio vanno per la maggiore, e funzionari. Maschi, in grande maggioranza. La serata si è avviata tranquilla: il grosso del lavoro affidato ai pc dei tecnici, i politici si sono goduti un'occasione quasi mondana. Indimenticabile l'assessore Vitagliano al piano, voce bellissima e repertorio classico tra canzone napoletana e pop anni '60. Intorno, tra i coraggiosi catterini si distinguevano la Lorenzetti, Bissoni e persino l'austero Ghigo. Morbidamente seduto su un divano, solo, un drink in mano, il presidente Biasotti non riusciva a nascondere la noia. Al bar si confrontavano le ideologie: wisky per il lombardo Borsani e vodka per l'emiliano Errani, che la congiuntivite costringeva ad occhiali neri in stile Blues Brothers. Giovedì risveglio gelido. E nella giornata, insieme alla neve sempre più fitta, si depositavano una sull'altra le tabelle. La più quotata, la ventisette ter. Ovvero la terza variante della ventisettesima ipotesi di riparto prodotta dagli instancabili tecnici. Nervosismo diffuso e crescente, mentre la giornata se ne va senza che si profili l'accordo. Il lussuoso albergo termale improvvisa un'altra cena, un po' sotto tono. Si apre una notte meno mondana. Storace si aggira in camicia stazzonata, agitato dal Bambino Gesù, ancora senza finanziamenti, e dalle strade, ancora senza spazzaneve. Verso la mezzanotte, gran conciliabolo di vertice: Ghigo, Formigoni, Storace, gli altri si aggiungono via via. Ultima crisi all'alba: il giovane Fitto non ci sta. Poi, come dice Palese, si trova "la quadra". E tutti a Roma.

E.A.

Riparto Fsn 2003

	Ipotesi Sirchia bis		Riparto approvato nella "Stato Regioni"	
	Valori in euro	% su tot. Regioni	Valori in euro	% su tot. Regioni
Piemonte	5.642.298.419	8,09	5.653.481.732	8,08
Valle d'Aosta	72.096.248	0,10	72.096.248	0,10
Lombardia	11.949.949.575	17,14	12.001.249.575	17,14
Bolzano	366.032.060	0,53	366.032.060	0,52
Trento	319.283.616	0,46	319.283.616	0,46
Veneto	5.883.390.833	8,44	5.867.490.833	8,38
Friuli V.G.	796.022.753	1,14	796.022.753	1,14
Liguria	2.324.820.363	3,33	2.332.320.363	3,33
Emilia Romagna	5.541.589.786	7,95	5.578.244.921	7,97
Toscana	4.807.858.943	6,90	4.846.442.538	6,92
Umbria	1.138.111.599	1,63	1.144.046.682	1,62
Marche	1.903.455.306	2,73	1.914.993.126	2,74
Lazio	6.743.013.330	9,67	6.798.013.330	9,71
Abruzzo	1.661.398.465	2,38	1.673.094.660	2,39
Molise	414.684.429	0,59	416.706.855	0,60
Campania	6.946.284.187	9,96	6.985.965.716	9,98
Puglia	5.024.753.466	7,21	5.042.581.103	7,20
Basilicata	719.906.444	1,03	720.406.444	1,03
Calabria	2.468.973.488	3,54	2.453.473.488	3,50
Sicilia	3.444.487.536	4,94	3.473.987.536	4,96
Osp. Bambino Gesù	132.905.018	0,19	132.905.018	0,19
Totale Regioni	69.716.628.811		70.007.651.544	
Entrate proprie e Regioni a statuto speciale	6.957.755.467		6.765.121.683,68	
Vincolate	586.391.301		586.391.301	
Obiettivi di piano	1.153.743.754		1.153.743.754	
Esclusività	154.937.070		154.937.070	
Totale	78.569.456.403		78.667.845.352,68	

Fonte: elaborazione "Il Bisturi" su dati della Conferenza Stato Regioni.

INIZIA UNA NUOVA STAGIONE PER LA FONDAZIONE DOPO IL VARO DELLA FINANZIARIA 2003

Onaosi: tutti i progetti per il futuro

Le nuove norme che regoleranno l'attività dell'Opera nazionale di assistenza per gli orfani dei sanitari italiani

di **Mariano Rampini**

Prestazioni dirette con l'accoglienza gratuita per gli orfani dei sanitari italiani (medici, chirurghi e odontoiatri, veterinari e farmacisti) nei convitti, nei collegi e nei centri studio. Ma anche altre prestazioni che vanno da contributi in denaro, alla possibilità di operare scambi culturali nell'ambito dei prestigiosi programmi europei, programmi di formazione soggiorni estivi. La lista dei servizi che l'Onaosi, forte di efficienza e professionalità, mette a disposizione dei suoi iscritti è assai ampia (si veda il box in questa pagina) ed è destinata a crescere.

L'anno appena iniziato, infatti, ha portato alla Fondazione Onaosi (lo è dal 1994), un'importante novità: nella Finanziaria 2003 è stata inserita una norma (si tratta del comma 23 dell'articolo 52) che avrà ricadute del massimo rilievo per lo sviluppo futuro dell'ente. Le ha ben illustrate il suo presidente, Aristide Paci, nel corso di un incontro con la stampa svoltosi di recente a Perugia.

In base alla normativa che risaliva al 1901 (legge 306), ormai definitivamente "datata", come ha osservato Paci, l'iscrizione all'Onaosi e il relativo versamento del contributo erano obbligatori soltanto per i sanitari (medici chirurghi, odontoiatri, farmacisti e veterinari) dipendenti dalle amministrazioni pubbliche. La nuova norma, invece, amplia - e di molto - la platea dei contribuenti, legandola all'iscrizione al relativo Ordine professionale.

Dalla normativa del 1901 - Paci lo ha sottolineato - sono spesso derivate situazioni di "disagio": l'Onaosi, infatti, nel caso in cui fosse stato necessario erogare prestazioni di qualsiasi tipo a seguito di un evento luttuoso che colpiva la famiglia di un sanitario, doveva necessariamente verificare la posizione del sanitario stesso. Nel caso di non iscrizione, l'Onaosi era obbligata a dover negare - "molto a malincuore" ha ricordato Paci - le prestazioni.

Con la Finanziaria 2003 situazioni di questo tipo non avranno più a verificarsi. E inoltre la sostanziosa crescita del numero degli iscritti (si dovrebbe passare dalle attuali circa 130 mila unità a quasi 436 mila) produrrà conseguenze positive an-

che sul piano economico. Ferme restando le prestazioni, infatti, diminuirà l'importo dei contributi, che, stando alle stime indicate da Paci, potrà subire un abbattimento di quasi il 50 per cento.

Lo stesso presidente dell'Onaosi ha però spiegato come le nuove norme non entreranno immediatamente in vigore. Le disposizioni della Finanziaria, infatti, hanno affidato al Consiglio di amministrazione della Fondazione il compito di predisporre uno specifico Regolamento (la sua emanazione è prevista per la fine del corrente mese) con il quale saranno determinati sia l'importo del contributo, sia le modalità per il suo versamento. In ogni caso la sua definitiva operatività verrà sancita dai ministeri vigilanti (quelli del Lavoro e del Tesoro) che dovranno esaminarlo e approvarlo. Paci ha fornito alcune anticipazioni sui contenuti del Regolamento partendo dalla situazione dei giovani iscritti agli Ordini - "ancora senza reddito" - e degli iscritti più anziani "che avranno ovviamente meno interesse all'iscrizione all'Onaosi". "La platea dei contribuenti" ha spiegato Paci "sarà divisa in tre fasce: i giovani e gli anziani verseranno un contributo minimo, simbolico, di "solidarietà", conservando il diritto a tutte le nostre prestazioni. Ci sarà invece una fascia "intermedia" che verserà il contributo pieno. Grazie alla norma della Finanziaria, il concetto sul quale si basa l'esistenza stessa dell'Onaosi, quello della solidarietà, ne esce significativamente rafforzato".

La decisione di fare opinione per una modifica della normativa, come ha ricordato Paci, era stata annunciata nel corso dell'inaugurazione dell'anno accademico Onaosi 2001-2002. A motivarla però non è stata solo una preoccupazione di carattere economico: gli organi direttivi della Fondazione hanno voluto "tamponare" la possibile "erosione" del numero di contribuenti obbligatori (peraltro già in atto) che sarebbe potuta derivare da un'eventuale trasformazione privatistica del rapporto di lavoro dei sanitari dipendenti del Ssn.

"Nel breve e medio termine" ha os-

servato Paci "non ci sarebbero stati problemi: l'ente, rispettando quanto impone la legge che ha consentito la trasformazione in Fondazione, può contare su una sostanziosa riserva economica che avrebbe permesso l'erogazione dei servizi anche in assenza di contributi. Nel lungo periodo però" ha proseguito "le minori entrate avrebbero determinato una situazione di 'sofferenza' con il risultato di bloccare servizi e prestazioni. La nostra iniziativa ha trovato terreno fertile in Parlamento: l'emendamento da noi sollecitato, infatti, è stato approvato all'unanimità in commissione Bilancio al Senato e ha comunque riscosso un consenso generalizzato e 'trasversale' tra tutte le forze politiche". L'approvazione della norma in Finanziaria apre così una nuova stagione per l'Onaosi: "Abbiamo incaricato i nostri esperti di predisporre uno studio attuariale proiettato fino al 2018. E abbiamo avuto risultati assolutamente confortanti. Con le nuove quote non soltanto potremo conservare l'attuale

livello qualitativo dei servizi, ma sarà anche possibile migliorarli, accrescerli e potenziarli, senza intaccare il patrimonio - sia immobiliare, sia mobiliare - dell'ente". Anche i medici della dipendenza potranno usufruire delle medesime prestazioni con un risparmio di circa 100 miliardi di vecchie lire fino al 2006.

Molti i progetti per il futuro: "La sede dell'Onaosi rimarrà a Perugia" ha affermato Paci. "Sempre a Perugia è stata anche acquistata una nuova sede per l'amministrazione centrale. L'aumento degli iscritti determinerà certamente una forte crescita della domanda di prestazioni e servizi: a questo scopo abbiamo in programma un potenziamento delle strutture ricettive sia di Perugia che delle altre sedi (Bari, Padova, Pavia e Torino) dove attualmente sono ospitati in totale circa 800 giovani. Non va dimenticato, infine, che è in fase avanzata l'attivazione di un centro studi a Bologna, così come stiamo studiando la possibilità di attivare centri in altre sedi universitarie".

Ricadute positive ci saranno anche sull'attività assistenziale: "Finora abbiamo assistito decine di migliaia di orfani" ha ricordato Paci "e attualmente ne assistiamo circa 4000 a domicilio.

A Perugia (a Montebello) sono ormai quasi terminati i lavori per l'edificazione di una casa-albergo per anziani autosufficienti che dovrebbe entrare in attività nei primissimi mesi del 2004.

Stiamo concretizzando il nostro desiderio di potenziare il "Campus di Montebello", creandovi un centro di rappresentanza insieme a un grande centro sportivo. In questo modo dovrebbe prender vita quella che speriamo diventi la "cittadella" Onaosi".

"Queste novità normative" ha concluso Paci "vanno accolte positivamente: ne deriveranno infatti conseguenze positive per tutti i sanitari italiani, che vedranno rafforzati il prestigio e la funzionalità della 'loro' Fondazione Onaosi: una realtà unica non solo nel nostro Paese, ma anche nel resto d'Europa".

I servizi offerti dall'Onaosi ai suoi iscritti

Prestazioni dirette:

- ammissione gratuita nei convitti (Perugia: sezione maschile e femminile), nei collegi universitari (Perugia) e nei centri studi (Bari, Pavia, Padova, Perugia e Torino) dell'Onaosi

Prestazioni indirette:

- contributi per l'ammissione in convitti non gestiti dall'Onaosi
- contributi in denaro per età prescolare, scuole elementari, medie inferiori e superiori, universitari (specializzazioni e perfezionamento post laurea)
- contributi integrativi
- premio ai diciottenni
- premio Casati destinato a cinque assistiti laureatisi brillantemente
- scambi culturali (Erasmus, Socrates, Sism)
- soggiorno estivo a Perugia per adolescenti
- soggiorni di studio all'estero
- progetto Logos (corso di gestione per laureati e laureati)
- programma Start (corso tecnico-professionale per diplomati)
- servizi sociali
- servizi per le vacanze

I contribuenti obbligatori e volontari viventi (secondo l'attuale normativa) possono usufruire oltre che dell'ammissione a convitti, collegi universitari e centri studi, anche del Premio Baruchello (12 premi a laureati col massimo dei voti e la lode) e dell'ammissione al Progetto Logos e al Programma Start. Inoltre è prevista l'assegnazione (a pagamento) di alloggi-vacanza ai sanitari italiani contribuenti obbligatori o volontari nei centri Onaosi di Porto verde di Misano Adriatico (Rimini), Torre Normanna di Ispani (Salerno), Nevegal (Belluno) e Prè Saint Didier (Aosta).

Veneto

LA SANITÀ NELLA REGIONE VENETO

Si comincia tagliando i posti letto pubblici

di Eva Antoniotti

RIGUARDO ALLA SANITÀ LA REGIONE VENETO È STATA UN MODELLO DI RIFERIMENTO, IMITATO NON SOLO IN ITALIA. MA OGGI SI STANNO PROFILANDO CAMBIAMENTI IMPORTANTI CHE DOVREBBERO RIDISEGNARE TUTTA L'ORGANIZZAZIONE SANITARIA DELLA REGIONE E IL PRIMO ATTO APPROVATO DALLA GIUNTA È IL PIANO DI RIORDINO OSPEDALIERO, CHE TAGLIERÀ 1.832 POSTI LETTO COMINCIANDO CON LE STRUTTURE PUBBLICHE. IN ATTESA CHE ARRIVI IL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE

Un'anomalia positiva, la sanità del Veneto. Che si dice sia stata presa a modello anche dall'Oms. Il risultato era un servizio di buona qualità, che riusciva a mantenere i costi nella media nazionale malgrado qualche ridondanza: troppe le Unità locali socio sanitarie (Ulss), troppe le strutture e i posti letto ospedalieri. Non stupisce che nel passaggio alla fase federalista della sanità, proprio al Veneto siano state assegnate funzioni di raccordo tra le strutture regionali: l'assessore veneto alla Sanità, Fabio Gava, è stato indicato come coordinatore di tutti gli assessori regionali in materia e lo stesso è accaduto anche per Antonio De Poli, assessore veneto ai servizi sociali. Un incarico di prestigio che andava a premiare un sistema efficace ed efficiente, non troppo schierato su opzioni politiche "radicali", ma anche un incarico impegnativo, soprattutto nella fase di avvio del modello federalista, quando ancora non sono stati previsti ruoli ad hoc o almeno il rafforzamento, che pure sembra ormai necessario, del Cinsedo, la struttura che si occupa di raccordare tra loro le amministrazioni regionali, almeno sul piano tecnico. Il risultato è che i dirigenti dell'assessorato veneto passano a Roma quasi la metà del loro tempo, con le conseguenze immaginabili sulla conduzione delle vicende regionali. Ciò non ha impedito, comunque, l'avvio di un impegnativo progetto di riorganizzazione del sistema sanitario regionale. Primo passo, con la delibera n° 740 del novembre scorso, l'approvazione del Piano di riordino ospedaliero, al quale dovrebbe seguire la stesura del Piano socio-sanitario regionale e la ridefinizione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie. Un percorso che va all'inverso di quello che detterebbe la logica, come sottolinea il segretario regionale dell'Anaa Assomed Salvatore Calabrese, ma che i responsabili della sanità veneta giustificano per la necessità di "liberare le risorse", ovvero di risparmiare. Il federalismo, infatti, ha imposto alle Regioni una nuova attenzione ai propri bilanci, visto che non sono più previsti ripiani a consuntivo da parte dello Stato centrale. È per questo che si è deciso di avviare subito il taglio di 1.832 posti letto (nella prima ipotesi avrebbero dovuto essere quasi tremila) e si è anche reintrodotta il ticket sui farmaci, poi modificato con una delibera di pochi giorni fa. A partire dal primo marzo prossimo i cittadini del Veneto pagheranno una quota fissa di 2 euro a confezione, con tre fasce

di esenzione totale: per gli invalidi e i portatori delle 56 malattie gravi previste dal cosiddetto "decreto Bindi", e per i nuclei familiari con reddito Isee (Indicatore di situazione economica equivalente) fino a 8.500 euro, corrispondenti a quasi 30 milioni netti di vecchie lire in termini di reddito "reale". Secondo le previsioni dell'assessore Gava, l'introduzione di questa sorta di redditometro dovrebbe portare all'esenzione dal ticket circa il 30% delle famiglie venete, mentre se applicato su scala nazionale produrrebbe l'esenzione di quasi la metà dei nuclei familiari.

Questioni aperte nel panorama della sanità della Regione restano i rapporti con i poli Universitari, a cominciare da Padova, e le recenti disposizioni in materia di Ecm, per la quale l'Anaa Assomed richiede che tutte le aziende sanitarie del Veneto siano registrate come providers e siano responsabili della formazione dei propri operatori sanitari.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

In Veneto ci sono oltre 21 aziende Ulss ed è convinzione condivisa che siano troppe per un territorio che ha circa 4,5 milioni di abitanti. È prevista infatti una ridefinizione degli ambiti territoriale delle aziende.

AZIENDE OSPEDALIERE

Il Piano di riordino ospedaliero prevede una riduzione degli ospedali, che scendono da 88 a 73, di cui 47 pubblici e 26 privati. I posti letto per acuti e postacuti scenderanno dai 22.899 attivi al 31 dicembre 2000 ai previsti 21.067, con una differenza negativa di 1.832 p.l.. Il Piano prevede anche la nascita di dieci Centri sanitari polifunzionali (senza degenze) e l'attivazione di 5 sperimentazioni gestionali. Il rapporto posti letto/abitanti dovrebbe così arrivare al 4,6 per mille (3,8 per mille per acuti e 0,8 per mille per postacuti).

L'applicazione del Piano è affidata ai Direttori generali ed è diviso in tre fasi: una prima fase dovrebbe essere portata a termine entro il 30 giugno 2003, una seconda entro il 31 dicembre 2003 e l'ultima entro il 30 giugno 2004.

ASSISTENZA TERRITORIALE

La Giunta regionale del Veneto ha approvato un "Progetto Rsa", che dovrebbe creare le strutture ne-

cessarie per garantire la continuità assistenziale ai pazienti ultrasessantacinquenni. Oltre a regolare l'accesso alle Rsa propriamente dette, derivanti dalla riorganizzazione della rete ospedaliera, il progetto prevede la creazione di Residenze sanitarie distrettuali (Rsd) e di Ospedali di comunità (Ch).

Stando alla delibera che avvia il progetto, queste ultime due tipologie di strutture dovrebbero essere individuate in ciascuna azienda Ulss, avendo come mission "il consolidamento dello stato clinico generale, dei risultati terapeutici ottenuti nel reparto ospedaliero per acuti, la prevenzione delle complicazioni e il recupero dell'autonomia, in un'ottica di rientro a domicilio o di ricorso a forme assistenziali territoriali". Il costo complessivo dell'assistenza a ciascun paziente non dovrà superare i 150 euro giornalieri, con una quota di compartecipazione dell'assistito per l'assistenza alberghiera (5 euro al giorno per i primi 20 giorni di ricovero, che crescono nei giorni successivi fino a 50 euro dal 70° giorno in avanti).

Per la conduzione e direzione di queste strutture la delibera prevede l'individuazione di tre figure:

- un medico, cui è affidata la responsabilità della gestione clinica del paziente;
- un case manager, con la responsabilità dell'attuazione del programma terapeutico operativo;
- un responsabile della struttura dal punto di vista igienistico, organizzativo e gestionale.

Veneto

Popolazione: 4.540.850 (dato Istat 2001)

Aziende Ulss: 21

Aziende Ospedaliere: 2

Medici in convenzione: 3.653 medici di famiglia, 540 pediatri l.s., 802 specialisti

Medici dipendenti del Ssn: 7.698, di cui 859 dirigitura complessa e 444 dirigitura semplice (dati regionali al dicembre 2001)

Più dialogo con la dirigenza medica

Dottor Calabrese, cosa sta succedendo alla sanità veneta?

La nostra sanità regionale negli ultimi anni è stato un modello di riferimento, con un forte servizio pubblico capace di essere efficace ed efficiente, pur mantenendo una spesa sanitaria nella media. Una delle note dolenti era una rete ospedaliera ipertrofica, che si è rivelata insostenibile sia a causa della crescita dei costi, dovuti soprattutto alle nuove tecnologie, sia anche in considerazione delle scelte programmatiche orientate a spostare risorse dall'ospedale verso il territorio.

Dunque la scelta della Giunta di avviare il ridimensionamento della rete ospedaliera, a partire dalla delibera del giugno scorso, è appropriata.

Così come è stato deciso, il ridimensionamento della rete ospedaliera rischia di essere fondato solo sulla base delle necessità economiche, mentre sarebbe stato più logico effettuare il percorso inverso, partendo dall'elaborazione di un Piano socio-sanitario regionale, ridisegnando poi gli ambiti territoriali delle aziende Usl per arrivare, infine, alla rete ospedaliera. Così invece si è avuta una diminuzione di posti letto a pioggia, probabilmente in maniera squilibrata nelle varie province, e che dunque produrrà un risparmio modesto. Oltretutto la riduzione di 1832 posti letto, ovvero circa l'8%, avviene prevalentemente a carico delle strutture pubbliche, per le quali sono già stati fissati i tempi: giugno 2003, dicembre 2003, giugno 2004. Meno definita la manovra rispetto al privato accreditato, che copre già il 15% dei p.l. e che è in crescita.

Lei avrebbe preferito che fossero chiuse le strutture?

Un intervento serio, strutturale si ha solo chiudendo reparti o addirittura ospedali. Certo, se facessimo delle rivendicazioni di carattere squisitamente corporativo non dovremmo dire questo, ma la posizione delle associazioni sindacali nella nostra regione è stata sempre di grande responsabilità. Vogliamo lavorare in ospedali sicuri per i cittadini e per gli operatori, e che dunque devono rispondere a determinati criteri minimi: o le strutture vengono adeguate e potenziate o è meglio chiuderle. Bisogna aggiungere che la scelta di avviare il processo di riorganizzazione del sistema sanitario partendo dalla riduzione dei posti letto pesa proprio sui medici ospedalieri, che sono chiamati a fornire prestazioni maggiori rispetto al passato e in condizioni peggiori, sia dal punto di vista economico che dal punto di vista organizzativo, visto che ancora non sono state attivate le risorse alternative sul territorio, come Rsa o A-di. Il risultato è che in questi mesi si sono ricompattate le fila del mondo ospedaliero, preoccupato per la situazione.

Riuscite ad esporre le vostre proposte all'assessorato e all'amministrazione regionale?

Sulla manovra di revisione delle schede ospedaliere noi siamo stati sentiti nel febbraio 2002 e successivamente, in marzo, vi è stata un'audizione nella Commissione sanità del Consiglio regionale. In questo incontro noi abbiamo espresso le nostre considerazioni e consegnato un documento, riferendoci alla proposta che era in essere allora, ma che poi è stata notevolmente mutata. Le nostre osservazioni sono quelle che accennavo sopra: le riduzioni di p.l. ci sembravano prive di progetto, e dunque insufficienti a garantire un reale risparmio, e inoltre chiedevamo la creazione di Rsa. D'altra parte, lo scarso confronto e la scarsa attenzione da parte dell'assessorato hanno portato l'anno scorso tutte le sigle sindacali della dipendenza, dei dirigenti medici e veterinari, a presentare due ricorsi al Tar proprio per il mancato rispetto delle regole della concertazione. Le vicende a cui facevano riferimento i ricorsi riguardavano le Linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale e quelle per l'organizzazione del dipartimento di prevenzione delle aziende Usl. Ricorsi motivati sotto due profili: di merito, perché contestavamo soprattutto il sistema di valutazione dei dirigenti previsti nelle Linee guida, e di metodo, per il mancato rispetto della concertazione, sia per quanto stabilito nel Ccnl, sia per quanto previsto nel protocollo d'intesa sul sistema delle relazioni sindacali regionali. Le due censure sono state presentate nel novembre 2001 e l'8 aprile scorso il Tar ci ha dato ragione, annullando le due delibere di giunta proprio sulla base del protocollo.

Avete ripreso la concertazione su quelle Linee guida?

Dopo la sentenza del Tar abbiamo realizzato una nuova concertazione nel merito e siamo arrivati ad un soddisfacente accordo che abbiamo sottoscritto nel luglio scorso. Ma dob-

biamo ancora una volta lamentare i tempi molto lenti dell'amministrazione regionale, visto che quell'accordo, ovvero il risultato della concertazione con i sindacati medici, è stato tradotto in una delibera approvata soltanto il 29 novembre scorso.

Visti i rapporti non troppo semplici con la Regione, vi preoccupa l'idea che con il prossimo rinnovo contrattuale dovrà esserci una vera e propria contrattazione regionale?

Credo che debbano esserci sempre tre livelli di contrattazione: quella nazionale, per garantire in maniera omogenea le regole del contratto e le parti economiche fisse, la contrattazione regionale, per i fondi aggiuntivi e i criteri applicativi del

**INTERVISTA A SALVATORE CALABRESE
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED VENETO**

contratto, e infine la contrattazione aziendale, per l'attuazione di regole e criteri. Visto che la concertazione si fa fatica ad ottenerla, sarebbe già un passo avanti trasformare gli argomenti di concertazione regionale in vera e propria contrattazione. Comunque, non solo l'Anaaò ma l'intersindacale che esiste di fatto nel Veneto hanno dimostrato di essere in grado di conquistare la concertazione e di aver la forza di portarla avanti.

Cosa vorreste ottenere con il livello regionale della contrattazione?
Vorremmo dei criteri comuni per le aziende per ottenere omogeneità nell'attribuire gli incarichi dirigenziali, la retribuzione di risultato, le risorse aggiuntive, la libera professione aziendale.

**INTERVISTA A FRANCO TONIOLO, DIRETTORE
DELLA SEGRETERIA REGIONALE SANITÀ E SOCIALE DEL VENETO**

Cambieremo l'organizzazione del sistema regionale

La Giunta regionale del Veneto ha approvato nello scorso ottobre il piano di riordino ospedaliero. Non crede, dottor Toniolo, che questo intervento sarebbe dovuto avvenire al termine del processo di riorganizzazione del sistema sanitario veneto, che la stessa delibera preannuncia?

Condividiamo che il percorso logico, in astratto, avrebbe dovuto essere all'inverso ma noi avevamo una realtà specifica da affrontare. Innanzi tutto in Veneto vi era stata una precedente riorganizzazione ospedaliera, del 1999, che dopo essere stata in discussione quasi tre anni in Consiglio regionale è arrivata a conclusione proprio a ridosso della scadenza elettorale, ed ha dunque risentito di una discussione difficile. Il risultato è stato che quella riorganizzazione non è riuscita a cogliere, se non in parte, gli obiettivi che si era prefissata. Nel frattempo sono intervenuti due nuovi fatti fondamentali: i Lea, con la lista dei 43 Drg ad alto rischio di inappropriatazza, e i nuovi parametri relativi ai posti letto ospedalieri fissati dall'Accordo Stato Regioni dell'8 agosto 2001, poi ricompresi nel decreto 347 e infine convertiti nella legge 405/01. Quindi il problema della riduzione della rete ospedaliera, rimasto non concluso, andava risolto prima di porre mano al Pssr, visto oltretutto che il nuovo Titolo V della Costituzione consegna alle Regioni un enorme potere di rinormazione non solo sugli obiettivi ma anche sugli strumenti e l'organizzazione. E per poter programmare adeguatamente, dovevamo prima ridimensionare le risorse destinate agli ospedali, in modo da poter valutare quante se ne potevano spostare su altre politiche.

I vostri interlocutori sociali, a cominciare dai sindacati medici, vi accusano di attuare una politica dei due tempi, nella quale si taglia ora e si rinviano invece le scelte in positivo.

In realtà non è così, perché una volta decisa la programmazione della rete ospedaliera questa non viene attuata il giorno dopo. Il nostro piano di riordino prevede tre fasi di attuazione. E per alcune aziende ospedaliere, come ad esempio quelle integrate con problemi di rapporto tra aziende e territorio, il limite si sposta a fine del 2004.

Può anticiparci le linee del Piano socio-sanitario regionale del Veneto a cui state lavorando?

Intanto c'è un'assoluta innovazione di metodo. Ad oggi, i materiali elaborati su indicazione dell'assessore Gava, e di concerto con l'assessore Poli per la parte sociale integrata, sono arrivati a circa 400 pagine, che abbiamo messo in una web conference. Ciò vuol dire che sindacati, sindaci, associazioni dei malati e della società civile possono non solo leggerli, ma interagire facendo proposte. Venendo alle linee del Piano, io distinguerei due parti. La prima ha una struttura classica, con gli allegati relativi alle politiche sanitarie che individuano priorità e obiettivi, dalla lotta ai tumori alla prevenzione. La seconda è invece innovativa, visto che ora con

norme regionali si possono rendere cedevoli le norme nazionali fissate prima del Titolo V. Come Regione possiamo dunque normare diversamente l'organizzazione sanitaria, ovviamente senza toccare i principi fondamentali. Per capirci, non si può decidere di venir meno ad un sistema universalistico, per andare ad esempio verso quello assicurativo, ma si può invece intervenire su come si organizza un distretto, un ospedale, sui rapporti tra le strutture. Noi la definiamo "reingegnerizzazione" del sistema. Chi ha detto che tutte le aziende devono fare le paghe, o gli acquisti? Alcuni aspetti dell'organizzazione possono essere fatti a livello regionale, o sovraprovinciale, o provinciale, con un'azienda che lo fa per tutte le altre.

I rappresentanti dell'Anaaò Assomed lamentano una forte difficoltà nel rapporto con l'assessorato, tanto che il Tar ha annullato due delibere regionali per carenze nella concertazione. È un'accusa ingiusta?

Anche l'assessore ha dato ragione ai sindacati quando hanno evidenziato come gli incontri siano poco regolari. Per quanto riguarda i ricorsi, però, va detto che non è vero che sia mancato il confronto, ma semplicemente non è stato verbalizzato. Il fatto è che il Veneto in materia di sanità coordina tutte le Regioni, in una situazione che dopo la riforma ter ha fatto un vero salto di qualità in direzione del federalismo. Ciò significa che il gruppo dirigente della sanità regionale è a Roma almeno due o tre giorni alla settimana, ma purtroppo in Regione non ci sono altri dieci dirigenti che mandino avanti il nostro lavoro. Bisognerà pensare a strutturare in modo diverso l'impegno sul fronte delle Regioni, ma per ora questi incarichi di coordinamento sono di tipo gratuito e informale e d'altra parte le risorse umane costano e la nostra Regione non può investire più di tanto.

Questo doppio impegno può essere preoccupante, soprattutto in vista del rinnovo contrattuale che avrà quest'anno un importante livello regionale.

È già stato annunciato ai sindacati che nel piano di riorganizzazione dell'amministrazione che dovrebbe arrivare in Giunta regionale entro un mese, potenzieremo la struttura fissa, crederemo gruppi di lavoro che si avvarranno di singole professionalità prese nelle Usl e faremo una "mini mini Aran" regionale sia per la dipendenza che per la medicina convenzionata.

Come si orienta la Regione riguardo alla riforma della libera professione annunciata dal ministro Sirchia?

Intervenire sul profilo giuridico non è cosa che riguardi le Regioni. Tuttavia posso ricordare che l'assessore Gava ha già dichiarato che, qualora si tornasse alla reversibilità del rapporto di esclusività, si dovrebbe ridiscutere l'indennità attribuita proprio a compensare il venir meno di quel diritto. Questo non vuol dire che andrebbe abolita, ma certamente bisognerebbe chiedersi se l'indennità, nella quantità oggi erogata, sia congrua al quadro normativo mutato.

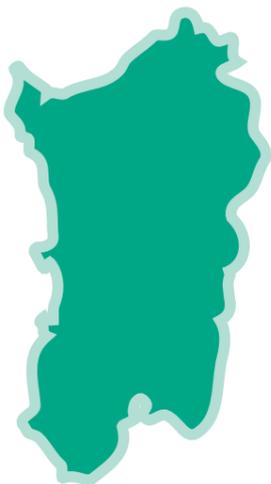
Sardegna

LA SANITÀ NELLA REGIONE SARDEGNA

Allarme rosso

di Maria Gullo

UN SISTEMA SANITARIO CHE FA ACQUA DA MOLTE PARTI, L'ASSENZA TOTALE DI LINEE DI PIANIFICAZIONE. UNA REGIONE CHE ORA SEMBRA AVER PERSO ANCHE LA SFIDA PER AGGIUDICARSI I FINANZIAMENTI AGGIUNTIVI DEL FONDO SANITARIO RELATIVI AL 2001, PER NON AVER ATTUATO I PROVVEDIMENTI NECESSARI AL RAGGIUNGIMENTO DI UNA MAGGIOR APPROPRIATEZZA NEL RISPETTO DEL PATTO DI STABILITÀ DELL'8 AGOSTO. E SE QUALCOSA SI STESSE MUOVENDO? LO ABBIAMO CHIESTO A UN GOVERNO LOCALE CHE NON HA ACCETTATO DI RACCONTARSI



mento di pianificazione in materia bisogna risalire al Piano sanitario regionale predisposto nel 1983. E insieme, tutta una serie di altre iniziative tecniche e politiche in grado di portare a un riordino globale del sistema sanitario sardo e di tutelare i bisogni reali dei cittadini.

La preoccupazione delle parti sociali era aumentata alla luce dell'ultima finanziaria, col timore di un peggioramento della già compromessa situazione esistente. Di fronte ai pericoli di un'eventuale devolution troppo accentuata, emerge forte l'esigenza di integrare le nuove possibilità organizzative senza distruggere ciò che finora si è costruito.

La situazione non si è fatta più rosea a conclusione del tavolo Stato-Regioni del 28 gennaio per stabilire l'accesso agli 815 milioni di euro del fondo sanitario 2001, che per il patto di stabilità dell'8 agosto era vincolata alla tenuta delle manovre locali, relative in particolare al raggiungimento di un adeguato livello di appropriatezza e che vede ora la Sardegna, in compagnia di Campania, Abruzzo, Calabria e Sicilia a rischio di perdere o di ottenere solo in parte, i finanziamenti aggiuntivi promessi dal governo e di accumulare in compenso deficit e tensioni.

AZIENDE ASL

Il processo di aziendalizzazione vede grosse difficoltà nel fissare budget e obiettivi. Stenta a prender piede l'ottemperamento alla legge finanziaria di ormai due anni fa, in particolare in merito alla responsabilizzazione dei direttori generali. Auspicati con forza da parte della dirigenza medica scambi più frequenti con le direzioni generali stesse. Libera professione intramoenia praticata solo in un'azienda sanitaria del capoluogo.

AZIENDE OSPEDALIERE

Esiste un tentativo di razionalizzazione ospedaliera, ma il processo di riduzione dei posti letto non sembra affrontare la questione dell'omogeneità su tutto il territorio regionale. Presenza di liste d'attesa molto lunghe e notevole il fenomeno della migrazione sanitaria, in particolare verso Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. *Posti letto*. La distribuzione è fortemente disomogenea. In alcune realtà del territorio, nelle pic-

cole aziende, siamo al di sotto dei 4 per mille previsti dalla legge (intorno al 3 per mille), mentre i grandi centri, come Cagliari e Sassari, si attestano a volte anche oltre l'8 o il 9 per mille.

ASSISTENZA TERRITORIALE

La pianificazione per il territorio stenta ad imporsi, nonostante il disposto legislativo. Se la razionalizzazione non garantisce omogeneità nelle differenti aree della regione, dalla soddisfazione del bisogno di salute dei cittadini tramite una più capillare medicina del territorio siamo ben lontani. Si continua in una politica di potenziamento dei grandi centri già esistenti.

PIANO SANITARIO REGIONALE

La regione è ferma al Psr 1983-85. Un tentativo di nuovo Psr è stato bloccato dalla fine della legislatura scorsa. L'attuale governo di centro destra si è impegnato ad elaborare il documento 2003-2005 entro l'anno, ma per il momento non si registrano indicazioni concrete di sviluppo della programmazione sanitaria.

CONTRATTI AZIENDALI

Arrivano ora le prime distribuzioni degli incarichi di struttura semplice. Non si è mosso quasi niente sull'integrazione dei fondi relativi allo stipendio di posizione; questi stessi sono nella regione a livello del tabellare; non si registra grande impegno da parte aziendale di cercare di aumentarli e lo stipendio di risultato non viene retribuito in nessuna Azienda.

Terra di grandi bellezze naturali, la Sardegna è anche una regione dove l'elevato livello di longevità della popolazione (la percentuale di centenari è di 13,5 su 100 mila abitanti, rispetto a una media dei Paesi occidentali del 7/8) dipende in gran parte da una fortunata combinazione genetica e probabilmente molto meno dall'efficienza dell'assistenza sanitaria erogata.

Tante le proposte per tentare di sanare un sistema sanitario ormai in grave passivo, secondo gli ultimi rilievi della Corte dei Conti, lievitato dai 99 miliardi di vecchie lire del 1998 ai 720 del 2001; un sistema che sembra fare acqua da tutte le parti e che vede la grossa piaga di una migrazione sanitaria di entità notevole: da un'Authority specifica per la sanità sarda a un'uniformazione tout court che faciliti la gestione delle lunghe liste d'attesa, la situazione dei ricoveri, delle degenze e delle dimissioni e, soprattutto, finalizzata alla raccolta dei dati per un monitoraggio dell'efficienza delle strutture.

Più volte sono stati chiesti con veemenza dalla Commissione Sanità del Consiglio regionale interventi immediati da parte del governo locale e un'approfondita indagine conoscitiva, in particolare all'indomani dell'allarme della Corte dei Conti.

Ma in cima ai grandi assenti, insieme agli strumenti finalizzati a perseguire un dignitoso livello di appropriatezza, si colloca una linea di programmazione sanitaria, elemento la cui necessità risulta evidente lì dove, per vedere l'ultimo stru-

La Sardegna

Popolazione: 1.662.000

Aziende Asl: 8

Aziende Ospedaliere: 1

Medici dipendenti dal Ssn: 3600

Medici di base: 1621

Posti letto, Psr, migrazione: chiediamo un impegno concreto

INTERVISTA A MARCELLO ANGIUS
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED SARDEGNA

Dottor Angius, la prima questione allarmante, analizzando il sistema sanitario della vostra regione, mi sembra un Psr fermo al 1983-1985. Si sta lavorando a una riordino del Ssr? Basato su quali pilastri? Ne esiste almeno un'elaborazione "in nuce"?

Non vediamo ancora una chiara volontà politica di elaborare il piano sanitario, non sembra esserci alcun presupposto affinché esso sia legiferato, né tantomeno le basi di una programmazione seria.

È stato fatto un tentativo di Psr, che aveva visto il contributo di tutte le parti sociali, il quale è arrivato però a fine legislatura e il precedente governo di centro sinistra non è riuscito a farlo passare. L'attuale governo di centro destra si era impegnato ad elaborare entro un anno, insomma in tempo breve, il nuovo piano. Invece non ha visto né la luce, né indicazioni concrete di sviluppo, almeno per quello che ne sappiamo. Quello che c'è è un tentativo di razionalizzazione ospedaliera ma è un tentativo piuttosto maldestro, che vede una sperequazione notevole della riduzione dei posti letto. Bisogna tener conto che in Sardegna ci sono realtà, piccole aziende, al di sotto dei 4 p.l. per mille abitanti previsti dalla legge, (si attestano intorno al 3 per mille) e altre, come Cagliari e Sassari, che vanno a volte anche oltre l'8, il 9 per mille.

Ne deduco che siamo ben lontani anche dal bilanciare la razionalizzazione della rete ospedaliera con lo sviluppo del territorio?

Di territorio non si riesce nemmeno a parlarne. Al contrario, si continuano a potenziare i grossi centri, nel capoluogo e a Sassari, a scapito degli altri. La riduzione dei posti letto ospedalieri sta avvenendo non tenendo assolutamente conto di quello che obiettivamente il disposto legislativo afferma in merito, e cioè che bisognerebbe far in modo di sviluppare i servizi territoriali, di soddisfare i bisogni della popolazione anche attraverso quest'ottica.

Questo mostra l'incapacità di gestire la cosa sanitaria in maniera aziendale: tutte e due le Asl di Cagliari e di Sassari hanno dei deficit spaventosi. La regione tutta ha fatto registrare un passivo molto consistente: credo che nel 2002 abbia superato i 500 miliardi.

Questa situazione della sanità nella vostra regione determina una migrazione sanitaria di entità notevole?

Una volta introdotta quella conquista regionale che è stata la 'continuità territoriale' - grazie alla riconosciuta peculiarità della regione - ovvero la possibilità di arrivare in aereo a Roma e a Milano in modo relativamente economico, molti emigrano nel Lazio, in Lombardia, piuttosto che in Veneto e in Emilia Romagna, spinti, non certo dal nostro demerito scientifico, ma da liste d'attesa molto lunghe e portano così a tutti gli effetti la loro quota capitaria in queste regioni; le quali, essendo molto evolute anche per quanto riguarda l'analisi dei costi, chiedono e mettono in essere il recupero di questi crediti. Cosa che non succede da noi quando, nel periodo estivo, con l'afflusso turistico notevole che registriamo e col fabbisogno sanitario che sale a livelli esponenziali a carico delle strutture regionali, sempre oberate ma in grado comunque di fornire le prestazioni necessarie, non siamo in grado di quantificare in maniera acconcia i costi sostenuti e vediamo acuirsi ancor più il disavanzo.

Alla luce di quanto detto mi sembra sia da registrare un certo scollamento tra assessorato e parti sociali?

Ci sono stati momenti di grosso attrito, ma noi le nostre proposte le abbiamo fatte. Recentemente avevamo

posto con forza tra l'altro la richiesta di essere al tavolo della trattativa sull'accordo Ospedale-Università.

In proposito ricordo che nel documento da voi elaborato in seguito al Congresso regionale di aprile auspicavate scambi più frequenti tra le direzioni generali e la dirigenza medica. E una maggiore centralità del medico nella gestione sanitaria. A che punto siamo?

In pratica siamo fermi. I direttori generali in Sardegna hanno applicato un decimo, forse un ventesimo del contratto in tutta la regione. Stiamo vedendo solo da pochissimo l'attribuzione d'incarichi; non abbiamo ancora visto quasi niente in merito all'integrazione dei fondi relativi allo stipendio di posizione; i fondi dello stipendio di posizione in Sardegna sono a livello del tabellare, non c'è stato nessuno sforzo da parte delle aziende di cercare di aumentare o meglio di quantificare in maniera acconcia i fondi di posizione, e lo stipendio di risultato non viene retribuito in nessuna Azienda.

Inoltre la libera professione, se non in una parte molto molto minima, non è praticata dai colleghi ospedalieri; c'è una parte di intramoenia ambulatoriale, ma quella in regime di ricovero a me consta che sia esercitata soltanto in un'azienda ospedaliera di Cagliari; nessuno dei direttori generali si è mosso anche solo per riservare una stanza per la libera professione. La legge finanziaria di già due anni fa prevedeva il sollevamento dall'incarico per i direttori generali che non avessero ottemperato a tale compito, ma questo provvedimento legislativo sembra non venir preso in considerazione dal nostro governo locale.

Quali le conseguenze sull'assistenza?

Nella Asl più grande della Sardegna si stanno attribuendo gli incarichi di struttura semplice solo da qualche giorno, dopo un contenzioso piuttosto pesante: a una posizione pervicace del direttore generale nel non voler distribuire gli incarichi ha fatto seguito una presa di posizione molto ferma delle parti sociali (c'è stato un grosso accordo intersindacale, gestito soprat-

tutto dalla nostra sigla), e abbiamo sbloccato la situazione. Del resto, non ci illudiamo, fra poco ci saranno le amministrative e quindi c'è bisogno di dispensare qualcosa in giro... In ogni caso si danno gli incarichi ma i budget non vengono fissati e tantomeno gli obiettivi, per via della situazione delle casse. E dopo i primi incarichi di struttura semplice per far vedere che qualcosa è stato fatto, il timore è che ci sia il disegno di fermarsi a questi, di lasciare gli altri incarichi nel limbo e di tirare la corda.

Il risultato è che, proprio per la questione degli incarichi, le nostre attività negli ospedali, già bloccate fino a qualche mese fa per un tentativo di metter ordine utilizzando i fondi relativi all'articolo 20, non si sono ancora del tutto sbloccate.

Chi l'ha visti?

In queste pagine dedicate alla sanità nella Regione Sardegna manca la voce diretta del governo locale, il quale, sebbene contattato più volte nella persona dell'assessore alla Sanità, Giorgio Oppi, del Capo di gabinetto, Salvatore Pani, non ha manifestato alcuna volontà di rispondere alle nostre domande per aiutarci ad offrire un quadro più chiaro della situazione del sistema sanitario regionale, su quali priorità si stia lavorando e in quale direzione si stia muovendo per sanare il forte deficit a carico del bilancio regionale e migliorare il servizio attualmente offerto ai cittadini.

Bocciata sui finanziamenti aggiuntivi 2001

Il disavanzo accumulato dalle casse regionali sarde si attesta secondo le ultime verifiche a 156 milioni di euro e la Sardegna viene "bocciata" sull'integrazione dei finanziamenti relativi al 2001, così che il sistema sanitario dell'isola appare sempre più compromesso. Il "premio" in palio erano i 3miliardi e 400milioni di euro da dividere tra tutte le regioni che avessero superato la "prova" prevista nel patto di stabilità, che andava dal recepimento dei Lea al rispetto del patto di stabilità interno, dalla verifica del disavanzo all'adozione di adeguate misure di copertura e agli obblighi informativi. A verifica terminata, dell'opera dei governatori all'amministrazione sarda il governo centrale contesta, dal tavolo tecnico Stato-Regioni di fine gennaio, l'assenza di una legge finanziaria regionale, e "rimanda" quindi la Sardegna, insieme alle altre quattro inadempienti Sicilia, Calabria, Abruzzo e Campania, a tempi migliori, con l'unica speranza di una "soluzione politica". Pena, l'addio ai 72milioni di euro promessi, al-

l'interno di un quadro già molto delicato anche per quanto riguarda l'assegnazione del riparto del 2003. Nel frattempo cresce la tensione con le parti sociali. Il comparto socio-sanitario privato convenzionato scende in piazza a Cagliari il 27 febbraio, giornata di sciopero regionale proclamato da Cgil, Cisl e Uil, riunitesi proprio sul tema caldo della sanità. La criticità delle strutture sarde, a detta delle organizzazioni sindacali, ha raggiunto un livello insostenibile, a causa del ritardo accumulatosi nel pagamento degli stipendi, nell'applicazione e nel rispetto del Cnl, e lì dove, ad esempio, la Asl 8, grazie a uno schema di contratto approvato dalla giunta Pili, ha già previsto un taglio del 20% alle attività e ai tetti di spesa delle private convenzionate. I segretari regionali delle categorie chiedono un incontro al più presto al presidente su scelte che possono portare nell'immediato alla riduzione dei livelli occupazionali in una regione già fortemente provata in tal senso.

LE REGOLE, L'ETICA, LA DEONTOLOGIA E L'IDENTITÀ DELLA CATEGORIA MEDICA

Mettiamo "un po' d'Ordine" nella nostra professione

Gli Ordini professionali sono il luogo dove si ricompongono i frammenti del lavoro quotidiano in una visione complessiva che ridefinisce, con continuità e sistematicità, l'identità civile ed etica del medico

di **Amedeo Bianco***

Parto da una considerazione dura ed amara: una consistente maggioranza dei medici e degli odontoiatri ignora l'Ordine professionale, nel senso che non riconosce né percepisce l'utilità ed il valore di questa Istituzione.

Questo dato è solo in parte desumibile dalle modeste percentuali di partecipazione alle tornate elettorali che nelle province medio-grandi faticano a raggiungere la soglia del 20% perché su questo fenomeno le regole elettorali giocano un forte ruolo negativo; il seggio unico, la compilazione di schede con decine di nomi e cognomi richiedono agli elettori molto più del comune senso civico e partecipativo.

La causa prevalente risiede invece in una diffusa ed inveterata percezione dell'Ordine come una Istituzione antica e nobile che gestisce aspetti pressoché residuali della professione quali la disciplina deontologica, la pubblicità sanitaria, le retoriche del saluto ai Convegni, le certificazioni di iscrizione, la distribuzione dei ricettari per stupefacenti, le medaglie ai Colleghi anziani e così via.

Certo, gli Ordini professionali hanno anche questi compiti che in parte ne sostanziano la forma giuridica di Enti pubblici ausiliari dello Stato, in parte sono funzionali mantengono viva una sorta di "tradizione sociale" della professione, ma questi riti non disturbano anzi sono positivi perché chi smarrisce una memoria è candidato ad una debole identità.

Eppure molte cose sono cambiate ed altre stanno rapidamente mutando anche negli Ordini e per gli Ordini nonostante la legge istitutiva risalga al 1946 (Decreto del Capo Provvisorio dello Stato del 13-11-1946 n. 233); i regolamenti di funzionamento al 1950 (D.P.R. del 5-4-1950 n.221) integrati, dal punto di vista ordinamentale con l'istituzione dell'Albo degli Odontoiatri nel 1985 (Legge 24-7-1985 n.409).

Nonostante le tante promesse pre e post elettorali di diverse legislature, il Parlamento non ha ancora formalizzato una proposta di legge di riforma degli Ordini pro-

fessionali. Per tutti noi il senso e il significato della professione si identifica con il come e che cosa ogni giorno facciamo in scienza e coscienza: le quotidiane difficoltà di comunicazione con i pazienti e parenti, con i sistemi organizzativi e gestionali, con le conoscenze tecniche che rapidamente si consumano, con le risorse limitate che fronteggiano l'espansione della domanda, con le problematiche etiche sollevate dall'immenso sviluppo della ricerca e relative applicazioni biotecnologiche.

Sono come degli spots di luce; veri e propri frammenti di un complesso sistema tecnico professionale, sociale, etico, civile che vorticosamente si trasforma e sposta continuamente in avanti equilibri faticosamente raggiunti.

Credo che gli Ordini siano il luogo, in parte fisico in parte virtuale, più idoneo a ricomporre questi frammenti in una visione complessiva che possa con continuità e sistematicità ridefinire l'identità civile ed etica del medico e della professione, prima o in ragione di quanto altri hanno fatto o pensato di fare.

Mi riferisco ad esempio al forte orientamento europeo che tende ad assimilare le nostre attività, come quelle di tutte le professioni intellettuali, a quelle di un'impresa commerciale regolata dalle stesse norme che governano il mercato delle merci.

La maggior parte degli Ordini e la stessa Fnomceo hanno contrastato e si oppongono ancora oggi a questa deriva di mercato, non perché ammalati di romanticismo ma perché consapevoli che questo profilo del medico e della professione uccide due valori fondamentali: l'autonomia e la responsabilità.

Nel mercato delle merci l'autonomia è definita dai diversi tassi di profitto, la responsabilità non può trasgredire le regole che governano la ricerca del maggior profitto: la ricerca del profitto è, in questo sistema un valore che ha la sua piena legittimità etica perché considerato benzina nel motore di una macchina che dovrebbe produrre e diffondere benessere.

In questa prospettiva, si riducono molto gli spazi per una diversa visione delle proprie attività professionali; cambia la natura civile ed etica del contratto con i pazienti ma non credo di dover aggiungere altro.

Ogni lettore, nella sua quotidiana realtà operativa, paga il costo della difficile mediazione tra ciò che è richiesto e ciò che è possibile e sostenibile dare, in questa partita infinita il medico non può limitarsi ad essere spettatore: è in campo e gioca nella squadra dei diritti fondamentali della equità e della solidarietà.

Mi amareggia dirlo ma credo che pochi di noi abbiano letto e discusso almeno una volta per intero il Codice Deontologico.

Eppure questo insieme di regole che i Medici autonomamente e responsabilmente si sono dati costituisce un'altra straordinaria caratteristica della nostra identità civile ed etica; su alcune questioni quali il consenso informato, l'accanimento terapeutico e l'eutanasia, la procreazione medicalmente assistita, la tutela dei minori e della privacy, le cosiddette terapie non convenzionali, la sperimentazione, il Codice afferma principi, vincolanti per i Professionisti, che ancora oggi mancano nella giurisdizione maggiore delle leggi dello Stato.

È una carta dei diritti e dei doveri dei medici che ci onora come professionisti e come cittadini; è scritta con saggezza, con il sofferito e paziente equilibrio di chi deve rispettare le leggi scritte e quelle non scritte che comunque animano le diverse coscienze.

Forse gli Ordini professionali, meglio di qualunque altro soggetto rappresentativo, potrebbero adoperarsi perché tutto questo trovi posto nel nuovo Statuto dell'Europa unita, definendo uno status giuridico delle professioni in genere e della nostra in particolare che le affranchi definitivamente dall'equivalenza ad una qualunque altra merce.

Questa vocazione che in varie sedi come Ordini abbiamo più volte esplicitato, non senza qualche scetticismo di alcuni, comincia in-

vece a fare breccia nel pensiero di qualche politico ed economista che, smaltito il delirio del mercato, ritiene che sia forse ragionevole esaltare e riconoscere autonomia e responsabilità a coloro che, attraverso il loro esercizio professionale, tutelano e garantiscono aree di diritti fondamentali (la salute, l'ambiente, l'istruzione, la giustizia) che rendono possibile e civile la convivenza delle diversità.

Un altro dei problemi più rilevanti riguarda la formazione pre e post laurea e l'aggiornamento continuo dei medici; a tal riguardo gli Ordini, forse più e meglio di altri possono e devono insistere, anche a costo di farsi male, nel sollevare una questione di fondo.

Tutta la formazione pre laurea e una parte di quella post laurea è ancora troppo povera di "visione professionale".

Non è solo questione di contenuti (poca attenzione alla comunicazione, all'antropologia, all'etica e deontologia, alle tecniche di organizzazione e gestione delle risorse) ma anche di forme ed ambiti di attività pratica sulle persone e sui problemi.

Spesso è drammatica la metamorfosi tra laureato in medicina e professionista medico, tra il sapere ed il saper fare; è compito innanzitutto degli Ordini adoperarsi per un percorso formativo efficacemente professionalizzante.

Proprio a partire dall'iniziativa di alcuni Ordini si stanno ad esempio sviluppando aree di crediti formativi pre laurea che vedono lo studente frequentare oltre che gli ospedali gli studi professionali dei medici di famiglia; in altre realtà sono stati invece formalizzati corsi di formazione in etica e deontologia medica; sono piccoli ma significativi passi nella giusta direzione.

Mancano in questa agenda molte altre note ma credo che quanto argomentato sia più che sufficiente per invitare tutti a mettere un "po' d'Ordine" nella nostra professione.

***Presidente Ordine dei Medici di Torino e vice presidente Fnomceo**

APPROVATO IL COLLEGATO "FRATTINI" ALLA LEGGE FINANZIARIA 2002

Al via il riordino degli Irccs

È prevista, tra l'altro, la possibile trasformazione, d'intesa con la Regione interessata, degli Istituti in Fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute

di Danilo Morini*

Nell'ultima seduta del 2002 l'Aula del Senato ha definitivamente approvato il disegno di legge d'iniziativa dell'allora Ministro della Funzione Pubblica Frattini collegato in materia ordinamentale alla legge finanziaria per il 2002.

Per l'esattezza il disegno di legge recava il titolo "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione". Nel corso del suo iter, che ha visto due passaggi in Aula sia alla Camera che al Senato, il disegno è passato dagli iniziali 28 articoli a ben 54 articoli, spaziando dalla istituzione dell'Alto Commissariato per la prevenzione e il contrasto della corruzione a norme sulla pubblica istruzione e in materia di affari esteri, di difesa, di comunicazioni ed infine alla tutela della salute, ivi compresa la da tempo auspicata revisione della disciplina del fumo nei locali pubblici.

Ci interessa però evidenziare che ben 12 articoli riguardano la sanità pubblica e tra questi sicuramente quello più importante concerne la delega conferita al Governo per il riordino istituzionale ed organizzativo degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, con particolare riguardo a quelli di diritto pubblico.

Se la delega verrà esercitata nei termini previsti l'attuale ministro della Salute, prof. Sirchia, che non dimentichiamoci ha svolto la sua carriera di medico pubblico alle dipendenze di un Irccs, porta a casa un significativo risultato che non è riuscito a ben quattro (Costa, Guzzanti, Bindi e Veronesi) suoi predecessori e soprattutto porrà termine ad una negativa e deprecabile condizione di precarietà istituzionale e normativa che ha caratterizzato gli Irccs dal 1° luglio 1994, precarietà di cui ha una chiara e negativa responsabilità l'on. Costa, ministro della Sanità del 1° governo Berlusconi.

Fu infatti Costa con una sua nota del 21 giugno 1994 n. 500-1/A19/RI/001 2081 a scrivere al ministero di Grazia e Giustizia - Ufficio Pubblicazioni leggi e decreti - chiedendo la sospensione della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale ed il ritiro dei D.P.R. datati 16 marzo 1994 concernenti sia il regolamento relativo al riordinamento degli Irccs a norma dell'art. 2, c. 3 del D.Lgs. 30-06-1993 n. 269 che il regolamento concernente composizione e funzioni degli organi degli Irccs a norma dell'art. 3, c. 2 del D.Lgs. 30.06.1993 n. 269.

Quanto sopra era motivato dal fatto che le disposizioni dei predetti regolamenti non ammesse al visto da parte della Corte dei Conti, rendevano non applicabili i due regolamenti. L'affermazio-

ne di cui sopra era del tutto opinabile ed errata in quanto la Corte dei Conti aveva censurato la composizione del Collegio dei Revisori (poteva benissimo al riguardo mantenersi in vigore la composizione del Collegio come allo stato odierno dal DPR 617/1980) nonché alcune altre disposizioni di poco conto e di minimo dettaglio.

Veniva così bloccata una normativa razionale ed aggiornata qual'era ed è quella dettata dal D.Lgs. 269/1993, del tutto coerente ed omologa con il riordino aziendalistico delle aziende sanitarie ed ospedaliere recato dai coevi e ben noti Decreti legislativi 502/1992 e 517/1993. Il ministro Costa poi faceva adottare il Decreto Legge 30 giugno 1994 n. 419 che disponeva a decorrere dal 1° luglio 1994 la gestione di tutti gli Irccs di diritto pubblico, con eccezione del Gaslini di Genova, da parte di un Commissario Straordinario di nomina ministeriale, condizione che perdura tutt'ora. Veniamo ora all'art. 42 della legge definitivamente approvata il 21 dicembre u.s. al Senato. Nell'ampia delega al Governo in esso contenuta si tratta, almeno dal punto di vista formale, di quattro lettere di principi e criteri direttivi (anche se la lettura di alcuni capoversi fa emergere come in sostanza essi siano ben di più) che insistono tanto sull'organizzazione generale degli Irccs, quanto sui loro compiti di assistenza sanitaria e di ricerca.

Tra le disposizioni di carattere generale, si sottolineano: la possibile trasformazione d'intesa con la Regione interessata degli Istituti in Fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposti alla vigilanza del ministero della Salute (lett. a); il richiamo al principio di separazione, nell'organizzazione degli Istituti, tra le funzioni di indirizzo e controllo ed i compiti di gestione ed attuazione (lett. b); l'indicazione degli Organi (Consiglio di Amministrazione, Presidente, Direttore Generale-Amministratore Delegato e, infine, Direttore Scientifico) e delle loro modalità di nomina (lett. b); la devoluzione ai nuovi Enti del patrimonio e del personale degli Irccs trasformati e lo stato giuridico dei propri dipendenti (lett. c); il regime di esenzione fiscale per le erogazioni liberali effettuate da parte dei soggetti privati verso i nuovi Enti (lett. l); la regolamentazione dei criteri per il riconoscimento delle nuove Fondazioni ed i provvedimenti ad esso connessi, effettuati sulla base di una programmazione nazionale riferita ad ambiti disciplinari specifici

(lett. m); la devoluzione del patrimonio, in caso di estinzione, in favore di istituzioni pubbliche che detengano finalità analoghe (lett. n).

Per quanto attiene alle attività di ricerca, viene invece conferito un mandato al Governo affinché preveda: misure di collegamento tra gli Irccs ed altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, nonché con le Università, con la finalità di elaborare programmi comuni (lett. d); strumenti che valorizzino la proprietà dei risultati scientifici (lett. e); le modalità di costituzione e/o partecipazione ad organismi privati che operino nel settore della ricerca biomedica e dell'industria (lett. e); l'attribuzione a ciascuna fondazione di progetti finalizzati di ricerca (lett. f); nuove modalità di collaborazione con ricercatori e scienziati su progetti specifici (lett. h); l'istituzione di un organismo ministeriale con il compito di sovrintendere alla ricerca biomedica, a composizione mista, con compiti di consulenza e supporto tecnico (lett. o).

Per quanto riguarda specificatamente infine i compiti di assistenza sanitaria, viene sancito che le Fondazioni possano concedere anche ad altri soggetti pubblici o privati i propri compiti di gestione, secondo parametri di qualità ed efficienza dei servizi (lett. i).

I principi contenuti nell'articolo 42 nella legge di delega risultano comunque necessariamente di carattere generale e destinati ad essere completati e resi operativi dal futuro decreto legislativo, da emanarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, sentite la Conferenza Stato-Regioni e le Commissioni parlamentari competenti; il problema dell'invadenza nelle competenze regionali si porrà allora piuttosto con l'emanazione del decreto delegato, che ovviamente conterrà una disciplina più composita ed analitica della materia e che dovrà chiarire come potranno essere salvaguardate le attribuzioni regionali in materia, esplicitamente fatte salve alla lettera a) del comma 1 dell'art. 42 della legge.

Tutto quanto sopra è sicuramente positivo sotto il profilo sia della assoluta necessità di dare agli Irccs una gestione ordinaria, perdurando la gestione straordinaria in capo ai Commissari di nomina ministeriale da ben nove anni che, e soprattutto, di un equilibrato rapporto di potere tra le Regioni e Governo. Questo rapporto oggi è sicuramente squilibrato a favore del potere governativo, anche se va riconosciuto al ministro Sirchia un concreto rapporto, sul piano di fatto, con la Regione interessata con la quale ha sempre concordato la nomina del

Commissario Straordinario laddove ha proceduto a modificare le nomine attuate dai suoi predecessori.

Diverso invece è il giudizio sulla delega se rapportata agli ampliati poteri in materia di tutela della salute conferiti alle Regioni dalla Legge Costituzione 3/2001. Un parere pro-veritate, acquisito quando eravamo di fronte ad un disegno di legge presso un esperto di diritto costituzionale degli Irccs Rizzoli di Bologna e Tumori di Milano, al riguardo così argomentava:

"ciò che comunque si può già dire in riferimento alla legge (il che vale, a fortiori, per il futuro decreto che ne scaturirà) è che appaiono indicativamente assumere la valenza principi di carattere fondamentale, in base ai criteri in precedenza illustrati, le sole disposizioni relative alle attività di ricerca, contenute nelle lettere d), e), f), g), n) del comma 1 dell'art. 42, oltre a quanto sancito sulla vigilanza del ministero della Salute (lett. a) e sulla procedura del riconoscimento (lett. m).

Non sembra invece possano essere considerate tali le norme di riforma di carattere generale che vanno a disporre sulle modalità organizzative degli Istituti e su tutti gli aspetti connessi alla loro trasformazione in Fondazioni; parimenti è a dirsi, nel senso di un loro sospetto contrasto con le rinnovate attribuzioni legislative in materia, per quanto previsto sulle attività di assistenza sanitaria, così come appaiono più che fondati i dubbi in merito a quanto disposto sugli Organi degli Istituti (ad eccezione del ruolo del Direttore Scientifico), sul rapporto di lavoro del personale e sulla loro qualificazione espressa quali "Fondazioni di rilievo nazionale".

Dopo aver paventato che la riconfermata continuità delle funzioni statali nell'ambito della ricerca scientifica possa diventare un espediente per comprimere la completezza legislativa regionale sulla tutela della salute, il sopradetto parere concludeva che l'articolo di delega nel suo assetto attuale costituisce "uno straripamento normativo dello Stato dagli argini disegnati dalla legge costituzionale n. 3/2001; resta comunque inteso che, laddove la nuova legge nazionale non si adeguasse ai criteri che si sono sin qui sostenuti, andando ben oltre alla determinazione dei principi fondamentali, la Regione interessata, non solo potrà impugnare il riordino innanzi alla Corte Costituzionale, ma potrà sempre recuperare il meccanismo del proprio intervento legislativo autonomo, desumendo anche dalla nuova normativa i principi

che ritiene solo effettivamente vincolanti.

Viene di conseguenza spontaneo domandarsi in conclusione cosa dovrebbe prevedere dunque un intervento normativo centrale per presentarsi sostanzialmente e formalmente corretto di fronte al nuovo sistema costituzionale delle fonti e, specularmente, a cosa esso dovrebbe limitarsi.

Senza aver la pretesa di introdurre un progetto di riforma degli Irccs, appare quindi possibile individuare, almeno per punti essenziali, gli oggetti dell'intervento statale, indefettibilmente di rango legislativo, che possano validamente rappresentare gli elementi di principio da assumere nella successiva disciplina regionale compiuta degli Istituti, necessaria per mandare a regime il loro sistema e funzionamento:

- la definizione degli Istituti, le loro finalità generali (che non possono prescindere da un rilevante ruolo assistenziale), il ruolo da essi detenuto e la correlazione tra lo svolgimento delle attività istituzionali e gli obiettivi della programmazione nazionale e regionale;
- i tratti organizzativi di massima, quale il riconoscimento di una certa dose di autonomia (dallo Stato e dalla Regione), come sancito ad esempio per le Asl;
- la possibilità, solo tale, della trasformazione – in base alle opzioni regionali – in soggetti di diritto privato, secondo modelli non rigidamente individuati;
- i poteri di alta vigilanza del ministero, da esercitarsi anche attraverso la creazione di un apposito Organismo

tecnico;

- l'onoscimento nazionale o di provvedimenti analoghi, impostati in termini di concertazione con la Regione interessata;
- la previsione degli Organi degli Irccs con competenze, anche di controllo, in materia di ricerca scientifica, la loro composizione, i loro requisiti, le modalità di nomina;
- l'applicabilità al personale operante nell'assistenza sanitaria e nella ricerca biomedica della disciplina vigente;
- le disposizioni di carattere privatistico in merito ai beni, alle forme di tutela degli utenti, ai rapporti con i soggetti che usufruiscono delle prestazioni di ricerca scientifica degli Irccs, alla tutela delle invenzioni "scientifiche";

- i rapporti con l'Università e con altre strutture di ricerca, i termini generali della collaborazione con soggetti privati e dello svolgimento di attività a fini di lucro;
- le disposizioni generali sulla ricerca e sull'attività scientifica di base degli Istituti, sui programmi da porre in essere e sulle modalità di accesso da parte delle Regioni e/o degli stessi Irccs a tali programmi, nonché il relativo finanziamento;
- le procedure di coordinamento tra Stato e Regioni nell'ambito della valutazione delle attività degli Irccs ed i doveri di questi ultimi al fine di rendere effettivo ed efficace tale coordinamento;
- l'esercizio di poteri sostitutivi statali in caso di inadempienze regionali e la previsione di normativa transitoria va-

L'ANAAO ASSOMED VIGILERÀ SUL DECRETO ATTUATIVO

Irccs: una riforma che preoccupa gli addetti ai lavori

Il 20 gennaio 2003 è stata pubblicata la legge n. 3/2003 (supplemento ordinario n.5 della G.U.) "Collegato ordinamentale in materia di Pubblica amministrazione" che all'art.42 contiene la delega per la trasformazione degli Irccs in Fondazioni. Siamo arrivati (forse) alla fine di un iter iniziato nel 1992 quando l'art. 1, comma 1, lettera h, della legge di delega del 23/10/1992 n. 421, per la razionalizzazione del Ssn, prevedeva il riordino di questi Enti!!!

Entro sei mesi, su proposta del ministero della Salute, d'intesa con il ministro della Funzione Pubblica e il ministro dell'Economia e delle Finanze, il Governo è delegato ad emanare un decreto che, sulla base di principi e criteri direttivi delineati nella legge stessa di delega, porti a "prevedere e disciplinare, nel rispetto delle attribuzioni delle regioni e delle province autonome...le modalità e le condizioni attraverso le quali il Ministero della salute, di intesa con le regioni interessate, possa trasformare gli Irccs di diritto pubblico, esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge, in Fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati...restando ferma la natura pubblica degli Istituti medesimi".

Gli Irccs prescelti ad essere trasformati in Fondazioni, nella loro organizzazione (punto b, art.1) introducono il principio di separazione tra funzioni di indirizzo e controllo reintroducendo il CdA (con rappresentanti dello Stato, della Regione, del Comune e privati), il presidente ed il direttore generale-amministratore delegato. Il direttore scientifico, nominato dal Ministero della salute, sentita la regione interessata fa parte dell'organo di gestione. Gli Irccs non trasformati in Fondazioni devono comunque adeguare i propri ordinamenti al principio della separazione delle funzioni, come detto sopra, con un CdA (composto per metà da soggetti designati dal Ministro della Salute e per metà al Presidente della Regione) che nomina il direttore generale, il presidente dell'Istituto nominato dal Ministro della Salute, garantendo l'autonomia del direttore scientifico, nominato anch'esso dal Ministro della Salute, sentita il presidente della regione interessata. Non essendo tutti gli Irccs obbligatoriamente trasformati in Fondazioni, quali saranno i criteri in base ai quali avverrà la scelta? Al punto c) si prevede di "trasferire ai nuovi enti il patrimonio,

i rapporti attivi e passivi, ed personale degli istituti trasformati" e al punto i) "di disciplinare le modalità attraverso le quali le fondazioni...possono concedere ad altri soggetti, pubblici o privati, compiti di gestione, anche di assistenza sanitaria, in funzione della migliore qualità e maggiore efficienza del servizio reso".

Altre osservazioni di carattere generale sono obbligatorie:

- gli Irccs di diritto pubblico potenzialmente interessati al provvedimento sono 15 con un totale di 6113 posti letto ed un totale di circa 16621 dipendenti ed un bilancio complessivo di 4000 miliardi di lire. Il personale passerà a rapporto di diritto privato, anche se si potrà optare di rimanere "pubblici" (ma fino a quando?) ed il patrimonio passerà alle Fondazioni con una vera e propria alienazione e conseguente impoverimento del Ssn.
- La missione pubblica sarebbe salvaguardata prevedendo nel CdA una partecipazione maggioritaria di membri nominati dalla parte pubblica, ma non è specificato chi detiene la vera maggioranza economica e se il 51% non è affidato ad un unico gestore l'Ente sarebbe, a nostro avviso, difficilmente governabile e debole nelle scelte strategiche. D'altra parte una minoranza che porta capitali potrebbe benissimo "gestire" una società pur essendo in minoranza. Inoltre tra le istituzioni pubbliche chiamate a partecipare al CdA ad esempio ci sono i Comuni il cui indebitamento cronico e vincoli di bilancio rigidi la dicono lunga sulla loro capacità di voce in capitolo.
- Il possibile affidamento della gestione, anche di assistenza sanitaria, a società private potrebbe portare a processi di riorganizzazione tendenti al massimo del risparmio camuffandole per "una maggiore efficienza del servizio reso" e contestuale possibile decremento qualitativo delle prestazioni. Riteniamo difficile che un privato possa vestire dall'oggi al domani in un settore "a rischio" come quello della salute le vesti del "buon samaritano".

Accanto a queste preoccupazioni di carattere sociale, è opportuno sottolineare anche quelle di carattere, diciamo così, corporative in difesa cioè degli interessi categoriali: la privatizzazione comple-

ta del rapporto di lavoro, anche se mitigata dall'opzione, apre scenari inquietanti legati al fatto che il cambiamento dello stato giuridico dei medici comporta la perdita di valore del Ccnl, con il serio pericolo di stabilità del posto di lavoro, dell'occupazione, dei livelli retributivi e dei trattamenti previdenziali.

Altre domande poi ci poniamo in merito alla organizzazione delle Fondazioni: quando si parla di "regione interessata" cosa si intende per quegli Irccs, come l'Inrca, con più sedi?

Il ruolo del direttore scientifico (vero rappresentante del ministero della Salute) sarebbe equordinato al presidente o al direttore generale o subordinato? E quali saranno la funzione ed il ruolo del direttore sanitario? Quale sarà il vero "peso" che le Regioni che di certo rivendicheranno anche in rapporto alla modifica del titolo V della Costituzione, alla devoluzione, e perché comunque sono loro, come dicono, che in modo prevalente finanziano gli Irccs tramite i Drg?

Anche ad un sommario commento della legge in oggetto, tanti sono i dubbi, i problemi e la "carne al fuoco" che dobbiamo cercare di non far bruciare nell'interesse di tutti ed in primo luogo dei cittadini fruitori del Ssn.

C'è da dire comunque che sono passati 10 anni dall'avvio della riforma degli Irccs: montagne di studi, carte, decreti, bozze, convegni ad hoc in cui si è detto e scritto tutto ed il contrario di tutto fino all'esaltazione del concetto ultimo che la migliore qualità ed efficienza del servizio siano perseguiti per antonomasia, come in un qualsiasi mercato, dal privato escludendo la socializzazione della ricerca sanitaria. Ma dal momento "che quando soffia forte il vento del cambiamento è inutile alzare muri ed è meglio attrezzare i mulini a vento", sicuramente l'Anaa Assomed, mai "contro" per principio ed avversaria del "nuovo", saprà gestire anche questa fase, consapevole del fatto che l'impegno sul problema "Irccs" è in fondo una battaglia con potenziali ripercussioni su tutto il Ssn.

A proposito delle Fondazioni sarebbe poi utile leggersi l'editoriale "Governance for NHS foundation trusts" (BMJ -2003, 25 Gennaio).

**Vincenzo Cilenti
Domenico Ronga
Osvaldo Scarpino**

levole fino all'intervento del legislatore regionale.

Questi oggetti, peraltro, dovrebbero essersi estesi in formulazioni normative ampie ed elastiche, nonché accompagnati, in alcuni casi, da clausole di salvaguardia di opzioni diversamente effettuabili in sede regionale.

Nel presente parere, sono stati quindi illustrati tre possibili percorsi normativi, attraverso i quali adeguare la disciplina degli Irccs alla riforma costituzionale recentemente intervenuta:

- a) l'intervento del legislatore regionale sulla base della legislazione ad oggi vigente;
- b) l'intervento del legislatore statale a dettare i principi fondamentali e l'approvazione di una legge regionale completa sul tema;
- c) la possibilità per il legislatore regio-

nale d'intervenire sulla base della nuova legislazione statale, desumendone i principi fondamentali.

Evidentemente, tali strade istituzionali richiedono un delicato coordinamento tra le normative statali e regionali via via approvate e non escludono affatto il potenziale ed esplosivo contenzioso costituzionale che ne potrebbe scaturire, il che andrebbe tutto a discapito di un settore che da tempo attende una stabilizzazione normativa ed amministrativa.

È dunque ragionevolmente possibile anche pensare, nel nuovo novero delle fonti che va riempiendo l'ordinamento giuridico italiano, a forme di regolazione negoziata, quali intese od accordi volti a definire i significati operativi delle materie della "tutela della salute" e della "ricerca scientifica", in generale, ovvero in grado d'intervenire, in particolare, sulle

prospettive della disciplina degli Irccs. La sede "pattizia" nella quale garantire il coordinamento legislativo tra lo Stato e le Regioni e definire linee comuni di azioni tra le Regioni stesse è individuabile nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni; anche in quella sede, peraltro, ben potrebbero essere adottati, ai fini della ripartizione delle funzioni normative sugli Irccs i criteri che si sono illustrati nei punti precedenti.

Non resta quindi che auspicare che in sede della prevista acquisizione del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e Regioni ai fini dell'adozione del decreto legislativo si addivenga ad un equilibrato temperamento delle competenze costituzionali dello Stato e delle Regioni al fine di evitare che su una materia così delicata, qual è l'eccellenza delle prestazioni assisten-

ziali e di ricerca oggi fornite dagli Irccs, si realizzi un ulteriore e paralizzante conflitto costituzionale tra Stato e Regioni. Occorre infine valutare gli effetti della ormai prossima sopravvenienza della legge (cosiddetta La Loggia) recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n° 3, che il 23 gennaio ultimo scorso è stata approvata a larga maggioranza dal Senato ed è ora all'esame della Camera. Una volta entrata in vigore questa legge, e ovviamente in tempi successivi alla Legge 3/2003, ci si chiede se sarà ancora possibile per il Governo esercitare la delega sugli Irccs ex art. 42 oppure se il Governo, in applicazione del comma 4 dell'art. 1 della emananda legge La Loggia, dovrà limitarsi ad un decreto delegato meramente ricognitivo dei primi fondamentali che si traggono dalle leggi vigenti, e quindi anche dal citato art. 42, al fine di orientare la possibile e conseguente legislazione regionale sugli Irccs. L'interrogativo di cui sopra dovrebbe essere sciolto il più presto possibile per non lasciare gli Irccs ulteriormente nell'incertezza che perdura ormai dal 1994.

* **Commissario straordinario Irccs "Rizzoli" di Bologna**

IL TESTO DELLA RIFORMA

Cosa dice l'articolo sugli Irccs

Legge 16 gennaio 2003, n. 3 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione"

Art. 42 (Delega per la trasformazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico in fondazioni)

1. Il Governo è delegato ad adottare, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, un decreto legislativo recante norme per il riordino della disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, di cui al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269, e successive modificazioni, sulla base dei seguenti principi e criteri direttivi:
 - a) prevedere e disciplinare, nel rispetto delle attribuzioni delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, le modalità e le condizioni attraverso le quali il Ministro della salute, d'intesa con la regione interessata, possa trasformare gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge, in fondazioni di rilievo nazionale, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, ferma restando la natura pubblica degli istituti medesimi;
 - b) prevedere che i nuovi enti adeguino la propria organizzazione al principio di separazione tra le funzioni di indirizzo e controllo, da un lato, e gestione e attuazione dall'altro, garantendo, nell'organo di indirizzo, composto dal consiglio di amministrazione e dal presidente eletto dal consiglio di amministrazione, la presenza maggioritaria di membri designati dalle istituzioni pubbliche, Ministero della salute, regioni e comuni, con rappresentanza paritetica del Ministero della salute e della regione interessata, e assicurando che la scelta di tutti i componenti del consiglio sia effettuata sulla base di idonei requisiti di professionalità e onorabilità, periodicamente verificati; dell'organo di gestione fanno parte il direttore generale-amministratore delegato, nominato dal consiglio di amministrazione, e il direttore scientifico responsabile della ricerca, nominato dal Ministero della salute, sentita la regione interessata;
 - c) trasferire ai nuovi enti, in assenza di oneri, il patrimonio, i rapporti attivi e passivi e il personale degli istituti trasformati. Il personale già in servizio all'atto della trasformazione può optare per un contratto di lavoro di diritto privato, fermi restando, in ogni caso, i diritti acquisiti;
 - d) individuare, nel rispetto della programmazione regionale, misure idonee di collegamento e sinergia con le altre strutture di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, e con le università, al fine di elaborare e attuare programmi comuni di ricerca, assistenza e formazione;
 - e) prevedere strumenti che valorizzino e tutelino la proprietà dei risultati scientifici, ivi comprese la costituzione e la partecipazione ad organismi ed enti privati, anche aventi scopo di lucro, operanti nel settore della ricerca biomedica e dell'industria, con modalità atte a salvaguardare la natura no-profit delle fondazioni;
 - f) prevedere che il Ministro della salute assegni a ciascuna fondazione, o a fondazioni aggregate a rete, diversi e specifici progetti finalizzati di ricerca, anche fra quelli proposti dalla comunità scientifica, sulla base dei quali aggregare scienziati e ricercatori considerando la necessità di garantire la qualità della ricerca e valorizzando le specificità scientifiche già esistenti o nelle singole fondazioni ovvero nelle singole realtà locali;
 - g) disciplinare le modalità attraverso le quali applicare i principi di cui al presente articolo agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato, salvaguardandone l'autonomia giuridico-amministrativa;
 - h) disciplinare i rapporti di collaborazione con ricercatori e scienziati su progetti specifici, anche di altri enti e strutture, caratterizzati da flessibilità e temporaneità e prevedere modalità di incentivazione, anche attraverso la collaborazione con gli enti di cui alla lettera e);
 - i) disciplinare le modalità attraverso le quali le fondazioni, nel rispetto degli scopi, dei programmi e degli indirizzi deliberati dal consiglio di amministrazione, possono concedere ad altri soggetti, pubblici e privati, compiti di gestione, anche di assistenza sanitaria, in funzione della migliore qualità e maggiore efficienza del servizio reso;
 - l) prevedere che le erogazioni liberali da parte di soggetti privati verso i nuovi enti di diritto privato avvengano in regime di esenzione fiscale;
 - m) regolamentare i criteri generali per il riconoscimento delle nuove fondazioni e le ipotesi e i procedimenti per la revisione e la eventuale revoca dei riconoscimenti già concessi, sulla base di una programmazione nazionale riferita ad ambiti disciplinari specifici secondo criteri di qualità ed eccellenza;
 - n) prevedere, in caso di estinzione, la devoluzione del patrimonio in favore di altri enti pubblici disciplinati dal presente articolo aventi analoghe finalità;
 - o) istituire, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, con contestuale soppressione di organi collegiali aventi analoghe funzioni tecnico-consultive nel settore della ricerca sanitaria, presso il Ministero della salute un organismo indipendente, con il compito di sovrintendere alla ricerca biomedica pubblica e privata, composto da esperti altamente qualificati in ambiti disciplinari diversi, espressione della comunità scientifica nazionale e internazionale e delle istituzioni pubbliche centrali e regionali, con compiti di consulenza e di supporto tecnico;
 - p) prevedere che gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, non trasformati ai sensi della lettera a), adeguino la propria organizzazione e il proprio funzionamento ai principi, in quanto applicabili, di cui alle lettere d), e), h) e n), nonché al principio di separazione fra funzioni di cui alla lettera b), garantendo che l'organo di indirizzo sia composto da soggetti designati per la metà dal Ministro della salute e per l'altra metà dal presidente della regione, scelti sulla base di requisiti di professionalità e di onorabilità, periodicamente verificati, e dal presidente dell'istituto, nominato dal Ministro della salute, e che le funzioni di gestione siano attribuite a un direttore generale nominato dal consiglio di amministrazione, assicurando comunque l'autonomia del direttore scientifico, nominato dal Ministro della salute, sentito il presidente della regione interessata.
2. Sullo schema di decreto legislativo di cui al comma 1 il Governo acquisisce il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che si esprime entro quaranta giorni dalla richiesta. Il Governo acquisisce altresì il parere delle competenti Commissioni parlamentari, che deve essere espresso entro quarantacinque giorni dalla trasmissione dello schema di decreto. Decorsi inutilmente i termini predetti, il decreto legislativo è emanato anche in mancanza dei pareri.
3. L'attuazione della delega di cui al comma 1 non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

GLI IRCCS PUBBLICI INTERESSATI ALLA TRASFORMAZIONE

- Campania**
Napoli
 - Istituto dei tumori "Pascale"
- Emilia Romagna**
Bologna
 - Istituto ortopedico "Rizzoli"
- Friuli Venezia Giulia**
Aviano
 - Centro oncologico*Trieste*
 - Istituto "Bullo Garofalo"
- Lazio**
Roma
 - Istituto "Regina Elena", Polo oncologico
 - Istituto "San Gallicano", Polo dermatologico
 - Istituto "Lazzaro Spallanzani"
- Liguria**
Genova
 - Istituto Giannina Gaslini
 - Istituto Scientifico Tumori
- Lombardia**
Milano
 - Ospedale Maggiore Policlinico
 - Istituto Nazionale per cura tumori
 - Istituto Neurologico C. Besta*Pavia*
 - Policlinico S. Matteo
- Marche**
Ancona
 - Inrca (Istituto nazionale riposo e cura anziani)
- Puglia**
Bari
 - Istituto Oncologico*Castellana Grotte (Bari)*
 - Istituto "Saverio De Bellis"

GERMANIA

Truffa ai danni del Ssn. Protesi straniere acquistate a prezzi tedeschi

Migliaia di dentisti sono accusati di frode per aver acquistato protesi dentarie da laboratori stranieri a un quinto del loro prezzo. Si tratta probabilmente del più grande scandalo nel sistema sanitario tedesco dal dopoguerra. Il caso è scoppiato nel novembre scorso quando i media hanno dato la notizia che 500 dentisti erano indagati per l'acquisto di protesi cinesi importate via Hong Kong. Secondo gli accertamenti dell'Aok, il fondo per l'assistenza odontoiatrica pubblica, la ditta di import Globudent avrebbe proposto ai dentisti di acquistare le protesi a prezzi stracciati e di fatturare ai prezzi tedeschi, per poi dar loro tra un quinto e un terzo della differenza in contanti.

La Globudent dal canto suo avrebbe inizialmente pagato all'intermediario di Hong Kong i prezzi nominali, riservandosi poi di compiere successive visite mensili per riportare i profitti in Germania. Le perquisizioni compiute nel quartier generale della Globudent e in ambulatori e cliniche dentistiche hanno portato all'arresto di 4 persone, ma sarebbero altre 20 le ditte di import sospettate e parecchie migliaia i dentisti nel mirino, secondo quanto afferma Peter Scherler, a capo della task force antifrode dell'Aok della Bassa Sassonia.

Jurgen Weitkamp, presidente dell'Associazione degli odontoiatri tedeschi, cerca di smorzare i toni per parare il danno d'immagine e parla di "perdita di fiducia da parte dei pazienti" aggiungendo "ci sentiamo responsabili anche se non direttamente coinvolti. Ad essere colpiti sono i colleghi delle KZV (le associazioni di categoria che erogano l'assistenza odontoiatrica pubblica), comunque tutto ciò non giunge inaspettato, sono anni che mettiamo in guardia i nostri colleghi dall'utilizzare protesi straniere". "Quel che è peggiore è che anche le tasche dei contribuenti sono state colpite" ribatte Peter Scherler sottolineando come alcune polizze prevedano una partecipazione ai costi fino al 40%. Evitare casi simili in futuro è possibile in quanto "c'è il modo di controllare i laboratori obbligandoli a dichiarare l'esatta provenienza dei materiali, come pure la possibilità di incaricare un'autorità di sorveglianza diversa dalle KZV, e ciò senza dover modificare nessuna legge".

Intanto Rolf Jurgen Löffler, a capo dell'Associazione nazionale dei dentisti del settore pubblico, annuncia pene pecuniarie e sanzioni fino alla sospensione della licenza per gli iscritti di cui verrà provata la responsabilità.

ISRAELE

Emergenza reni. Una legge per colmare il vuoto delle donazioni

La grave penuria di reni disponibili per i trapianti ha indotto il ministero della sanità israeliano, pur contrario all'idea di una "compravendita" di organi, a elaborare un disegno di legge che preveda un risarcimento in denaro per i donatori di rene.

Il compenso, il cui ammontare non è stato ancora definito, è concepito – specificano gli esperti legali del ministero – come rimborso erogato ai donatori per il loro tempo, il "discomfort" dell'operazione e la convalescenza.

Se il disegno di legge dovesse passare, sarebbe la prima legge di questo genere al mondo.

Ovviamente la donazione da vivente è una extrema ratio, sostengono le autorità, e sarebbe preferibile che gli organi venissero donati dalle famiglie delle persone decedute, ma in Israele, che conta una popolazione di 6 milioni, sono solo 214 gli israeliani registrati come donatori potenziali e quasi 600 le persone in attesa di un rene.

Ad influire sulla cultura della donazione poi vi è l'aspetto religioso, molti rabbini ultra ortodossi rifiutano di considerare la morte cerebrale come il momento del decesso e ciò scoraggia molte famiglie religiose dal donare gli organi dei loro cari.

Molte le ragioni che sottendono questa scelta politica.

La dialisi, garantita dal sistema sanitario nazionale, costa una fortuna al settore pubblico e inoltre offre ai pazienti un'aspettativa di vita meno lunga del trapianto. Inoltre, la carenza di reni disponibili per i trapianti, un problema su scala mondiale, ha innescato un traffico illecito che sfocia spesso nei tragici rapimenti di adulti e bambini cui vengono prelevati gli organi.

Mordechai Halperin, responsabile di etica medica al ministero della Salute nonché rabbino, fa notare come la legge religiosa ebraica veda con favore qualunque mezzo consenta di salvare una vita e che non prevede nessun divieto per chi offra o riceva un compenso per un organo allorché vengano rispettate certe condizioni: "se il donatore è pienamente consapevole delle conseguenze mediche a cui può andare incontro, dà il suo consenso per iscritto e non lo fa sotto la spinta di una situazione economica disperata, il che rientrerebbe in una forma di coercizione". "Gli studi scientifici – aggiunge Halperin – hanno dimostrato come le persone con un solo rene raramente soffrono di problemi medici correlati a questa situazione, anche a 30 anni dall'espianto, inoltre la nuova chirurgia laparoscopica applicata all'espianto di organi riduce sensibilmente i disagi per il paziente e ne accelera il recupero, il che rende la donazione di quest'organo un intervento a basso rischio."

Se questa legge venisse approvata, il commercio degli organi diverrà a tutti gli effetti un crimine; attualmente nella normativa israeliana è prevista la donazione di un rene, senza corrispettivo economico appunto, ove le autorità ritengano che dietro questo gesto non si nasconda alcuna transazione economica.

Il disegno di legge prevede una rigorosa vigilanza per tutte le procedure, i donatori dovranno rivolgersi al Transplant Committee cui spetterebbe il compito di sovrintendere alla valutazione dei donatori da parte di un staff composto da un medico, uno psicologo e un assistente sociale. Il compenso per il donatore, garantito dal fondo sanitario nazionale, standard ed esente da tassazione, verrebbe pagato direttamente dall'Israel Transplant dopo l'intervento.

USA

Sale la protesta dei medici contro i costi delle assicurazioni

Cresce negli Usa il movimento di protesta dei medici esacerbati dall'impennata dei costi delle polizze assicurative per responsabilità professionale, problema crescente anche in molti paesi occidentali, basti pensare allo sciopero dei ginecologi e ostetrici francesi del gennaio scorso. Nella West Virginia quattro ospedali sono stati costretti lo scorso gennaio a trasferire i pazienti in nosocomi di altri Stati dopo che 24 chirurghi avevano interrotto l'attività in segno di protesta per il lievitare dei premi assicurativi per malpractice; i costi oltre a subire sensibili variazioni all'interno degli Stati dell'Unione, lamentano i medici, hanno oltrepassato la soglia dei 150mila dollari annui (143mila euro).

Quasi in contemporanea in Pennsylvania una manifestazione di centinaia di medici è stata evitata all'ultimo momento solo grazie alla promessa del neo eletto governatore Ed Rendell di sollecitare un intervento legislativo per ridurre significativamente i costi delle polizze per tutti i medici e fino al 40% quelli per le attività più a rischio, incluse ostetricia e neurochirurgia.

Nell'area di Philadelphia 22 ospedali si sono detti intenzionati a sospendere molte procedure facoltative o elettive e a limitare gli interventi urgenti.

Gli ostetrici di Miami pagano premi assicurativi di oltre 200mila dollari l'anno, superiori di oltre il 50 per cento la media nazionale. Alcune compagnie assicurative hanno già lasciato la Florida o non intendono più stipulare polizze di questo tipo. Da un'indagine del Florida Hospital Association Found risulta che nel 2002 il 75 per cento degli ospedali dello Stato ha incontrato serie difficoltà per ottenere la copertura assicurativa per responsabilità professionale. Il governatore della Florida Jeb Bush ha incaricato una task force di studiare il problema e di elaborare delle raccomandazioni entro breve. La crisi ha investito in modo particolare la West Virginia, la Florida, il Mississippi, il Nevada, il New Jersey e la Pennsylvania. I medici ne addossano la colpa alle risarcimenti milionari delle sentenze, mentre gli avvocati puntano l'indice contro le compagnie che alzano i premi perché i loro profitti dagli investimenti solo calati a causa dell'indebolimento del mercato azionario. Comunque sia, le St Paul Companies, che assicuravano i medici in 45 Stati, hanno annunciato alla fine del 2001 di non voler più stipulare polizze per la responsabilità professionale della categoria medica.

Dai sondaggi effettuati risulta che nel 2002 la crescita media dei tassi delle polizze è stata del 24,6% per gli internisti, del 25% per i chirurghi generali, del 29,6% per gli ostetrici e i ginecologi. La American Medical Association (Ama) ha dato alla riforma della responsabilità medica la massima priorità e ha sostenuto le massicce proteste dei medici in parecchi Stati. Lo scorso ottobre il presidente dell'Ama Donald J Palmisano così si è espresso di fronte ai 3mila medici dell'Ohio che manifestavano a Columbus: "l'Ohio è uno dei dodici Stati in cui i medici vanno in pensionamento anticipato o abbandonano i servizi ad alto rischio o se ne vanno addirittura perché non possono permettersi simili costi". L'Ama ha anche appoggiato il Medical Malpractice Reform Bill, progetto di legge che è stato approvato dalla Camera dei Rappresentanti lo scorso settembre. L'associazione dei medici statunitensi spera che il senatore Bill Frist, l'unico medico al Senato, nuovamente eletto come leader di maggioranza alla Camera, riesca a raccogliere i consensi intorno a questa legge, avanzata dallo stesso presidente Bush, che tra l'altro propone di fissare a 250mila dollari il tetto massimo per i "pain and suffering damages", i risarcimenti per il dolore e le sofferenze subite.

FISCO & PREVIDENZA

Più semplici le procedure per le cause di servizio

Il nuovo regolamento, introdotto nel 2002, semplifica la procedura per il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio e la relativa richiesta dell'equo indennizzo e delle pensioni privilegiate. In passato i tempi per ottenere che si realizzassero le procedure previste erano spesso di anni. Con il nuovo regolamento tutto dovrebbe diventare più certo e rapido.

Il dipendente, così come in passato, dovrà presentare, entro sei mesi dalla data in cui si è verificato l'evento dannoso o da quella in cui ha avuto conoscenza d'infermità o della lesione o dell'aggravamento di lesioni preesistenti, domanda scritta all'ufficio presso il quale presta servizio. Nella domanda dovrà essere indicata la natura dell'infermità o lesione, i fatti di servizio che vi hanno concorso e, ove possibile, le conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale, e sull'idoneità al servizio, allegando ogni documento utile.

L'amministrazione, invece, inizia d'ufficio il procedimento per il riconoscimento della causa di servizio, allorché risulti che un proprio dipendente abbia riportato lesioni per certa o presunta ragione di servizio o abbia contratto infermità nell'esporsi, per obbligo di servizio, a cause mordigene e dette infermità siano tali da poter divenire causa di invalidità o di altra menomazione dell'integrità fisica, psichica o sensoriale.

La presentazione della richiesta di equo indennizzo potrà essere successiva o, anche, contestuale alla domanda di riconoscimento di causa di servizio, ovvero può essere prodotta nel corso del procedimento di riconoscimento della causa di servizio, entro il termine di dieci giorni dalla ricezione della comunicazione effettuata dall'amministrazione pubblica cui appartiene il dipendente.

La richiesta di equo indennizzo potrà essere proposta anche dagli eredi del dipendente deceduto, anche se pensionato, entro sei mesi dal decesso.

L'avvio d'ufficio è comunque dovuto anche in caso di morte del dipendente, quando il decesso sia avvenuto in attività di servizio e per fatto traumatico ivi riportato.

L'ufficio che riceve la domanda dovrà curare l'immediato invio, unitamente alla documentazione prodotta dall'interessato, all'ufficio dell'amministrazione competente ed emettere il provvedimento finale. Quest'ultimo, entro trenta giorni dal ricevimento della domanda, ove rilevi la manifesta inammissibilità o irreceivibilità, respinge la domanda stessa con provvedimento motivato da comunicare al dipendente entro dieci giorni. Quando non vi siano motivi ostativi, l'ufficio, entro trenta giorni, trasmette alla Commissione territorialmente competente la domanda e la documentazione prodotta dall'interessato.

La Commissione è composta da tre ufficiali medici. Per conseguenze legate alla complessità dell'accertamento può chiedere la partecipazione alla visita, con voto consultivo, di un medico specialista.

L'interessato potrà, comunque, essere assistito, durante la visita, da un medico di fiducia.

La Commissione, entro trenta giorni dalla ricezione degli atti dall'amministrazione competente, effettua la visita. Il verbale relativo sarà, poi, trasmesso en-

tro quindici giorni dalla visita conclusiva. L'ufficio competente, entro trenta giorni dalla ricezione del verbale della commissione, invia al comitato una relazione comprensiva dello stesso verbale, nella quale sono riassunti gli elementi informativi disponibili.

In alternativa all'invio alla Commissione, l'amministrazione può trasmettere la domanda e la documentazione, prodotta dall'interessato, all'Azienda sanitaria locale.

La richiesta di equo indennizzo deve riguardare la morte o una menomazione dell'integrità fisica o psichica o sensoriale, ascrivibile a una delle categorie di cui alla tabella A o alla tabella B annesse al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834, e successive modificazioni.

La menomazione conseguente ad infermità o lesione non prevista in dette tabelle è indennizzabile solo nel caso in cui essa sia da ritenersi equivalente ad alcuna di quelle contemplate nelle tabelle stesse, anche quando la menomazione dell'integrità si manifesta entro cinque anni dalla cessazione del rapporto di impiego, elevati a dieci anni per invalidità derivanti da infermità ad eziopatogenesi non definita o idiomatica.

Il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio dell'infermità o lesione costituisce accertamento definitivo anche nell'ipotesi di successiva richiesta di equo indennizzo e di trattamento pensionistico di privilegio.

Claudio Testuzza

Precisazione su divieto di cumulo

Nel precedente numero del nostro mensile abbiamo avuto l'occasione di esplicitare la nuova disposizione legislativa inclusa nel testo della legge finanziaria per il 2003, art. 44, con cui sono state previste le condizioni per essere esclusi dal divieto di cumulo fra pensione d'anzianità e redditi da lavoro autonomo e dipendente. A nostro avviso il "ticket" per l'esenzione a tale divieto avrebbe dovuto interessare, non solo "i già pensionati al 1° dicembre 2002...", (comma 2), ma anche coloro che andranno in pensione in futuro (comma 4) senza i requisiti d'età e contribuzione previsti dal comma 1 (58 anni di età -37 anni di contribuzione). Due circolari, Inps ed Inpdap, negano questa possibilità, limitando ai soli già pensionati, forse nel limite del 1° gennaio 2003 - da verificare - la possibilità di pagare l'esclusione dal divieto di cumulo. Si ricrea, di fatto, una nuova "riserva indiana" di soggetti al divieto! Non essendo d'accordo su questa restrittiva interpretazione, abbiamo posto un quesito nel merito, sia agli istituti previdenziali, sia ai Ministeri interessati. Daremo nelle prossime pubblicazioni la definizione della problematica.

Claudio Testuzza

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Sentenza n.26/2003

I giudici di appello confermano l'orientamento espresso dal Tar del Lazio secondo il quale va impedito il cosiddetto "pensionamento assistenziale" dei docenti universitari fuori ruolo per età, in assenza dei protocolli di intesa tra università e regioni che indichino le modalità di utilizzo dei docenti in residue attività assistenziali connesse all'attività didattica e di ricerca.

Sentenza n.244/2003

In caso di soppressione di posto nel comparto sanitario non spetta al dipendente interessato proporre alla Regione domanda di assegnazione ad altro posto, ma è l'amministra-

zione regionale che deve provvedere ad attivare il processo di mobilità nei suoi confronti, per l'utilizzo in altre strutture.

Sentenza n.411/2003

L'equiparazione del personale chimico, biologo e veterinario degli istituti zooprofilattici sperimentali al personale del servizio sanitario nazionale non comporta l'attribuzione di indennità accessorie giustificate dalla specificità della prestazione professionale.

Sentenza n.413/2003

Respinto il ricorso in appello di un gruppo di professori associati presso la facoltà di medicina dell'Università di Siena che, sostenendo di aver prestato anche attività assistenziale presso le cliniche e gli istituti universitari di ricovero e cura, avevano richiesto di conseguire il trattamento eco-

nomico corrispondente allo svolgimento di tali funzioni.

Tar del Lazio

Sentenza n.487/2003

I giudici ordinano all'ospedale Santo Spirito di Roma di provvedere alla richiesta, inoltrata da un primario, di conversione di un reparto finora riservato ai soli pazienti maschi in divisione promiscua, ovvero con trenta posti letto per uomini e altrettanti per degenti donne.

Sentenza n.535/2002

Tutti i congiunti e i coeredi di una persona defunta possono accedere, a richiesta, alla cartella clinica per meglio comprendere le cause del de-

cesso; nessuno degli interessati può permettersi di diffidare l'ospedale dal rilasciare copia della documentazione medica a qualunque altro soggetto al di fuori di se stesso.

Ordinanza n.165/2003

Respinto un ricorso dell'unione nazionale degli erboristi contro la circolare del ministero della Salute n.3/2002 riguardante l'applicazione della procedura di notifica dell'etichetta ai prodotti a base di piante e derivati aventi finalità salutistiche.

Ordinanza n.265/2003

Accolto un ricorso della società Visol contro il ministero della Salute riguardante la determinazione del prezzo dell'ossigeno terapeutico secondo i criteri stabiliti dal Cipe.

I testi delle sentenze sono disponibili sul sito www.anaao.it

CON DECRETO DEL MINISTRO

Nominata la nuova Cuf

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia, lo scorso 24 gennaio, ha firmato il decreto per il rinnovo della Commissione Unica del Farmaco (CUF) per il biennio 2003-2004. La Commissione, presieduta dal ministro della Salute, si compone di due membri di diritto, sette componenti no-

minati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e cinque componenti nominati dal Ministro.

Sono componenti di diritto il Direttore Generale della Direzione Generale della Valutazione dei Medicinali e della Far-

macovigilanza e il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità o un Direttore di laboratorio da lui designato.

I componenti nominati dalla conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sono: Giorgio Bernardi, ordinario di Clinica Neurologica, Università di Roma, "Tor Vergata"; Albano Del Favero, ordinario di Medicina Interna, Università di Perugia; Mara Giacomazzi, dirigente Servizio Farmaceutico della Regione Veneto; Nicola Montanaro, ordi-

nario di Farmacologia, Università degli Studi di Bologna; Filippo Drago, ordinario di Farmacologia, Università di Catania; Francesco Rossi, ordinario di Farmacologia, Università di Napoli; Angelo Careni, direttore Cefass, Centro Europeo Formazione Affari Sociali e Sanità Pubblica, Milano.

I cinque componenti nominati dal Ministro della Salute sono: Gianna Tempera, ordinario di Microbiologia, Università di Catania; Filippo De Braud, direttore U-

nità Farmacologia Clinica e Nuovi Farmaci dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano; Pietro Martino, ordinario di medicina Interna, Università "La Sapienza" di Roma; Michele Carruba, ordinario di Farmacologia, Università di Milano; Giancarlo Palmieri, dirigente di secondo livello divisione di Medicina Generale, Ospedale Niguarda, Milano. La Commissione può invitare a partecipare alle proprie riunioni esperti nazionali ed esteri.

LEA E RICERCA SANITARIA

Le regioni nominano i componenti delle commissioni

La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome il 16 gennaio scorso ha nominato i rappresentanti regionali per la costituzione della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Es-

senziali di Assistenza (prevista dalla legge 115/2002). I componenti effettivi sono: Marco Bosio, dirigente Struttura Qualificazione dei Servizi Sanitari, Regione Lombardia; Antonio Batista, direttore medico Agenzia regionale sanitaria della Pu-

glia; Cesare Cislighi, direttore Osservatorio economia sanitaria Agenzia Regionale Sanità della Toscana; Filippo Palombo, dirigente Direzione regionale Programmazione Socio-sanitaria della Regione Veneto; Giuseppe Montavano, direzione Ufficio Pianificazione Sanitaria e Controllo Obiettivi, Regione Basilicata; Paolo Rolleri, consigliere per la Sanità del Presidente della Giunta regionale Liguria e Francesco Taroni, direttore Agenzia Regionale Sanitaria Emilia Romagna.

Inoltre la Conferenza ha individuato anche 7 componenti supplenti: Agnese D'Alessio, esperto Regione Lazio; Enrico Brizioli, esperto Regione Marche; Renzo

Deangeli, dell'Agenzia regionale Sanità Friuli Venezia Giulia; Antonio Gambacorta, dell'Assessorato alla Sanità regione Campania; Carlo Romagnoli, dirigente responsabile del Servizio "Programmazione dell'assistenza di base ed ospedaliera e Osservatorio Epidemiologico" della Regione Umbria; Ezio Turaglio, della direzione Programmazione sanitaria Settore "Gestione risorse finanziarie" della Regione Piemonte e Patrizia Vittori della Regione Valle D'Aosta.

Sempre il giorno 16 gennaio la Conferenza ha nominato i rappresentanti regionali per la "Commissione Nazionale per la ricerca sanitaria". Si tratta di: Gianfranco

Genuini, esperto della Regione Toscana; Paolo Lago, esperto Regione Lombardia; Giovanni Muto, esperto della Regione Piemonte; Ferdinando Romano, esperto della Regione Abruzzo; Renato Lauro, esperto indicato dalla Regione Lazio; Fabio Rossano, esperto della Regione Campania. I rappresentanti supplenti nella commissione sono: Giacinto Bagetta, esperto della Regione Calabria; Alberto Gulino, esperto della Regione Molise; Lucio Montanaro, esperto della Regione Emilia-Romagna; Alfredo Salerno, esperto della Regione Siciliana; Domenico Stellini, esperto Regione Veneto e Carlo Romagnoli, esperto della Regione Umbria.

MOBBING

A Firenze sede dell'osservatorio Anaa Assomed

Nel mondo sanitario sono numerosi i casi di dirigenti e professionisti cui viene impedito un normale sviluppo ed esercizio del proprio ruolo professionale, fino ad arrivare a forme di mobbing conclamato.

La mancata osservanza, da parte di chi dirige le strutture sanitarie, delle norme che garantiscono i diritti degli operatori a svolgere la professione per cui sono assunti e retribuiti, si ripercuote, oltre che sulla vittima dell'esclusione, sulla

qualità del servizio stesso. Ne fa dunque le spese l'intera comunità.

Da qualche anno si assiste al riconoscimento e risarcimento, da parte della Magistratura, del danno derivante dal demansionamento e dalla dequalificazio-

ne, ma, fino ad ora, da parte di chi governa le istituzioni sanitarie non si apprezzano adeguati segnali di lotta al fenomeno.

L'Anaa Assomed ha pertanto istituito presso la sede di Firenze un osservato-

rio sulla dequalificazione dei medici del Servizio Sanitario Nazionale. La funzione dell'osservatorio, oltre al monitoraggio del fenomeno, è quella di fornire, a chi ne subisce le conseguenze, il necessario sostegno legale e peritale.

segue dalla prima

talora di esercitare una professione terribile e privilegiata da cui scaturiscono grandi poteri e alte responsabilità.

Oggetto del nostro studiare e operare è la salute e quindi la vita degli uomini. I nostri simili ci chiedono di preservare questo bene e si affidano a noi quando lo ritengono in pericolo. Nonostante il progredire della cultura, delle conoscenze e delle consapevolezza dei cittadini, il rapporto tra medico e malato è ancora asimmetrico. La malattia, tanto più quanto è più grave, rende quasi sempre l'individuo impaurito e debole e lo induce a cercare nel medico competenza e fiducia come un figlio fa nei confronti del padre. Al medico si chiede di più che ad un normale professionista perché maggiore in lui è l'abbandono fiducioso. La risposta indegna a questa fiducia è vissuta come un tradimento. E' su questo che si fonda la diversità della nostra professione che è dura, faticosa, difficile, ma comunque privilegiata per il rapporto vero e profondo che si instaura con l'umanità soprattutto con la più bisognosa. Se viviamo così la professione con consapevolezza, orgoglio e responsabilità, di qui traiamo anche la forza per pretendere il giusto riconoscimento del nostro ruolo nella società in cui operiamo. Io so di indirizzare questi brevi note ad una parte della categoria, i nostri iscritti, che è da sempre particolarmente sensibile a questi temi. Credo però che non ci possiamo più permettere soltanto il doveroso richiamo vicendevole all'onestà e irreprensibilità del comportamento professionale di ciascuno. La caduta dei livelli etici della società in cui viviamo che sempre più è indotta a riconoscere come valori prevalenti il denaro ed il possesso delle cose ci impone un comportamento più attivo. La stragrande maggioranza dei medici onesti non deve ridursi ad una presenza perdente, sofferente e talora omertosa, ma deve attivarsi e diventare forte propugnatrice di una pratica medica di alto profilo professionale ed etico.

Si devono inoltre analizzare le caratteristiche del sistema in cui operiamo per individuare e rimuovere quelle condizioni che non solo permettono, ma favoriscono i comportamenti disonesti. Mi riferisco in particolare al mercato del farmaco nel quale bisogna introdurre correttivi che ne mitigano gli aspetti commerciali. Dovranno essere oggetto di discussione il rapporto tra industria e formazione dei medici, il ruolo smaccatamente commerciale cui sono costretti gli informatori scientifici, il meccanismo del comarketing ed altri problemi ancora. Solo una partecipazione ed una vigilanza più attiva di tutti agli aspetti più vari della vita professionale potranno contribuire ad isolare i pochi disonesti ed a migliorare l'immagine della categoria.

Serafino Zucchelli

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore

Serafino Zucchelli

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antoniotti,
Amedeo Bianco, Vincenzo Cilenti,
Maria Gullo, Mariano Rampini,
Domenico Ronga,
Osvaldo Scarpino, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Giordano Anzellotti, Giorgio Rufini

Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore

Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma - Telefono
065729981 - fax 0657299821/2

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

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 febbraio 2003

COMITATO NAZIONALE
DI SOSTEGNO E RILANCIO DEL SSN

Convegno Nazionale

Programma provvisorio

"Federalismo e devoluzione in Sanità: rischi e opportunità"

Residenza di Ripetta, Roma - Venerdì 4 aprile 2003

Ore 09.30

Apertura del Convegno

Michele Arpaia, Presidente del Comitato

Ore 10.00

I SESSIONE

Il Federalismo e l'Europa

Interventi di: Maurizio Ferrera, Università di Pavia; Elena Granaglia, Università degli Studi della Calabria.

Il Federalismo e la sostenibilità economica dei servizi sanitari

Interventi di: Nerina Dirindin, Università di Torino; Massimo Bordignon, Università Cattolica Milano.

Il Federalismo e i livelli essenziali di assistenza

Interventi di: Francesco Taroni, Direttore Ass Emilia Romagna; Franco Toniolo, Direttore Segreteria Sanità Regione Veneto; Giovanni Conso, Presidente emerito della Corte Costituzionale;

Ore 15.00

II SESSIONE

Tavola rotonda: "Rischi ed opportunità della devoluzione sanitaria"

Moderatore: Roberto Turno, Coordinatore editoriale "Il Sole 24 Ore Sanità"

Sono stati invitati

- Enrico La Loggia, Ministro per gli Affari Regionali
- Raffaele Fitto, Presidente Puglia
- Francesco Storace, Presidente Lazio
- Vasco Errani, Presidente Emilia Romagna
- Filippo Bubbico, Presidente Basilicata
- Franco Bassanini
- Pierluigi Bersani
- Bruno Donato, Presidente
- Commissione Affari Costituzionali, Camera
- Andrea Pastore, Presidente Commissione Affari Costituzionali, Senato
- Stefano Inglese, Responsabile nazionale Tribunale per i diritti del malato