

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

LETTERA APERTA AL MINISTRO DELLA SALUTE

di **Serafino Zucchelli**

*Illustra Ministro della Salute
Prof. Girolamo Sirchia,*

il Suo articolo pubblicato su Il Sole 24 Ore dell'8 gennaio 2003 contiene alcune argomentazioni condivisibili ed altre non condivise.

L'articolo citato si apre con una valutazione ampiamente condivisa e condivisibile: "il Servizio Sanitario Nazionale ha nel complesso fornito un buon risultato, ... è un sistema solidaristico e relativamente poco costoso che fornisce mediamente prestazioni di buona qualità". Ma il problema non sta tanto nell'affermazione dei principi, quanto nei fatti concreti: il sistema non deve essere smembrato e deve avere finanziamenti sufficienti.

Tutto si può dire meno che il Sistema Sanitario Nazionale, istituito nel 1978, sia rimasto statico; al contrario negli ultimi 25 anni la Sanità Pubblica italiana ha sviluppato una vera e propria sindrome di stress da cambiamento il cui obiettivo prioritario era ed è il contenimento (o meglio riduzione) del finanziamento pubblico della spesa sanitaria.

Forse è opportuno ricordare che questo obiettivo, fatto proprio da tutti i Paesi ad avanzato sviluppo economico e sociale, ha registrato nel nostro Paese un grande successo visto che in Italia dal 1980 al 1998 il finanziamento pubblico della spesa sanitaria, espresso in percentuale del PIL, si è ridotto del 12,4%, in Grecia ed in Irlanda del 6,5%, mentre la media dell'Ocde è stata pari allo 0,6%.

segue a pag. 2

RIFORMA DELLO STATO GIURIDICO

Lo sciopero ha salvato l'indennità di esclusività

Dopo la protesta dei dirigenti medici, veterinari e sanitari del Ssn del 19 dicembre, il Senato ha votato un ordine del giorno nel quale ha rimandato ad uno specifico Ddl la riforma del rapporto di lavoro

La finanziaria ormai è legge, ma il percorso che ha portato alla sua definitiva approvazione prima della pausa di Natale, non è stato semplice, bensì irto di ostacoli e di pericoli che sono stati scongiurati anche grazie all'azione dell'Intersindacale medica che, forte del successo dello sciopero nazionale del 19 dicembre, ha contribuito a scardinare il progetto del Governo che voleva delegittimare i patti sottoscritti nel contratto di lavoro.

A coloro che non hanno avuto la possibilità di seguire i vari passaggi dell'iter parlamentare della legge, vogliamo riassumere brevemente i fatti. Sin dalle prime battute, il dibattito parlamentare ha indicato chiaramente l'obiettivo che si intendeva perseguire: modificare lo stato giuridico dei dirigenti del Ssn, abbandonando la via del dialogo e del confronto tra le parti (Regioni e Associazioni professionali), per ricorrere a colpi di mano legislativi. Attraverso la Finanziaria si voleva, infatti, intervenire su una materia altamente delicata sia per le implicazioni relative all'organizzazione delle strutture che erogano servizi ai cittadini, sia per il permanere dei diritti dei medici già contrattualmente pattuiti. Tutti ricorderanno la proposta del relatore alla Camera, Angelino Alfano, che voleva addirittura introdurre una tassa di 5.000 mila euro per chi optava per l'extramoenia, e l'immediata reazione dell'Anaa Assomed che in un comunicato definiva vergognoso l'aver proposto una tangente per legge così come denunciava

numerose altre nefaste conseguenze dell'emendamento proposto prima tra tutte l'inevitabile perdita dell'indennità di esclusività, nonché l'innalzamento dell'età pensionabile, solo per citarne alcune. Il Governo, però, non è riuscito nel suo intento, battuto nella votazione del testo alla Camera, dall'opposizione che lo ha indotto a ritirare l'emendamento.

La partita è passata poi al Senato dove, nel corso dell'esame da parte dell'Aula, è stato presentato un emendamento del Governo che tentava nuovamente di modificare in modo unilaterale, senza cioè un accordo con le Regioni e le Associazioni professionali, lo stato giuridico dei dirigenti sanitari. Rabbiosa è stata la reazione delle Regioni, espressa in un documento unanime della conferenza dei Presidenti, in cui si affermava, anche sulla scorta di un parere dell'Aran, che ove l'emendamento in questione o altri simili fossero stati approvati, loro si sarebbero sentite svincolate dall'impegno di finanziare la attuale indennità di esclusività di rapporto il cui onere sarebbe ricaduto interamente sullo Stato.

Di conseguenza centoundicimila dirigenti sanitari (di cui 92.000 medici) si sarebbero trovati vittime di questo scontro istituzionale e avrebbero perso l'attuale indennità di rapporto esclusivo. Nell'ipotesi più benevola la somma dell'indennità, tutta o in parte, sarebbe potuta essere oggetto della nuova contrat-

SEGUE A PAGINA 3

STOP AL GOLPE SULL'INTRAMOENIA E LA CIMO SI SCATENA "BOICOTTEREMO BERLUSCONI"

La minaccia è di quelle serie. E il presidente del Consiglio dei Ministri è avvisato. Il suo lodevole ottimismo sul futuro del Paese, dispensato a larghe mani nel corso della conferenza stampa di fine anno, evidentemente non era ancora stato raggiunto dagli strali che da Vicenza si sarebbero abbattuti di lì a poco direttamente sull'asse Arcore-Palazzo Chigi. Al grido "Boicotteremo Berlusconi" il sito internet della Cimo Asmd lancia una campagna per punire il premier, reo di non aver mantenuto fede alle promesse elettorali: pur potendolo fare, si dice, non ha voluto riformare lo stato giuridico dei medici. E allora, peste lo colga! "Chi mente deve essere punito". E la mannaia sarà pesantissima perché i Berlusconi-boys sanno dove colpire, dritti al cuore, all'impero economico del loro capitano. Non comprenderanno più "Il Giornale" (che non li difenderà più a spada tratta?) e smetteranno di dare denari alla Fininvest e a Mediolanum. E non finisce qui. Berlusconi sa che sarà dato il via agli scherzi goliardici (sic!)... visto che il carnevale si avvicina!

LEGGE FINANZIARIA

Il Senato vara la manovra 2003. Dalle novità per l'acquisto di beni e servizi ai nuovi ticket sulle terme. Un vademecum sulle misure di interesse sanitario

PAGINE 4-5

INTERVISTA

Parla Rocco Palese, assessore al Bilancio della Regione Puglia: "Dopo vent'anni di rivendicazioni di diritti, ora l'ago della bilancia deve tornare sui doveri"

PAGINA 6

CONTRIBUTI

È partita l'Ecm. Ma che ne pensano i diretti interessati? Le testimonianze di chi ha già verificato come funziona il nuovo sistema di aggiornamento professionale

PAGINA 12

www.anaao.it

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

Chiedi la
PASSWORD
d'accesso

ANAAO
ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

segue dalla prima

LETTERA APERTA AL MINISTRO DELLA SALUTE

Sempre nel 1998, nei paesi afferenti all'Ocde, la percentuale media di finanziamento pubblico della spesa sanitaria complessiva è stata pari al 75,5 %, a testimonianza che, pur nella diversità di orientamenti organizzativi, gestionali e sociopolitici, è impossibile contrarre oltre certi limiti l'intervento pubblico a tutela di un diritto fondamentale dei cittadini.

Il rigore non è dunque mancato, ma da buoni medici sappiamo che l'eccesso terapeutico può peggiorare la malattia e condannare il malato e che, soprattutto, le buone medicine hanno una "finestra terapeutica" (rapporto beneficio/effetti avversi) molto stretta.

Così a me pare che Ella dica cose abbastanza giuste su alcune medicine somministrate al Servizio Sanitario Nazionale malato: un certo concetto di aziendalismo, la competizione di mercato fra le aziende, il potere monocratico dei Direttori generali a nomina politica regionale, ed è ottima la Sua diagnosi sugli effetti indesiderati di tali terapie, prime fra tutte l'emarginazione e la subordinazione delle componenti professionali, medici in testa, l'accentuarsi di elementi di disequità quali quantitativi di servizi tra aree geografiche e strati sociali.

Ma la Sua ottima diagnosi mi pare ancora povera di terapie più efficaci; anche ultimamente ha rimproverato ad alcuni suoi interlocutori, tra i quali la parte che rappresento, comportamenti ideologizzati, politicamente eteroguidati, tanto da farLe prefigurare uno scenario con nuovi soggetti professionali (Ordini e Società Scientifiche) che sostituiscono i Sindacati, a suo giudizio, contenitori vuoti di consenso e legittimazione.

Mi creda Ministro, questo scenario è fantasioso, non rispettoso dei ruoli e soprattutto è segno di debolezza la demonizzazione di chi la pensa in modo diverso.

Il Suo pensiero mi lascia molto perplesso laddove argomenta le sue critiche all'aziendalizzazione, al monocratismo dei direttori generali, all'impossibile ed insostenibile ruolo gestionale della dirigenza medica e sanitaria.

Signor Ministro, ritengo sbagliato oggi patrocinare un "ritorno al futuro" perché i processi di cambiamento, se tesi allo sviluppo, non camminano come i gamberi.

Se questi sono gli argomenti, dica piuttosto se si adopererà, per quanto resta nelle Sue competenze, affinché i Consigli di Direzione e i Dipartimenti gestionali, previsti dal Dlgs 229/99 come correttivi degli esiti negativi a cui aveva portato la legge De Lorenzo, siano applicati e diventino strumenti veri del governo clinico delle aziende sanitarie; se la scelta dei Direttori di Struttura Complessa debba o meno essere di esclusiva pertinenza del Direttore Generale.

Ma soprattutto non ci riproponga, Prof. Sirchia, il ritorno ad un ruolo esclusivamente clinico-professionale dei medici, perché l'atto medico per essere veramente libero ed autonomo deve generarsi e realizzarsi in strutture le cui risorse siano affidate alla responsabilità diretta e alla gestione dei medici.

A questo vorrei aggiungere una riflessione pacata su un tema che non ha trattato nel suo articolo né tra i mali né tra le medicine della nostra sanità e cioè gli effetti ancora oscuri, ma non per questo tranquillizzanti, di una devoluzione ancora più marcata delle competenze sanitarie alle Regioni in assenza di uno scheletro giuridico, normativo e finanziario forte e sovra ordinato in grado se non di rovesciare, ma almeno di

contenere e migliorare questo livello di disuguaglianze che non onorano l'articolo 32 ed altri della nostra Costituzione.

Ecco perché insisto nel ribadire l'opportunità/necessità di aprire un dialogo/confronto non ideologico ma aperto e leale tra Stato, Regioni, Comuni e rappresentanze sociali e professionali per riorientare il Sistema Sanitario verso l'unica sua finalità etica e sociale cioè la tutela della salute dei cittadini, pur nel contesto di risorse limitate.

Il giudizio inoltre che Ella esprime sulla libera professione intramoenia dei medici: "...un fallimento economico e la causa di una tra le più grandi iniquità del nostro Servizio Sanitario Nazionale", deriva, a mio parere, da una pesante e pregiudiziale forzatura dei fatti.

Per quanto riguarda l'aspetto finanziario, la partita doppia che Ella ha disegnato e cioè costo esclusività di rapporto = uscite (circa 3.000 miliardi di vecchie lire), introiti attività libero professionale intramoenia = entrate (pari circa a 1.400 miliardi di vecchie lire di cui 180 miliardi restati agli ospedali) palesemente mistifica le finalità dell'esclusività di rapporto dei Dirigenti medici e sanitari.

Il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, nell'intervento pubblicato su Il Sole 24 Ore dell'8 gennaio 2003, ha individuato 5 distorsioni del servizio sanitario nazionale che devono essere corrette.

1. Aziendalizzazione delle Asl e degli ospedali. Il ministro l'ha definita un non senso anzitutto nei termini, perché non trattandosi di enti economici, Asl e Ospedali non possono essere considerate aziende. Questo equivoco ha distolto i medici dai loro veri e primari interessi per avviarli su percorsi che non sono loro congeniali.
2. Il potere monocratico dei Direttori Generali.
3. La forzatura sui primari e capi dipartimento perché da medici si trasformino in gestori.
4. Le negative conseguenze della libera professione intramoenia.
5. La difformità quali-quantitativa dei servizi erogati nelle varie Regioni.

L'obiettivo era ed è premiare economicamente una scelta per il Servizio pubblico senza negare ma solo regolamentare il diritto inalienabile dei medici all'esercizio autonomo della propria professione per intercettare in modo trasparente una domanda dei cittadini.

Qualcosa del genere Le è stato detto dal Prof. Ignazio Marino prima di lasciare, alquanto deluso, il nostro Paese e mi permetta di aggiungere che senza l'indennità di rapporto esclusivo, i medici ospedalieri italiani, sotto l'aspetto retributivo, non solo sarebbero lontanissimi dai colleghi americani (ma non dieci volte!) ma nemmeno vicini alla media dei Paesi UE a noi più simili.

Sul piano etico, Signor Ministro ha ragioni da vendere quando sottolinea l'iniquità delle liste d'attesa ma ancora una volta forza i fatti scambiando l'epifenomeno (l'offerta di attività libero professionale intramoenia) con il fenomeno (l'inadeguata risposta del servizio pubblico alla crescente domanda di prestazioni).

Penso che Ella Signor Ministro non potrà non concordare sul fatto che il tasso di iniquità non si abbassa se le stesse prestazioni vengono fatte, invece che in ospedale, fuori da questo, in un ambulatorio svoltato l'angolo, cento metri a destra.

L'iniquità non si corregge con l'ipocrisia.

Aggiungo che già da tre anni è in vigore il II Ccnl della Dirigenza medica che espressamente prevede la possibilità di svolgere attività libero professionale per l'ospedale, anche per abbattere le liste d'attesa, così come una quota sostanziosa della retribuzione dei medici è variabile, in rapporto cioè alle funzioni svolte (retribuzione di posizione-funzione) e ai volumi e qualità di attività svolte (retribuzione di risultato) il tutto sulla base di un contratto individuale, proprio come Ella suggerisce.

Signor Ministro, la verità va detta: nessuna Azienda Sanitaria è in grado di attivare efficacemente questi strumenti per abbattere le liste d'attesa e premiare il merito perché abbondano le parole ma mancano le risorse anche solo per sostenere i costi marginali (il materiale di consumo, il personale di supporto, l'utilizzo dei locali etc.) delle prestazioni aggiuntive.

Le ultime riflessioni che Ella ha riservato sulla qualità e quantità delle prestazioni rese ai cittadini così diverse in lungo ed in largo nel nostro Paese e che determinano fenomeni di mobilità sanitaria coatta individuano correttamente il tallone di Achille del nostro Ssn.

In una recente pubblicazione della Fondazione Smith Kline, viene riportato un rigoroso lavoro di analisi della qualità percepita dei Servizi Sanitari, aggiornata al 2002, che sottolinea un'interessante fenomeno.

Il campione di 5000 individui quando interrogati su una valutazione complessiva dei servizi cioè "un'opinione generale" per il 67% esprime un giudizio positivo (2% ottimo, 21% buono, 44% sufficiente); quando invece sono interrogati sui servizi usufruiti l'insieme dei giudizi positivi passa al 74% con significativi spostamenti all'interno dei sottogruppi (11% ottimo, 49% buoni, 24% sufficienti).

Questi dati sulla qualità percepita sono incoraggianti visto che la qualità ha un costo che mal si concilia con il teorema dell'isorisorse ma soprattutto è perlomeno opinabile una misurazione oggettiva e condivisa degli outcomes di qualità, se così è, Le lascio immaginare quale credibilità potrebbero avere le graduatorie di qualità che Ella propone.

Mi permetto infine Signor Ministro di proporLe un cambio di lessico; proviamo a non identificare il concetto di eccellenza con quello di alta specialità.

Tentiamo cioè di abituarci all'idea che soltanto una rete eccellente di servizi di primo e secondo livello può tutelare quella rete di alte specialità che Ella prefigura rispondendo alle domande di salute laddove i costi, a parità di efficacia e qualità siano minori garantendo quindi l'appropriatezza delle prestazioni erogate comprese quelle delle cosiddette alte specialità.

Evitiamo quindi di creare networks di cattedrali nel deserto.

Credo, Signor Ministro che su questa strada "non breve né semplice" ci si possa e ci si debba incamminare con slancio e senza pregiudizi; l'augurio che ciò possa avvenire è sincero come quelli che Le rivolgo di felice anno nuovo.

Serafino Zucchelli
Segretario Nazionale Anaao Assomed

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

LO SCIOPERO HA SALVATO L'INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ

tazione e rivenduta ai sanitari in cambio di altre prestazioni. Non è mai accaduto nelle vicende sindacali che si vada ad un contratto peggiorativo delle condizioni di lavoro e delle remunerazioni. Questa maggioranza, o meglio parte di essa, si è, quindi, prefissa di distruggere in modo acritico, prescindendo dal merito, la legge 229 del 1999, avendola assunta a simbolo del passato. Senza considerare che più del 90 per cento dei dirigenti sanitari ha trovato conveniente la possibilità di lavorare in esclusiva per la propria azienda, mantenendo il diritto all'esercizio della libera professione intramoenia o in strutture convenzionate dall'azienda, ed ha scelto tale rapporto.

Anche in questo caso l'emendamento non è riuscito a superare lo scoglio della votazione; anzi non è stato neppure sottoposto ai voti perché ritirato il giorno successivo allo sciopero nazionale della categoria. La forza dell'azione sindacale - nonostante i numerosi tentativi di vanificarne la portata dando strumentale risalto alle affermazioni di discredito di altri sindacati - ha avuto, quindi, l'effetto auspicato: lo stato giuridico non è stato modificato dalla legge finanziaria e l'indennità di esclusività è rimasta quella attuale.

Viene invece approvato un ordine del giorno (si veda il testo nel box a fondo pagina) che risponde a quanto da sempre richiesto dall'associazione: il reale problema di una revisione delle norme che regolano lo stato giuridico della dirigenza medica che ne attenuino le rigidità, deve essere affrontato non nella legge finanziaria, ma attraverso un apposito disegno di legge che nasca dal preventivo ed indifferibile confronto tra Governo, Regioni e associazioni professionali.

E' stata una battaglia lunga e difficile, combattuta senza demagogia né furore ideologico, ma avendo unicamente di mira, come è metodo costante dell'Associazione, l'interesse legittimo della stragrande maggioranza degli addetti (medici, veterinari e dirigenti sanitari) e l'interesse dei cittadini ad essere tutelati da un sistema sanitario efficiente. Sono stati validi alleati in questa vicenda i medici dell'Umsped (Aaroi, Snr, Aipac) i veterinari ed i medici del territorio) ed i dirigenti sanitari dello Snabi. Sono stati invece ostili la dirigenza della Cimo, i fantasmi dell'Anpo ed, incredibilmente, una sigla confederale come la Cisl. Altre ancora sono state pilatescamente alla finestra.

La stragrande maggioranza dei dirigenti medici veterinari e sanitari, però, ha apprezzato le posizioni dell'Associazione, come dimostra la larga partecipazione allo sciopero del 19 dicembre, ben più vasta rispetto alla percentuale delle sigle che lo hanno dichiarato. Questa vicenda, più di mille discorsi, ha finalmente dimostrato chi ha realmente ed efficacemente a cuore gli interessi dei cittadini e dei medici. Lo stile dell'Associazione ed il rispetto delle posizioni di tutti impediscono di rispondere e replicare non alle opinioni espresse in un civile dibattito, ma alle insinuazioni ed agli insulti.

Affidiamo alla lettura degli eventi il giudizio dei colleghi onesti.

L'Anaao Assomed, forte del consenso unanime degli organi elettivi, propone una linea politica ragionevole ed opera con chiunque perché questa si affermi.

La pacatezza delle proposte dell'Associazione si sta facendo strada, e quello che è accaduto prima alla Camera e poi al Senato, dimostra come sia riuscita a far breccia nella convinzione dei parlamentari, sia dell'opposizione, sia di vasti strati della maggioranza. La guardia deve, però, rimanere alta perché la categoria sta vivendo la vigilia di un momento decisivo: deve essere avviato il tavolo di concertazione a tre (Governo/Parlamento-Regioni-Associazioni)

per individuare quei cambiamenti, non sovvertitori ma migliorativi, dello stato attuale che sono imposti dalla necessità di una continuità istituzionale che abbia a cuore gli interessi degli associati e non la voglia di rivincita di alcuni.

LE ALTRE PRIORITÀ DEL 2003

La riforma dello stato giuridico della dirigenza sanitaria non è, però, il solo aspetto a cui l'Anaao Assomed intende dare la priorità della propria azione sindacale nel 2003. Ve ne sono altre che rivestono la stessa importanza per la categoria.

Contratto - La prima scadenza importantissima è il rinnovo contrattuale, ormai in grave ritardo, che deve essere affrontato avendo di mira i seguenti obiettivi:

- 1) mantenimento del reale potere d'acquisto delle retribuzioni attraverso il completo recupero dell'inflazione;
- 2) difesa instancabile dell'indennità di rapporto esclusivo come ora pattuito;
- 3) grande attenzione al miglioramento delle condizioni di lavoro: orario e carichi di lavoro, guardie, pronta disponibilità, situazioni di particolare disagio di alcuni settori della categoria, retribuzione di risultato etc.

ECM - Restano forti le preoccupazioni sulle ambiguità del sistema di Educazione Continua in Medicina che, mentre prevede già da circa un anno l'obbligo dei crediti, non ha ancora compiutamente definito i ruoli e le funzioni dei soggetti in campo. L'Associazione denuncia quindi una deriva burocratica del sistema che da strumento di promozione della qualità professionale rischia di trasformarsi in un ulteriore inaccettabile strumento di controllo della professione. Il tutto avviene in assenza di credibili finanziamenti, di spazi materiali e temporali, di garanzie di equità, qualità ed accessibilità ed in un'insistente emarginazione delle istituzioni professionali. Perdurando tale stato di cose, l'Anaao intende chiedere l'abolizione dell'obbligo legislativo, in coerenza con tutta la normativa all'interno della UE.

Medici del ministero della salute - Precaria è la condizione dei medici, veterinari dipendenti del Ministero della salute, insidiati nella condizione dirigenziale ed ancora privi del contratto 97/2001.

Ospedalità privata - Non vanno dimenticate le difficili condizioni dei medici che operano nelle strutture private accreditate, che vedono addirittura negata la rappresentatività sindacale.

Tutti questi obiettivi debbono comunque essere perseguiti nell'ambito e all'interno di una instancabile attenzione alle condizioni di vita del sistema sani-

tario nazionale unico, universale e solidale. La salvaguardia di questi principi sarà un ulteriore compito che attende l'Associazione nei prossimi mesi, dal momento che il Governo sta ponendo le basi per lo sfaldamento del Ssn con il disegno di legge sulla devoluzione, già approvato al Senato. L'Anaao Assomed aveva già espresso le proprie perplessità in merito ai contenuti del decreto legislativo n. 56/2000, adottato dal governo di centro-sinistra, che aveva avviato un processo di federalismo, mitigato solo dal fatto che in Sanità la legislazione primaria rimaneva di competenza nazionale. Con la devoluzione del centro-destra, invece, ogni Regione si disegnerà una propria sanità fortemente condizionata dalla disponibilità di risorse economiche, per cui bisogni primari saranno affrontati in maniera sostanzialmente difforme nelle diverse realtà geografiche. Una delle conseguenze sarà lo svuotamento di contenuti del livello di trattativa nazionale con il tentativo di dividere la categoria sui tanti fronti aziendali allo scopo di facilitare la riduzione degli organici e di ridurre il potere contrattuale dei medici. Tutto questo in assenza di un governo aziendale partecipato nelle scelte dai cittadini e condiviso nella individuazione delle priorità dagli operatori che tuttora registra una forte presenza discrezionale del Direttore Generale, lo scarso ruolo del collegio di direzione e la parziale e spesso solo formale applicazione dei dipartimenti gestionali.

Su questo tema fondamentale che segna il destino del Ssn, le parole del ministro e del governo, per essere credibili, devono diventare fatti. Non si può parlare di un Ssn vitale ed efficiente dopo una finanziaria ed una pratica di governo che taglia finanziamenti al sistema. Va a questo punto sottolineata la nostra costante disponibilità a partecipare a processi di razionalizzazione delle spese, ove non si è operato con sufficienza in tal senso, ed a processi di rimodulazione della rete ospedaliera nelle varie Regioni.

Non si può parlare di Ssn unico ed universale quando si ritarda ad approvare le leggi che mettono ordine nell'attuale situazione di legislazione competitiva successiva alla modifica del titolo V della Costituzione e si approva invece al Senato la legislazione esclusiva in sanità da parte delle Regioni.

Per fortuna però a difendere un sistema sanitario nazionale unico, universale, solidale e adeguatamente finanziato l'Anaao non è sola. Il sistema delle alleanze è molto vasto: comprende la stragrande maggioranza dei dipendenti medici e non, e le grandi associazioni dei medici convenzionati. E per fortuna la quasi totalità dei cittadini. **(S.P.)**

STATO GIURIDICO

L'ordine del giorno del Senato

"Il Senato, in sede di esame del disegno di legge finanziaria 2002, premesso che:

l'irreversibilità della scelta del medico in ordine all'esclusività del rapporto di lavoro prevista dal decreto legislativo n. 229 del 16 giugno 1999 risulta in contrasto con il principio di cui all'art. 4, comma 2, della Costituzione (e in particolare con la garanzia della scelta in ordine all'attività lavorativa da svolgere, in esso contemplata);

la preclusione dell' "apicalità" in strutture semplici o complesse per i medici che hanno scelto la non esclusività del rapporto di lavoro, introduce elementi di disparità di trattamento tra categorie di lavoratori che prestano il medesimo servizio;

la complessiva attivazione del sistema dell'"esclusività ha creato un pregiudizio economico per le strutture sanitarie, senza tuttavia consentire il raggiungimento degli obiettivi a cui la stessa era preordinata;

considerato sempre che le categorie dei dirigenti sanitari con contratto di lavoro di cui all'art. 5 del decreto-legge n. 415 del 29 dicembre 1990 si trovano a dovere variare il proprio rapporto di lavoro per imposizione di legge;

che le aziende sanitarie in gran parte non appaiono in grado di poter fornire le strutture sufficienti ed idonee per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia;

considerato infine che alcune diversificazioni del regime pensionistico per analoghe categorie professionali hanno creato ingiustificate disparità di trattamento tra questi e i dirigenti sanitari medici;

impegna il Governo

ad intraprendere, entro 60 giorni dall'approvazione della legge finanziaria 2003 le opportune iniziative legislative finalizzate al riordino dello stato giuridico dei dirigenti sanitari, con particolare riferimento alla abolizione della irreversibilità dell'opzione professionale."

IL PARLAMENTO HA APPROVATO LA FINANZIARIA 2003

Voce per voce le norme sanitarie della manovra

Salta la riforma dello stato giuridico dei medici dipendenti del Ssn, ma sono numerosi i contenuti che interessano la categoria medica

La finanziaria 2003, approvata dal Parlamento il 23 dicembre 2002, è in vigore dal 1° gennaio 2003. Nessun riferimento allo stato giuridico dei medici dipendenti del Ssn: un ordine del giorno, votato dal Senato il 20 dicembre, ha impegnato il Governo a emanare uno specifico decreto (vedi articoli a parte). La manovra è la legge 27 dicembre 2002, n.289, pubblicata in "Gazzetta Ufficiale" n.305 del 31 Dicembre 2002, supplemento ordinario n.240. Di seguito pubblichiamo, in ordine alfabetico, i principali contenuti che interessano la professione medica.

Acquisto beni e servizi. Le pubbliche amministrazioni dovranno sempre utilizzare procedure di evidenza pubblica per contratti con valore superiore ai 50 mila euro, salvo che facciano ricorso alle convenzioni quadro definite dalla Consip. I contratti stipulati in violazione dell'obbligo sono nulli e il dipendente che li ha sottoscritti risponde, a titolo personale, delle obbligazioni eventualmente derivanti. La stipula di detti contratti è causa di responsabilità amministrativa; ai fini della determinazione del danno erariale, si tiene anche conto della differenza tra il prezzo previsto nelle convenzioni anzidette e quello indicato nel contratto. Le pubbliche amministrazioni possono far ricorso alla trattativa privata solo in casi eccezionali e motivati, dopo aver compiuto una documentata indagine di mercato e dandone preventiva comunicazione alla Sezione regionale della Corte dei Conti. Queste disposizioni costituiscono, per le regioni, norme di principio e di coordinamento (art. 24).

Assunzioni a tempo determinato. Per l'anno 2003 le amministrazioni dello Stato possono procedere all'assunzione di personale a tempo determinato, o con convenzioni o con la stipula di contratti di collaborazione coordinata e continuativa nel limite del 90 per cento della spesa media annua sostenuta per le stesse finalità nel triennio 1999-2001. Sono esenti da questa limitazione le regioni e le autonomie locali, fatta eccezione per le province e i comuni che nel 2002 hanno rispettato le regole del patto di stabilità interno, nonché gli enti del Ssn per le assunzioni del personale infermieristico. Sono comunque valide le assunzioni a tempo determinato i cui oneri ricadono su fondi derivanti da contratti con istituzioni comunitarie e internazionali (art.34, c. 13).

Assunzioni a tempo indeterminato. Le amministrazioni dello Stato possono pro-

cedere ad assunzioni nel limite di un contingente di personale complessivamente corrispondente ad una spesa annua lorda a regime pari a 220 milioni di euro. A tale fine è costituito un apposito fondo nello stato di previsione della spesa del ministero dell'Economia con uno stanziamento pari a 80 milioni di euro per l'anno 2003 e a 220 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004.

Nell'ambito delle procedure di autorizzazione delle assunzioni, è prioritariamente considerata l'immissione in servizio, tra gli altri, degli addetti alla ricerca scientifica e tecnologica, nonché dei vincitori di concorsi espletati alla data del 29 settembre 2002 e di quelli in corso di svolgimento alla medesima data che si concluderanno con l'approvazione della relativa graduatoria di merito entro e non oltre il 31 dicembre 2002 (art.34, c.5-6).

Carta dei servizi sanitari. La tessera del codice fiscale sarà trasformata, in via sperimentale nella "Carta nazionale dei Servizi", attraverso la quale i cittadini potranno accedere anche ai sel Ssn (art.52, c.9).

Ciechi. Previsto anche l'utilizzo degli obiettori di coscienza e dei volontari del servizio civile nazionale come accompagnatori dei ciechi civili. (Art. 40). Dal 1° gennaio 2004 l'indennità speciale a favore dei ciechi con residuo visivo non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi, è aumentata dell'importo di 41 euro mensili (art. 39, c.6).

Cnao. Al Centro nazionale di adroterapia oncologica (Cnao) è assegnato l'importo di 5 milioni di euro per il 2003 e 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2004 e 2005. (art.52, c.21).

Congressi aziende farmaceutiche. Anche per il 2003 continuano le limitazioni per le aziende farmaceutiche sul finanziamento di congressi e convegni (art.52, c.10). Inoltre per il 2004, 2005 e 2006 potranno organizzare un massimo del 50% delle iniziative realizzate nel 2001. Sono escluse da questo limite le iniziative Ecm (art. 52, c.19).

Cud. È istituita la Cud, Commissione Unica sui dispositivi medici. Compito della Cud è definire e aggiornare il repertorio dei dispositivi medici, di classificare tutti i prodotti in classi e sottoclassi specifiche con l'indicazione del prezzo di riferimento. La Commissione è presieduta dal ministro della Salute o dal vice Presidente da lui designato ed è composta da cin-

que membri nominati dal ministro della Salute, da uno nominato dal ministro dell'Economia e da sette membri nominati dalla Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome. Sono, inoltre, componenti di diritto il direttore generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza del Ministero della salute e il presidente dell'Istituto superiore di sanità o un suo direttore di laboratorio. La Commissione dura in carica due anni e i componenti possono essere confermati una sola volta. Le aziende sanitarie, a partire dal 31 marzo 2003, avranno l'obbligo di esporre semestralmente su internet i costi unitari dei dispositivi medici acquistati e i nomi dei fornitori (art. 57).

Cumulo pensionistico. Dal 1° gennaio 2003, il regime di totale cumulabilità tra redditi da lavoro autonomo e dipendenti e pensioni di anzianità è esteso ai casi di anzianità contributiva pari o superiore a 37 anni, a condizione che il lavoratore abbia compiuto i 58 anni di età (art.44).

Decreti per assunzioni. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della finanziaria, saranno emanati decreti specifici del Presidente del Consiglio dei ministri, previo accordo, tra l'altro, tra Governo, regioni e autonomie locali per fissare, subordinatamente al rispetto delle regole del patto di stabilità interno per l'anno 2002, i criteri e limiti per le assunzioni a tempo indeterminato per l'anno 2003. Tali assunzioni, fatto salvo il ricorso alle procedure di mobilità, devono, comunque, essere contenute, fatta eccezione per il personale infermieristico del Servizio sanitario nazionale, entro percentuali non superiori al 50 per cento delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno 2002. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale possono essere disposte, comunque, esclusivamente assunzioni, entro i predetti limiti, di personale appartenente al ruolo sanitario (art.34, c.11).

Donazioni pro neoplasie. Le donazioni, per un importo non superiore a 500 euro, effettuate nei primi quattro mesi dell'anno 2003, sono deducibili dal reddito complessivo determinato per l'anno 2003 ai sensi del testo unico delle imposte sui redditi (art.59).

Edilizia sanitaria. Gli interventi di ristrutturazione e ammodernamento previsti dal piano straordinario per l'edilizia sanitaria (ex articolo 20 della Finanziaria

1988) saranno possibili a condizione della presenza di risorse sia nel bilancio dello Stato che nei bilanci regionali (art.55, c.1).

Farmaci. Dalla data di entrata in vigore del nuovo Prontuario (16 gennaio 2003) la riduzione dei listini farmaceutici passa dal 5 al 7% (art.52, c.11).

Farmaci Ue. Non sarà più il Cipe a fissare i margini di aziende, grossisti e farmacisti sulle registrazioni Ue. I relativi prezzi saranno rideterminati in base alla procedura negoziale prevista dalla delibera Cipe del 1° febbraio 2001 (art. 52, c.7).

Finanziamento Ssn. Limitatamente alle misure adottate con riferimento ai disavanzi dell'esercizio 2001, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn a carico dello Stato, sono considerate idonee anche le misure pluriennali (art. 80, c. 14). Per il 2002 sono stanziati ulteriori 165 milioni di euro (art. 52, c.18).

Formazione continua. Prevista, per ogni categoria professionale, l'istituzione di fondi paritetici nazionali per la formazione continua, che possono finanziare in tutto o in parte progetti formativi aziendali o locali concordati fra le parti. Sarà il ministero del Lavoro ad autorizzare questi fondi ed eserciterà la vigilanza e il monitoraggio sulla gestione. I Fondi già costituiti dovranno adeguare i propri statuti alla nuova normativa (art.48).

Iss. E' autorizzato lo stanziamento di 4 milioni di euro per il 2003 in favore dell'Istituto superiore di sanità (art.34, c.14).

Lea. La finanziaria conferma per legge i Livelli essenziali di assistenza. Il Dpcm che li aveva introdotti il 1° gennaio 2001, era diventato una forma normativa debole rispetto alle modifiche del Capo V della Costituzione. La loro revisione avverrà attraverso un Dpcm, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni (art.54).

Medici con titolo di specializzazione. Ai medici che conseguono il titolo di specializzazione è riconosciuto, ai fini dei concorsi, l'identico punteggio attribuito per il lavoro dipendente (art.53, c.1).

Medicinali omeopatici. La commercializzazione dei medicinali omeopatici è prorogata al 31 dicembre 2008. Per usufruire di questa prorogale imprese produttrici, entro il mese di giugno 2003, dovranno versare al ministero della Salute

un acconto di 25 euro sulle tariffe di rinnovo delle autorizzazioni per ogni medicinale omeopatico. Entro un anno a ciascuno dei medicinali omeopatici sarà attribuito, da parte del Ministero della salute, un numero provvisorio di registrazione. Inoltre i medicinali omeopatici sono esenti dalla bollinatura secondo le norme Ue (art.52, c.12-17).

“Mini-Aran” per le convenzioni. Viene istituita una “struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Ssn”. Questa struttura, rappresenta la parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei ministeri dell'Economia, del Lavoro e della Salute.

Un accordo della Conferenza Stato-Regioni disciplinerà il procedimento di contrattazione collettiva. A tale fine la finanziaria autorizza una spesa annua massima di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003 (art.52, c.27).

Monitoraggio spesa sanitaria. Le Regioni che vorranno accedere alle risorse aggiuntive, previste dall'accordo dell'agosto 2001 per incrementare l'ex Fsn per gli anni 2003, 2004 e 2005, dovranno:

- o attuare il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere;

- o adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che non soddisfano il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse;

- o dare avvio ad adeguate iniziative nella prospettiva dell'eliminazione o di un significativo contenimento delle liste di attesa, senza maggiori oneri a carico del bilancio statale;

- o adottare di provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei direttori generali di aziende in deficit. (Art.52, c.4).

Onaosi. Obbligo di iscrizione alla fondazione di tutti i sanitari iscritti agli ordini professionali italiani dei farmacisti, medici chirurghi, odontoiatri e veterinari. (Art.52, c.23), (vedi box a fianco).

Patto stabilità per Regioni. Sono confermate per le regioni le disposizioni sul patto di stabilità interno previste dalla legge 405/2001.

Le regioni a statuto speciale per il 2003, 2004 e 2005, entro il 31 marzo di ciascun anno, dovranno concordare con il ministero dell'Economia il livello delle spese correnti (art. 29, c.2 e 18.).

Perizie professionali. Per il triennio 2003-2005 non ci sarà nessun incremento in relazione alla variazione del costo della vita. In pratica per perizie professionali, consulenze tecniche varranno ancora gli importi del 1992. Ma anche per l'aggiornamento delle indennità, dei compensi, delle gratifiche, degli emolumenti e dei rimborsi spesa soggetti (art. 36).

Premium Price. Nell'ambito della pro-

cedura negoziale del prezzo dei farmaci innovativi registrati con procedura centralizzata o di mutuo riconoscimento, è riconosciuto un sistema di “premio di prezzo” (premium price) alle aziende farmaceutiche che effettuano investimenti sul territorio nazionale finalizzati alla ricerca e allo sviluppo del settore farmaceutico. Il “premio di prezzo” è determinato sulla base di:

a) rapporto investimenti in officine di produzione dell'anno considerato rispetto alla media degli investimenti del triennio precedente;

b) rapporto incrementale delle esportazioni (prodotti finiti e semilavorati) rispetto all'anno precedente;

c) numero addetti per la ricerca (al netto del personale per il marketing), rapportato alla media degli addetti dei tre anni precedenti;

d) incremento del rapporto tra la spesa per la ricerca effettuata sul territorio nazionale e fatturato relativo agli anni precedenti.

I coefficienti dei criteri e l'entità massima del “premio di prezzo” in rapporto al prezzo negoziato vengono definiti con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta del Cipe, nei limiti di un importo finanziario pari allo 0,1 per cento del finanziamento complessivo per

la spesa farmaceutica, ovvero 10,2 milioni di euro per il 2003, 10,6 per il 2004 e 11 per il 2005. (Art.58).

Prezzo medio europeo farmaci. L'adeguamento dei listini è sospeso ed entreranno in vigore dal 1° luglio 2003, se non ci sarà sfondamento del tetto della spesa farmaceutica. In questo ultimo caso l'adeguamento subirà un ulteriore rinvio (art.52, c.25-26).

Prontuario farmaceutico. Tetto massimo del 20% per la riduzione dei farmaci inseriti nel Nuovo Prontuario farmaceutico (art.52, c.8).

Pubblicità farmaci. Sono indeducibili i costi sostenuti per promuovere la diffusione di specialità medicinali a medici, veterinari o farmacisti (art.2, c.9).

Rinnovi contrattuali. Le risorse per la contrattazione collettiva nazionale a carico del bilancio statale, sono incrementate, a decorrere dall'anno 2003, di 570 milioni di euro da destinare anche all'incentivazione della produttività. Inoltre gli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali per il biennio 2002-2003 del personale dei comparti del pubblico impiego tra cui del Servizio sanitario nazionale, delle istituzioni e degli enti di ricerca e sperimenta-

zione e delle università, sono a carico delle amministrazioni di competenza nell'ambito delle disponibilità dei rispettivi bilanci. I comitati di settore provvederanno alla quantificazione delle risorse necessarie per l'attribuzione dei benefici economici individuando anche le quote da destinare all'incentivazione della produttività (art.33, c. 1 e 4).

Sconto farmacisti. Per i medicinali con prezzo tra 103,29 e 154,94 euro, i farmacisti dovranno fare uno sconto obbligatorio al Ssn del 12,5%, mentre per i farmaci con prezzo superiore a 154,94 l'aliquota aumenta del 19% (art.52, c.6).

Ticket diagnostici. Soppressa definitivamente la norma che prevedeva l'abolizione del ticket per accertamenti diagnostici e visite specialistiche per l'anno 2003 (art.52, c.5).

Ticket terme. A decorrere dal 1° gennaio 2003, i cittadini che usufruiscono delle cure termali, sono tenuti a partecipare alla spesa per un importo di 50 euro. Sono esclusi comunque gli invalidi di guerra, i grandi invalidi per servizio e del lavoro, gli invalidi civili al 100%. A partire dal 2004 l'importo del ticket potrà essere rivisto. Inoltre il Governo si impegna al rilancio delle terme (art.52, c. 1-3).

Previdenza: modifiche e condoni per il divieto di cumulo

In attesa della legge delega sulla previdenza, in discussione da più di un anno in Parlamento, la legge finanziaria per il 2003 non aveva proposto, nel suo testo originario, particolari interventi in merito ai sistemi pensionistici. Invece nel testo approvato definitivamente a fine dicembre diversi sono gli interventi riguardo tale argomento. Fra tutti, i più importanti ci sembrano essere le varie previsioni esplicitate per il divieto di cumulo fra trattamento pensionistico d'anzianità e redditi da lavoro. Ricordiamo che soggetti a tale divieto erano totalmente, per i redditi da lavoro dipendente e parzialmente (sino al 30% dell'importo pensionistico), per i redditi da lavoro autonomo, i pensionati d'anzianità degli ultimi anni (con alcune eccezioni). La legge finanziaria per il 2001 aveva, già, consentito la possibilità di sommare alla pensione tali redditi per i pensionati di vecchiaia e quelli ad essi assimilati (almeno 40 anni di contribuzione). La nuova disposizione lo prevede, dal 1° gennaio 2003, anche per coloro che vanno in pensione con almeno 37 anni di contribuzione e 58 anni d'età. Tale condizione dovrebbe valere anche per coloro che già fossero in pensione con i medesimi requisiti, posseduti al momento del pensionamento. Ma la legge finanziaria ha pensato anche a coloro che, già in pensione, non potessero vantare tali anzianità e che sarebbero rimasti soggetti al divieto di cumulo sine die, quali fossero, come abbiamo più volte avuto occasione di definire, una vera e propria “riserva indiana”. Per questi è stato previsto un pagamento liberatorio. Infatti i pensionati alla data del 1° dicembre 2002, soggetti al divieto di cumulo, potranno essere esonerati da tale divieto, sia per i redditi da lavoro autonomo che dipendente, versando, entro il 16 marzo 2003, una somma calcolata sulla base del 30 per cento dell'importo pensionistico del mese di gennaio, moltiplicato per il numero di anni, dato dalla somma degli anni di contribuzione e d'età posseduti al momento del pensionamento, mancanti a 95. Ad esempio, se l'interessato avesse posseduto al momento della pensione 52 anni d'età e 33 anni di contribuzione, che sommati danno 85, dovrà moltiplicare per 10 (95- 85 = 10) l'importo del 30 per cento del trattamento pensionistico di gennaio, ridotto dell'importo del trattamento pensionistico minimo Inps, che è di 402,12 euro. La legge ha previsto, tuttavia, che

tale versamento non possa superare, nella sua misura massima, tre volte l'importo della pensione di gennaio, nè essere inferiore al suo 20%. La somma da pagare potrà essere rateizzata con un versamento del 30% entro il 16 marzo e cinque rate trimestrali con la maggiorazione degli interessi (3%). Per il futuro chi dovesse andare in pensione senza i requisiti minimi, di 37 anni di contribuzione e 58 anni d'età o se già in pensione d'anzianità, soggetta al divieto di cumulo, ed iniziasse un'attività lavorativa, potrà essere esonerato da tale divieto con il versamento delle penalità economiche sovra esposte maggiorate di un 20 per cento. In questi casi la mensilità di pensione da porre a riferimento sarà quella del mese antecedente la richiesta d'esonero. Gli istituti previdenziali provvederanno a esplicitare i criteri attuativi del provvedimento. La stessa legge finanziaria ha anche definito un vero e proprio “condono” per coloro che, pur soggetti al divieto di cumulo, non avessero ottemperato agli adempimenti previsti. Per essi, la cui mancata dichiarazione all'istituto previdenziale di tali redditi avrebbe determinato una multa equivalente alla pensione di tutto un anno (!), è stata prevista una sanatoria, realizzabile versando il 70 per cento dell'importo pensionistico di gennaio 2003 per ogni anno di mancato adempimento. Il versamento non potrà eccedere la misura pari a quattro volte la pensione di gennaio 2003. Anche in questo caso il pagamento potrà essere realizzato ratealmente.

Ancora due interventi legislativi, fra i tanti, interessano in particolare i medici.

Si tratta dell'allargamento a tutti gli iscritti agli Albi dei medici,odontoiatri, veterinari e farmacisti, del contributo obbligatorio all'Onaosi, l'istituto assistenziale della categoria, sino ad ora limitato solamente ai sanitari dipendenti. E della ribadita unitarietà del bilancio dell'Inpdap, l'ente previdenziale che comprende la Cassa pensioni sanitari (CPS), il che determinerà, anche per la cassa dei dipendenti dello Stato, come già in precedenza accadeva solamente per quella dei dipendenti degli enti locali, la condizione di travaso degli attivi contributivi propri della CPS, a tale cassa, se in passivo, prima dell'apporto di ripiano, da parte dello Stato. Come invece avveniva regolarmente in passato.

Claudio Testuzza

INTERVISTA A ROCCO PALESE, ASSESSORE AL BILANCIO DELLA REGIONE PUGLIA

"È la stagione dei doveri"

"Dopo vent'anni di rivendicazioni di diritti, ora l'ago della bilancia deve tornare sui doveri". Parola di Rocco Palese, la vera anima della riorganizzazione ospedaliera in Puglia, che ha tenuto impegnato il presidente Fitto sulle piazze della sua regione per tutto il mese di agosto. Che è convinto che la vera soluzione sia in una spolticizzazione dei ruoli manageriali, da affidare a manager pubblici "altamente tecnici e capaci"

di Eva Antoniotti

Non si abbandona a facili entusiasmi l'assessore Palese. Eppure se venisse accolta la proposta presentata dal ministro Sirchia per il riparto del Fondo sanitario nazionale 2003, la Puglia avrebbe circa 325 milioni di euro in più per finanziare il suo sistema sanitario. "Tutti gli accordi, compreso quello dell'8 agosto - ricorda Rocco Palese - prevedono la revisione dei criteri di riparto del Fondo, perché tutte le Regioni sono consapevoli che il criterio attualmente in uso non va. Sirchia ha fatto un tentativo rispetto al quale non entro nel merito, ma apprezzo il coraggio di aver formulato una proposta e di aver spiegato le ragioni che lo hanno portato a questo".

Però, assessore Palese, il riparto per il 2002, appena varato in un Dpcm, utilizza ancora i criteri fissati nel dicembre del 2001 a Perugia.

Dal mio punto di vista, infatti, il 2002 si chiude in maniera non completamente soddisfacente, ma per il 2003 dobbiamo trovare "la quadra" e tenteremo di farlo nella riunione promossa dal presidente Ghigo per il 29 e 30 gennaio (ndr, riunione straordinaria della Conferenza dei presidenti delle Regioni sul riparto del Fsn).

D'altra parte, purtroppo, non è che ci siano criteri codificati in tutto il mondo a cui si possa fare riferimento in maniera oggettiva, scientifica e inequivocabile. Nel nostro paese fino al 1996-97 si è utilizzato il criterio della quota capitaria, poi si è passati alla quota pesata, utilizzando tutti criteri rispettabilissimi, compreso quello dell'invecchiamento della popolazione. Il problema è che su questo criterio c'è una ponderazione troppo marcata.

Ma è comunque vero che la popolazione anziana "consuma" più servizi sanitari.

L'invecchiamento della popolazione produce due costi fortissimi: la previdenza e il fatto che gli anziani consumino più prestazioni. E nessuno disconosce che bisogna tenere presente il fattore anziani nel riparto della sanità: va tenuto in conto, ma non può essere il solo.

Tra le aree del Paese c'è già un forte squilibrio a vantaggio del Nord con la previdenza, ed è giusto che ci sia, perché lì gli anziani sono più numerosi. Non si capisce però perché la quota capitaria valga per la previdenza, ma poi non valga più per la sanità. Così le regioni settentrionali prendono risorse due volte: una volta con la previdenza, che nessuno mette in discussione, e l'altra con la sanità, che dobbiamo rivedere per trovare un giusto riequilibrio complessivo.

La soluzione potrebbe essere un innalzamento della soglia di età valutata come "anziana"?

Bisogna alzare di cinque anni l'età pensionabile e portare quelle risorse sulla sanità. Punto. È l'uovo di Colombo e se non lo facciamo noi il problema ce lo risolverà l'Europa. Sarebbe grave per il paese se non si andasse in questa direzione: non ci sarebbe né prospettiva, né speranza.

Ma il nostro Paese ha dimostrato nel passato di essere capace di disattenzioni gravi di questo tipo, si pensi a tutte le privatizzazioni fatte dal 1995 ad oggi le cui ingenti risorse non sono state utilizzate al meglio. Se si fossero utilizzate quelle risorse per ridurre il debito pubblico, oggi sarebbe più facile anche realizzare la riforma federalista.

Cambiando argomento, lei come valuta gli annunci fatti dal ministro Sirchia riguardo al ddl che dovrebbe modificare lo stato giuridico dei medici del Ssn?

Sono molto critico con queste riforme. Lo ero quando le ha fatte la Bindi e lo sono attualmente. Sono almeno 15 anni che il sistema della sanità continua a varare norme tutte pensate solamente rispetto al sistema stesso, mentre bisognerebbe pensare un po' più a far crescere la qualità. Io vedo come sono fatti tutti i contratti: c'è una prima parte di principi, bellissima e nobilissima che resta del tutto inapplicata, e poi c'è la parte concreta, normativa che è l'unica che interessa davvero un sistema sempre più autoreferenziale. È ora di tornare con i piedi per terra: dopo quasi venti anni di rivendicazioni di diritti, l'ago della bilancia deve tornare un po' più sui doveri. Se non viene recuperato questo principio, qualsiasi decreto non può funzionare.

Il ridimensionamento dei poteri del direttore generale proposto da Sirchia le sembra possa essere una strada utile?

L'unica cosa che può veramente incidere è la spolticizzazione della gestione. Se i direttori generali vengono nominati da un organo politico, secondo criteri politici, non possono funzionare. Io ho in mente, invece, un megaconcorso europeo, che selezioni mille, duemila persone sulle quali investire, per farle studiare e formarle, anche all'estero, a spese dello Stato. E poi utilizzare queste intelligenze nel sistema sanitario, un centinaio al ministero, per fare il coordinamento la programmazione e il monitoraggio, e le altre nelle Regioni, al posto dei direttori generali. Rotazione continua, nessuno rimane nella stessa sede per più di tre anni, per evitare problemi e "incrostazioni". Un po' quello che si fa con i prefetti.

Non c'è il rischio di creare un ceto burocratico?

Non credo che queste risorse umane sarebbero una rigidità del sistema, ma piuttosto uno strumento per poterlo governare meglio. Il governo centrale, d'intesa con le Regioni, avrebbe comunque il compito po-

litico di dare a questa gente gli indirizzi, gli obiettivi e i vincoli rispetto ai quali operare.

Per realizzare tutto questo occorrerebbero almeno dieci anni, ma sono convinto che questa sarebbe davvero una soluzione.

E le riforme fatte in questi anni?

Confesso che non credo molto alle riforme delle riforme. Dal '78 ad oggi ne sono state messe in campo molte dal punto di vista normativo: prima i Comitati di gestione, il coinvolgimento dei Comuni e del territorio, poi siamo passati ai comitati di gestione ristretti, poi agli amministratori straordinari e all'aziendalizzazione, ai direttori generali. È arrivata la Bindi e si è tornati a coinvolgere i Comuni, alla Conferenza dei Comuni.

È un comportamento schizofrenico. Il problema è: il livello politico ha intenzione davvero di mettere ordine in questo segmento di finanza pubblica o no? Se ha intenzione davvero le strade ci sono, ma non può essere quella di andare continuamente a correggere e ricorreggere le stesse norme. Bisogna cercare qualcosa di diverso, di profondamente diverso. Che certamente può essere sconvolgente per gli attori del sistema, a cominciare dai sindacati.

La sua ipotesi non può trovare attuazione a livello regionale?

Se alla fine dovesse prevalere in via definitiva la devolution, se io fossi responsabile della mia regione, lo farei subito. D'altra parte, uso già questo criterio per il personale della Regione e dunque perché non dovrei farlo per la parte più preponderante di impegno finanziario e sociale del sistema regionale? E in qualche modo abbiamo già iniziato. Ad agosto abbiamo soppresso quattro aziende ad alta specialità, anche per dare un segnale di ristrutturazione non solo riguardo ai servizi ma anche il piano politico gestionale. Sopprimere quattro aziende ad alta specialità vuol dire sopprimere quattro poltrone di direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario. Un passo indietro della politica. E lo stesso abbiamo fatto sui distretti, ridotti da 72 a 47, perché ritenevamo che una situazione di questo tipo fosse più funzionale e più controllabile. Solo due o tre direttori generali "scaduti" sono stati riconfermati, però li abbiamo fatti ruotare: chi stava a Lecce è andato a Bari.

Con condizioni chiare, a cominciare dalla verifica sugli obiettivi, credo che sarebbe possibile anche liberalizzare il quadro di riferimento nazionale, che ad esempio fissa la retribuzione di un direttore generale a non più di 300 milioni annui. Se un direttore generale realizza appropriatezza di prestazioni, aumenta la qualità, fa quadrare i conti gli si può anche dare di più. Ma se gli obiettivi non vengono raggiunti allora va via, senza ricorsi al Tar, cause e contenziosi.

LA POSIZIONE DELLE REGIONI SULLA RIFORMA DELLO STATO GIURIDICO DEI MEDICI

Chi riforma, paga

Hanno chiesto che non se ne parlasse in Finanziaria, e così è stato. Valutazioni diverse di merito e di prospettiva politica, ma sulla controriforma annunciata dal ministro Sirchia le Regioni concordano su un punto centrale: se il governo modificherà la situazione attuale, dovrà anche impegnarsi a sostenere i costi che ne derivano

La Conferenza dei presidenti regionali lo aveva scritto in un comunicato stampa stilato nei giorni immediatamente precedenti al voto parlamentare sulla legge finanziaria 2003: se si modifica il quadro normativo sull'incompatibilità, le Regioni non si sentiranno più vincolate a corrispondere ai medici l'indennità di esclusività. "Nel ricordare – si legge nel comunicato – che l'indennità di esclusività del rapporto è compensativa di un'opzione che modifica in modo irreversibile la sfera giuridica dei dirigenti sanitari, si evidenzia che le norme contrattuali stabiliscono che la disciplina del rapporto di lavoro esclusivo e del connesso trattamento economico

è strettamente legata alla permanenza stabile nel quadro normativo del sistema di incompatibilità presente all'atto della stipula del Ccnl". "L'eventuale intervento della legge finanziaria su tale materia – prosegue il documento dei Presidenti – che stabilisca non solo la modifica del regime delle incompatibilità, ma anche, contemporaneamente, i relativi aspetti economici, confligherebbe con la previsione contenuta nel Ccnl di riapertura del negoziato, in caso di mutato quadro normativo. Tali modifiche legislative sarebbero inoltre prive di qualsiasi copertura finanziaria. È evidente che, sulla base dei livelli di responsabilità pattuiti nell'accordo 8 agosto 2001

sottoscritto fra Stato e Regioni, si dovrebbe conseguentemente ridefinire il sistema di finanziamento dell'istituto".

La presa di posizione della Conferenza dei presidenti mirava nell'immediato a stralciare la materia dalla legge finanziaria, come è poi avvenuto, ma ovviamente resta valido nella sostanza anche in vista del ddl annunciato per febbraio dal ministro Sirchia.

I rappresentanti regionali hanno dunque una posizione unitaria riguardo alle ricadute delle eventuali modifiche allo stato giuridico dei medici, anche se danno invece valutazioni politiche diverse.

GIOVANNI BISSONI,
assessore Sanità Emilia Romagna

UN GIOCO INACCETTABILE

"In materia di esclusività il governo sta facendo un gioco inaccettabile: vuole mantenere una promessa fatta in campagna elettorale e ottenere il consenso dei medici, restituendogli il diritto a modificare la loro scelta in qualunque momento, ma lascia alle Regioni il carico finanziario che ne deriva. Ed è rischiosa anche la prospettiva di una regionalizzazione assoluta dei contratti, che di fatto disaggregherebbe il servizio sanitario. Un conto è che venti regioni firmino il medesimo contratto con degli spazi integrativi, come accade già oggi, altro è pensare che ciascuna regione firmi il suo contratto. Questo vorrebbe dire, ad esempio, che le regioni più ricche potrebbero offrire contratti più vantaggiosi, attraendo i professionisti e accrescendo le differenze nel Ssn".

ENZO GHIGO,
presidente Regione Piemonte

SPENDIAMO GIÀ 700 MLD IN PIÙ

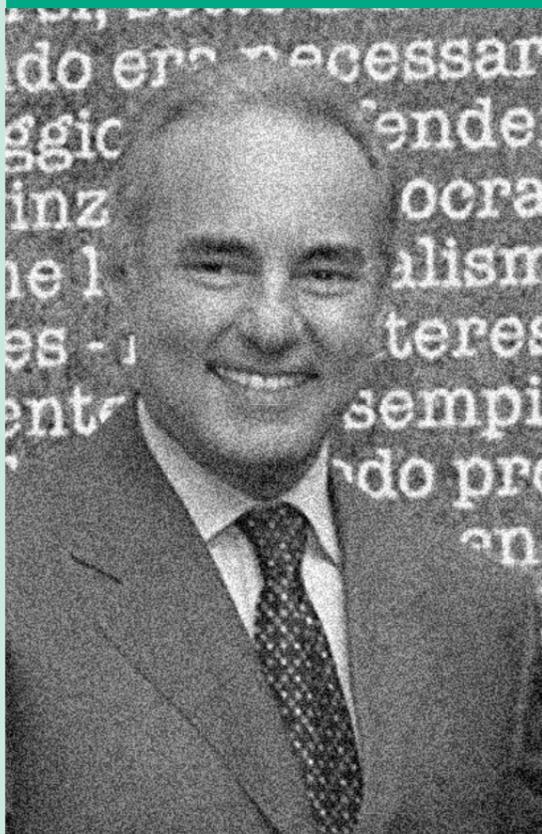
"Lo studio dell'Aran mostra come, già applicando l'attuale normativa contrattuale sulla dirigenza medica, l'onere per le Regioni sia di circa 700 miliardi in più di quanto stanziato dal governo. Noi pretendiamo, come d'altra parte è previsto nell'accordo dell'8 agosto, che se i contratti vengono acquisiti a livello nazionale anche il costo dei contratti sia a carico del livello nazionale. Perciò non paghiamo noi".

SALVATORE MAZZARACCHIO,
assessore Sanità Puglia

NECESSARIO UN FONDO PEREQUATIVO

"Quando si parla di esclusività occorre soprattutto salvaguardare un principio, cercando poi l'ac-

ENZO GHIGO



cordo tra le diverse esigenze del governo, delle Regioni e dei professionisti. Quel che è certo è che oggi è reversibile anche l'ergastolo e dunque credo che sia sommamente illiberale aver legato i medici ad una scelta irreversibile. Per quanto riguarda i contratti, si dovrà comunque prevedere un minimo di orientamento valido per tutti, senza il quale si rischia che tra una Regione e l'altra vi siano forti diversità di trattamento".

VINCENZO SARACENI,
assessore Sanità Lazio

SI ANDRÀ VERSO UN'AUTONOMIA CONTRATTUALE

"Sono pienamente d'accordo con la necessità di modificare lo stato giuridico dei medici e ricordo che questo era uno dei temi annunciati da questo governo già in campagna elettorale. Resta da chiarire se questa modifica comporta oneri economici aggiuntivi per le Regioni e in questo caso penso che la spesa in più andrebbe coperta dal governo".

FABIO GAVA,
assessore Sanità Veneto

O ARRIVANO PIÙ RISORSE, O CALA L'INDENNITÀ

"Riteniamo unanimemente che il Parlamento possa legittimamente legiferare riguardo allo stato giuridico dei medici, ma crediamo che non abbia diritto di intervenire in materia contrattuale, perché così facendo toglie alle regioni spazio di contrattazione. Secondo quanto mostra lo studio dell'Aran, la spesa sostenuta dalle Regioni è di circa 700 miliardi in più di quanto previsto, visto che le adesioni sono state più numerose. Per far fronte a questo credo ci siano solo due strade: o il governo integra le risorse, oppure si dovrà pensare ad una quota di indennità più bassa da suddividere tra coloro che hanno optato per l'esclusività e da definire in sede di contrattazione regionale".



Emilia Romagna

LA SANITÀ NELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Il segreto? Partecipazione e tradizione programmatica

di Maria Gullo

LA CAPACITÀ DEL SISTEMA DI ASSUMERE IL CAMBIAMENTO E IL FORTE SENSO DI APPARTENENZA ALLA COMUNITÀ PECULIARE DI QUESTA REGIONE HANNO PERMESSO IL SUCCESSO DEL FENOMENO EMILIA ROMAGNA. UNA TRADIZIONE CONSOLIDATA NELLA PIANIFICAZIONE SANITARIA CHE OFFRE GIÀ I SUOI FRUTTI

Definirla "virtuosa" sarebbe sufficiente per introdurre la regione che andiamo a presentare. Un unico termine per indicare il sistema sanitario regionale dove mettere al primo posto, con attenzione sempre rinnovata, il bisogno di salute, il benessere psicofisico dei cittadini permette anche di chiudere i conti in pareggio, di vedere i propri bilanci che quadrano.

Il segreto dell'Emilia Romagna risiede innanzitutto nell'intuizione e nella capacità di aver elaborato già da tempo un disegno strategico a livello di pianificazione in sanità; risiede in una "tradizione" di Piani sanitari regionali (il Psr è infatti già arrivato alla sua terza edizione), che prendono il via ancor prima dell'esistenza di quelli nazionali. Un segreto nascosto, neanche tanto, in un sistema basato sulle cure primarie e proiettato sulla piena funzionalità dei distretti, sull'integrazione dei servizi e, d'altro canto, sulla aziendalizzazione come strumento di articolazione e diffusione della responsabilizzazione e dell'autonomia. Il documento di programmazione sanitaria dell'Emilia Romagna attualmente in vigore ha infatti saputo coniugare i principi nazionali di universalismo e solidarietà, di autonomia e responsabilità nella programmazione e nell'organizzazione dei servizi previsti dalla regionalizzazione, di sviluppo dell'aziendalizzazione nell'organizzazione sanitaria come mezzo per migliorare il servizio, con le politiche regionali locali. Che tengono conto delle scelte politiche, dello scenario demografico e socio-economico e dove la programmazione sanitaria va di pari passo con quella territoriale, delle tendenze evolutive dei servizi stessi. Un sistema che riesce ad assicurare uniformità nell'accesso e nella erogazione delle prestazioni, semplificando il più possibile e una regione che fa della comunicazione con i cittadini uno dei suoi punti di forza. Ed è grazie alla "forte coesione sociale" che, come sostengono gli addetti ai lavori, caratterizza da sempre questo terre, forti di secoli di politiche Comunali, che ha potuto realizzarsi, senza un eccesso di tensioni e di opposizioni critiche, il grande cambiamento partito a metà degli anni '90 incentrato sulla razionalizzazione.

E se l'accusa che più spesso le si muove è di godere di maggiori finanziamenti rispetto ad altre regioni, il governo regionale come le organizzazioni sindacali affermano di prenderne "più di alcuni e meno di altri", sottolineando la composizione della popolazione fatta di anziani al 22% rispetto alla media nazionale del 6-7% e i differenti sistemi di ponderazione interna, e affermando con tranquillità che non è quindi certamente questo elemento a far chiudere i conti in pareggio.

La realtà è che già nel 2000 l'Emilia Romagna si attestava sui 5 per 1000 posti letto, e registravano un'inversione di tendenza della spesa tra ospedale e territorio, con il

prevalere di quella territoriale, fino ad arrivare all'odierno 45% per gli ospedali e 55% per il territorio. La realtà è gli addetti ai lavori hanno saputo guardare in tempo ai grandi modelli organizzativi sanitari internazionali e farli propri adeguandoli alla propria realtà locale. Ora non c'è bisogno di rincorrere nuove linee strategiche, ma si raccolgono i frutti e si migliora.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

In un processo di aziendalizzazione che già costituisce uno dei punti di forza del sistema, tra gli obiettivi fondamentali previsti nel Psr 1999-2001 il cambiamento nel governo aziendali e l'introduzione del governo clinico. Attualmente, nonostante alcune lamentele sui tempi lunghi di attuazione, secondo il governo regionale i cambiamenti sono significativi e il processo reale: tutte le aziende hanno i Dipartimenti, molti stanno diventando strumento reale di governo clinico e il Collegio di direzione uno strumento di partecipazione alla vita dell'azienda. Si pensa alla trasformazione dei Collegi di direzione da organo consultivo dei direttori generali a organo dell'Azienda.

AZIENDE OSPEDALIERE

La rimodulazione e riorganizzazione dei servizi ospedalieri è già cosa fatta. È sceso a 156 il numero dei ricoveri ordinari per 1000 abitanti (da 200), e il livello di day surgery raggiunto è il più alto d'Italia, a costituire un livello di appropriatezza estremamente elevato. Un processo di innovazione più che di mera razionalizzazione a fini economico-fiscali, come sottolinea il governo locale, che ha visto un'accelerata significativa intorno al 1996 e risolutiva con l'ultimo Psr. La riorganizzazione ospedaliera è stata sempre approvata dalle conferenze sanitarie territoriali.

Posti letto: il 5 per 1000 è stato raggiunto già dal 2000.

APPROPRIATEZZA

Che l'Emilia Romagna abbia puntato sul territorio è dimostrato dalle attuali percentuali di spesa: il 55% per il territorio a fronte di un 45% per gli ospedali. Una tendenza già presente dal 2000. Del resto molti servizi territoriali hanno nella regione una tradizione autonoma dall'ospedale di vecchia data.

Distretti. La riorganizzazione dei servizi di assistenza primaria è una priorità del Psr al fine di collegare meglio territorio e ospedale, assicurare la continuità assistenziale e l'integrazione. Il sistema non era però ancora decollato in modo omogeneo: l'introduzione con l'ultimo Psr del Dipartimento delle cure primarie contribuisce a separare le responsabilità cliniche e di produzione di servizi dalla programmazione che compete al direttore del distretto. I distretti si fanno carico di programmi specifici per il disagio psichico, gli anziani, l'handicap, le dipendenze; dei

servizi per il percorso-nascita e la salute della donna e l'assistenza per i cittadini immigrati, favorendo l'assistenza domiciliare integrata.

PIANO SANITARIO REGIONALE

Resta in vigore il Psr 1999-2001; i cambiamenti principali indicati nel Piano sono in realtà in corso proprio in questo momento ed emerge prevalente l'esigenza di attuare quegli obiettivi, ritenuti ancora validi l'impostazione e i principi ispiratori, piuttosto che dare un nuovo piano. Un piano che coniuga gli indirizzi nazionali con le risposte alle esigenze e le politiche locali, che definisce linee strategiche sempre più orientate alla promozione della salute oltre che alla erogazione di prestazioni secondo politiche della qualità, alle quali viene garantito un sempre più facile accesso, e stabilisce priorità di azione nel campo delle demenze senili, del sostegno alla famiglia e all'infanzia, agli immigrati e alle dipendenze patologiche. Accento preventivo su alimentazione e infortuni legati al lavoro. I pilastri del Piano sono un sistema fondato sulle cure primarie, la rete integrata dei servizi, l'aziendalizzazione. Uno degli elementi essenziali della revisione del Psr sarà l'integrazione socio-sanitaria.

CONTRATTI AZIENDALI

L'indicazione del governo regionale per la prossima ondata di rinnovo contrattuale, nel passaggio dal titolo V alla devolution, è di mantenere due tavoli di contrattazione, quello nazionale e quello aziendale, ma con la Regione in un ruolo attivo di indirizzo e coordinamento, affinché il contratto nazionale riversi maggior responsabilità e autonomia dei sistemi regionali rispetto alla parte del contratto che riguarda l'organizzazione e gli obiettivi e rispetto alla parte variabile dello stipendio. Secondo le autorità regionali la politica del personale è un elemento essenziale della autonomia, pur se in un quadro di compatibilità nazionale e di regole condivise.

L'Emilia Romagna

Popolazione: 4.008.663

Aziende Asl: 13

Aziende Ospedaliere: 5

Medici in convenzione: 3.238 medici di base; 486 pediatri di libera scelta.

Medici dipendenti dal Ssn: 7.807

Strategia e appartenenza. Ma lavoriamo sul governo clinico

**INTERVISTA A CARLO LUSENTI
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED EMILIA ROMAGNA**

Dottor Lusenti, il sistema Emilia Romagna sembra funzionare a tutti gli effetti. È vero, i conti tornano e a cosa va il merito principale?

Per non rischiare semplificazioni superficiali, usiamo parametri concreti; dal punto di vista dei servizi ad esempio, la qualità dei servizi, l'accessibilità ai servizi e la diffusione degli stessi funziona. Se usiamo parametri economici, anch'essi purtroppo importanti seppur a mio parere non devono diventare prioritari, riguardo alla sostenibilità ce la facciamo molto bene. Questo perché abbiamo messo tutto in cantiere dieci anni fa. Gli ospedali si sono chiusi in dieci quindici anni, il modello dell'ospedale principale con gli ospedali in rete, uno dei punti di riferimento dell'organizzazione sanitaria attualmente nel mondo, è stato già costruito, passo per volta. Abbiamo preso da altre esperienze, Canada, Inghilterra Australia condendo il tutto "in salsa emiliana" e ora ne vediamo i frutti. Molte aziende sono in pareggio di bilancio e complessivamente il finanziamento per la sanità è negli ultimi anni più o meno sufficiente a coprire i bisogni.

Noi abbiamo investito nel passato, e ora non dobbiamo rapidamente costruire ciò che non abbiamo alle spalle come altre regioni.

La stessa ragione per cui non avete sentito il bisogno di rinnovare il Psr attualmente in vigore che è quello 1999-2001?

Esattamente. Intanto noi facevamo Psr quando non esisteva ancora quello nazionale; abbiamo una tradizione di programmazione, di disegno strategico della sanità antica; quindi non abbiamo bisogno di fare la rincorsa a fare il Piano di turno, l'ultimo, il più aggiornato. Inoltre l'ultimo Psr, fatto in coincidenza del Piano nazionale Bindi, sta ancora dispiegando le sue conseguenze sul piano organizzativo. Quindi non c'è necessità urgente di ridefinire le linee di programmazione.

C'è qualche altro elemento peculiare che concorre a creare la ricetta del vostro sistema? Come siete riusciti a sviluppare un territorio così funzionale ed efficiente?

Una delle chiavi è sicuramente che i cittadini percepiscono i servizi sanitari come una cosa loro. E quindi la tutela della salute è vista come una cosa da far crescere, da promuovere e valorizzare in una relazione di fiducia e forte partecipazione. Questo è qui un aspetto fondante, fa buona parte della differenza ed è legata alla storia di queste terre; è molto più difficile in altre realtà regionali dove non c'è un tale legame di partecipazione con la cosa pubblica e in particolare con la sanità.

È l'appartenenza a una comunità senza avere nulla a che vedere con il localismo o le spinte leghiste.

Anche per il territorio c'è una lunga tradizione di servizi radicati che non hanno nulla a che fare con l'ospedale: igiene pubblica, psichiatria, igiene mentale, materno-infantile. Il passo avanti più recente è l'integrazione e quello che chiamiamo il percorso di cura: alta intensità di cura negli ospedali ma con una degenza sempre più breve che slitta verso il territorio, attraverso una serie di link organizzativi, come il servizio infermieristico domiciliare distrettuale; l'ospedale resta il pezzo centrale di una filiera. Non utilizziamo quindi risorse in più, ma in modo diverso, coordinando le professionalità. L'ospedale resta un attore fondamentale, ma non è legato più solo all'idea del ricovero. Su questo comunque abbiamo appena cominciato, non è ancora tutto a regime e delle difficoltà di relazione ci sono tra le professioni, non è facile. Non ci sono solo difficoltà organizzative ma ovviamente resistenze culturali.

Esiste allora per voi un vero problema, un ostacolo concreto su cui ritenete ci sia bisogno di accelerare, di forzare un po' la mano?

Beh c'è il ruolo che i professionisti hanno nelle strutture aziendali, che non è ancora sufficiente; le aziende sono ancora strutture monocratiche e i Collegi di direzione, anche probabilmente per nostra coresponsabilità, non sono

ancora un reale strumento di partecipazione. Nonostante ci sia già una direzione che condividiamo, una base di esperienza che abbiamo fatto insieme, siamo coscienti che c'è ancora molta strada da fare sui temi dell'autonomia e responsabilità. In sostanza i modi per realizzare il governo clinico sono ancora all'enunciazione e il ruolo della professione nella gestione delle aziende è ancora una risorsa sottoutilizzata. Su questo ad esempio potremmo organizzare anche in modo informale - organizzazioni sindacali, direttori generali, assessorato - una lettura, una giornata di workshop, di cosa è accaduto nell'organizzazione dipartimentale con lo scopo, già dichiarato, di usare le informazioni per rilanciare.

L'altra proposta, a livello nazionale globale, è di iniziare a

confrontare non i differenti modelli sanitari regionali, ma come abbiamo fatto le cose e i risultati ottenuti. Un confronto concreto quindi al di là della contrapposizione politica.

Ultimissima cosa. Bissoni insieme a Rossi della Toscana quando si è iniziato a parlare della revisione del regime di esclusività ha "minacciato" di sospendere l'erogazione dell'indennità di esclusività. Che ne pensa?

Che sarà molto difficile che, nonostante il regionalismo, qualche regione da sola assuma delle decisioni unilaterali senza averle concordate con le altre e senza averle coordinate con scelte nazionali. Anche se poter rimettere mano a questa grossa risorsa dell'indennità è una grossa tentazione. Per tutti.

INTERVISTA A GIOVANNI BISSONI, ASSESSORE REGIONALE ALLA SANITÀ DELL' EMILIA ROMAGNA

Coesione sociale e innovazione; ma acquistiamo consapevolezza

Assessore, la domanda potrà sembrare banale ma è obbligata: come mai il vostro sistema sanità funziona?

Questi risultati dipendono fondamentalmente dalla capacità del nostro sistema di assumere il cambiamento; cambiamento che, in sanità, non nasce oggi e che ha visto un'accelerazione determinante intorno al '96-'97. Risale a quella data infatti la fase di riorganizzazione dei servizi ospedalieri, territoriali, residenziali e domiciliari, sistematizzata poi con il Psr 1999-2001, che vedeva anche l'introduzione di altri obiettivi, come l'ulteriore cambiamento nel governo aziendale. Ad esempio l'introduzione di un tema molto forte come il governo clinico.

Lei è stato protagonista di questo cambiamento, essendo al suo secondo mandato: qual è stata la reazione generale a queste modifiche?

Questo cambiamento è stato possibile con reazioni critiche e tensioni limitate, grazie alla forte coesione sociale che caratterizza la nostra regione, al fatto che non abbiamo preteso di far tutto in pochi mesi, alla disponibilità al confronto. Soprattutto la riorganizzazione ospedaliera è stata sempre approvata dalle conferenze sanitarie territoriali; il consiglio regionale non ha mai modificato nessun piano attuativo locale.

E poi abbiamo dimostrato che non eravamo di fronte una forte operazione di razionalizzazione a fini economico-finanziari ma a un cambiamento radicale nell'assistenza. Abbiamo dimostrato che a meno posti letto ospedalieri corrispondevano più posti letto residenziali e maggior assistenza domiciliare, che a fronte di meno posti per acuti c'erano più possibilità di day hospital e day surgery, che insomma si trattava di una vera innovazione, non di pura razionalizzazione.

Qual'è la ragione di un Piano sanitario fermo alla vecchia edizione?

Ora il consiglio regionale sta discutendo la riforma dell'assistenza e poi si procederà al Piano sociale. L'aggiornamento del Psr sarà incentrato sull'integrazione col tentativo di fare un unico piano socio-sanitario, ma per questo ci vorrà ancora qualche mese.

Comunque il documento di programmazione indica degli obiettivi molto forti di riorganizzazione dell'azienda, e i cambiamenti principali indicati sono in corso in realtà proprio in questo momento. Per cui ci sembra prevalente ancora l'esigenza di attuare quegli obiettivi piuttosto che dare un nuovo piano.

Abbiamo accennato al governo clinico: a che punto siamo nell'affiancare ai direttori generali una quota sempre maggiore di governo degli operatori? In questo senso ci sono delle spinte a forzare un po' la mano da parte delle organizzazioni sindacali...

Il percorso è reale. Del resto non sarebbe stato possibile raggiungere determinati standard di appropriatezza senza la partecipazione vera dell'operatore sanitario nell'organizzazione dell'erogazione dei servizi. Oggi ci sono cambiamenti significativi: tutte le aziende hanno i Dipartimenti, molti stanno diventando strumento reale di governo clinico e il Collegio di direzione uno strumento di partecipazione alla vita dell'azienda. Noi siamo convinti che se c'è una voce che ha bisogno di maggiore rappresentanza dentro l'azienda non è una voce esterna ma è quella dei professionisti. Ecco perché la prossima tappa, a proposito della legge attuativa del titolo V, sarà molto forte: non pensiamo a strumenti quali il CdA oppure alle Fondazioni, ma piuttosto alla trasformazione dei Collegi di direzione da organo consultivo dei direttori generali a organo dell'Azienda. Riguardo agli operatori, riescono ormai spesso a coniugare i termini autonomia e responsabilità. Ma non sempre purtroppo. Ci sono tanti dirigenti in grado di operare su questa strada ma anche molti altri che ancora non sembrano in grado di assumere consapevolmente questo processo. La situazione non dipende solo dalla volontà dei direttori generali ma anche dai processi reali. C'è davvero piena convinzione da parte degli operatori sanitari che la strada obbligata è quella dell'autonomia e della responsabilità e che uno degli obiettivi di quel governo clinico è esercitare la responsabilità rispetto all'appropriatezza, all'uso corretto delle risorse, all'umanizzazione dei servizi, alla continuità di cura, alla collaborazione tra professionisti diversi? Questo è il substrato del governo clinico.

Quello che noi stiamo attuando è un percorso di modifiche organizzative ma soprattutto un avanzamento culturale e camminare parallelamente è necessario perché questo processo coinvolge a fondo la cultura e l'esperienza dei professionisti.

Inoltre va sottolineato che non abbiamo mai pensato di utilizzare gli strumenti di conoscenza a disposizione di chi deve sviluppare le politiche del governo clinico, come strumenti di governo fiscale, di controllo per i medici, come ad esempio la finanziaria avrebbe voluto.

Puglia

LA SANITÀ NELLA REGIONE PUGLIA

Riordino da plauso Solo sulla carta?

di Maria Gullo

OSPEDALI DI COMUNITÀ E DISTRETTI, ACCORPAMENTI E DAY SURGERY: TUTTO SECONDO UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO CHE LIBERI RISORSE PER GARANTIRE LE ATTIVITÀ TERRITORIALI, OBIETTIVO PRIMARIO DEL PSR 2002-2004, IL PRIMO DELLA REGIONE DOPO DECENNI DI TENTATIVI DI SNELLIMENTO DEL SISTEMA PER UNA MAGGIOR EFFICACIA. PROGRAMMAZIONE CHE SI ACCOMPAGNA PERÒ A FORTI PERPLESSITÀ SULLA SUA CONCRETA POSSIBILITÀ DI ATTUAZIONE. IN ATTESA DEL FEDERALISMO FISCALE

Il nuovo Piano di riordino ospedaliero, di recente approvazione, sembra essere il fiore all'occhiello di questa regione del sud che punta ad una trasformazione radicale dopo decenni di assenza di programmazione. Almeno è di questa idea la giunta che ha adottato il provvedimento e non solo. Lo conferma una recente indagine comparativa condotta dalla società Nomisma dal titolo "Sistemi territoriali e sanità", che ha realizzato una mappatura degli ambiti territoriali, scegliendo, in base alla rappresentatività del modello sanitario e all'importanza socio-economica, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio e Puglia. Si plaude al piano di riordino pugliese, orientato "ad una netta svolta, con il completamento della rete ad alta specializzazione, l'accorpamento di presidi ospedalieri e la riconversione di alcune strutture in ospedali di comunità". Soluzione ottimale per un sistema sanitario, a detta della stessa ricerca, caratterizzato da "frammentazione territoriale, aggravata da carenza di servizi, con un tasso di ospedalizzazione tra i più alti del Paese". Un documento, questo sul riordino ospedaliero, preceduto dall'approvazione, nel dicembre 2001, dal primo Piano sanitario della regione, improntato ad una filosofia di razionalizzazione da realizzarsi attraverso la creazione di centri sanitari di eccellenza di alto profilo e l'investimento sui servizi territoriali. Che ha visto un'approvazione illustre, quella del ministro della Salute in visita al nuovo Irccs 'San Giovanni Rotondo', che ha incoraggiato lo sforzo della regione "in questo percorso con grandi difficoltà, perché la cultura non è una cosa facile da penetrare, che va sostenuto nell'interesse dei bisogni dei cittadini". "Quella della Regione Puglia - ha commentato Sirchia - non è una manovra per risparmiare, ma serve a garantire una migliore sanità a tutti noi. Per decenni non ci si è accorti che la popolazione invecchiava, che la cronicità cresceva e la non autosufficienza era il grande problema della nazione. Questa regione si sta muovendo nella direzione giusta, al contrario di altre che ad esempio vedono gli Irccs, il vero futuro del nostro Paese, come un peso solo perché non possono essere governati direttamente dagli organi regionali". Intanto il presidente Fitto ha dato il via alla sperimentazione del 118 su tutto il territorio regionale dichiarandosi soddisfatto per il prosieguo del percorso che vede la realizzazione di un segmento della rete dei servizi territoriali, il quale insieme a distretti, poliambulatori, RSA e ospedali di comunità accompagneranno l'applicazione del riordino. Entro la fine del 2002

aveva anche assicurato l'avvio della rete di terapia intensiva. In ospedale si punta per il futuro sui servizi di Day hospital pediatrico e Day surgery, sempre nell'ottica di nuovi modelli organizzativi che liberino risorse per garantire le attività territoriali, obiettivo primario del Psr 2002-2004. Forti perplessità, sia sul Psr che sul Piano di riordino, arrivano però dal fronte sindacale, in particolare sulla possibilità di attuazione concreta di queste linee programmatiche, su di "un legiferare continuo senza pratica applicazione" come sostiene il segretario Anaaop per la regione, e sulla carenza del confronto con le parti sociali, almeno nell'immediato passato.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

L'aziendalizzazione è più sulla carta che reale, i budget non sono stati propriamente assegnati; negli incarichi dati ai dirigenti di struttura complessa non c'è stata la piena responsabilizzazione, e non sono stati chiariti né obiettivi né risorse.

AZIENDE OSPEDALIERE

È stato approvato, e in fase di attuazione, il Piano di riordino della rete ospedaliera, animato dalla volontà di attuare una svolta rispetto al passato, tramite l'accorpamento di alcuni presidi, la riconversione in strutture per lungodegenza, con attenzione alla popolazione anziana, e ospedali "di comunità"; inoltre il completamento della rete di alta specializzazione. Le aziende speciali sono state ridotte da 6 a 2, quelle universitarie del Policlinico di Bari e di Foggia. Parola d'ordine: razionalizzazione. Si punta sulle attività di day hospital e day surgery. Entro l'anno avviate le procedure per la realizzazione della rete delle terapie intensive, con investimenti per 25 milioni di euro. Via libera all'utilizzo dei 750 milioni di euro disponibili per l'edilizia e le tecnologie sanitarie.

Posti letto. 20.000 su una popolazione di circa 4 milioni di persone, di cui 4.000 andranno per riabilitazione e lungodegenza

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il completamento e il potenziamento delle attività territoriali, secondo l'indirizzo del nuovo Psr, deve necessariamente procedere di pari passo col riordino ospedaliero, per garantire la contestualità degli interventi di integrazione.

Distretti. Rimodulato il numero dei distretti socio-sanita-

ri che da 71 sono stati portati a 48, con una popolazione media di riferimento di poco più di 85mila abitanti. L'obiettivo è quello di renderle a regime i distretti l'architettura dell'assistenza sanitaria territoriale, con particolare riferimento a quella ambulatoriale e domiciliare. Presenti però più sulla carta che di fatto. Definita la nuova "impalcatura" strutturale ma non sono ancora delineati i compiti nei dettagli e l'organizzazione periferica.

Pronto soccorso. In conclusione la fase di sperimentazione del sistema di 118 con l'attivazione del servizio a partire dalle Ausl di Bari fino a coprire l'intero territorio regionale, che passerà a regime nel 2003.

PIANO SANITARIO REGIONALE

A dicembre 2001 è stato approvato il primo Piano socio-sanitario della regione, valido per il triennio 2002-2004. La filosofia che sta alla base del documento di programmazione mira allo snellimento della rete ospedaliera pugliese auspicata da decenni, a favore della diffusione dei servizi sul territorio e della creazione di alcuni centri di eccellenza, in nome del recupero dell'efficienza. La stesura del Piano non ha visto il confronto diretto con le Oo Ss.

CONTRATTI AZIENDALI

A livello periferico molti aziendali hanno avuto difficoltà e alcune vertenze sono ancora in sospenso. In molte realtà non sono stati realizzati neanche gli atti relativi alle individuazioni delle posizioni. A livello regionale è stato definito tra l'altro il regolamento per la libera professione.

La Puglia

Popolazione: 3.983.487

Aziende Asl: 12

Aziende Ospedaliere: 2

Medici in convenzione: 3.478 medici di base; 591 pediatri di libera scelta; 523 specialisti ambulatoriali; 314 medici dei servizi; 1.284 medici di continuità assistenziale.

Specialisti privati accreditati: 417

Una programmazione dai piedi d'argilla

Dottor Della Tommasa, dagli atti del congresso regionale di aprile risultava che avanzate delle perplessità sul Psr 2002-2004, deliberato a fine 2001; trovate delle debolezze in questo che tra l'altro è il primo Psr della regione?

Le perplessità riguardano il metodo oltre che il merito. Noi, intendo le Oo Ss, non siamo stati consultati in quell'occasione, anche se le cose poi sono leggermente cambiate. L'impostazione di questo Piano socio-sanitario è ottima ma in linea di principio; diciamo che hanno costruito la cornice senza definire il contenuto sostanziale. Un esempio pratico è quello dell'integrazione tra ospedale e territorio: sono state devolute le somme a favore del territorio in linea con i parametri nazionali ma senza

delineare nei dettagli il funzionamento dei distretti. Questo ha portato nel corso di quest'anno alla non applicazione del Psr; spero se ne faccia qualcosa nel prossimo ma non ci crediamo granché.

Concordate però sulla filosofia generale del piano? Dunque, mi sembra di capire, il punto cruciale della questione è di carattere pratico e finanziario?

Sui principi di equità e accessibilità come non concordare: il problema è l'attuazione pratica che cozza contro l'impostazione: è che non ci sono risorse finanziarie. La Regione Puglia si è data da fare, ha approvato un Psr e un Piano di riordino ospedaliero, ha imposto ticket e delisting ma, purtroppo, non ha potuto accedere alla ripartizione dei fondi. Mancano 500 miliardi di lire della

vecchia ripartizione del piano fino al '99, altri 1000 miliardi relativi agli ultimi due anni. Ci sono dei problemi oggettivi di tipo economico che rendono in pratica inattuabile, al di là delle linee programmatiche, l'attuazione del Psr e del riordino.

Durante l'estate c'è stata una lunga battaglia sostenuta dal governatore con gli enti locali per la chiusura di alcuni piccoli ospedali. Si tratta in realtà di depotenziarli e di riconvertirli per lungodegenza, ma nulla ancora è stato fatto in questo senso, non si è proceduto. Tra l'altro noi come Oo Ss. abbiamo preteso e ottenuto – nell'ultima norma che riguarda l'assestamento di bilancio adottato il 27 novembre scorso – che non si dovesse procedere a chiusura e a mobilità di personale se prima non si fossero definiti i criteri della riorganizzazione dei servizi (per il quale ci siamo incontrati dieci giorni fa) e gli accordi di mobilità regionali regolamentati, che non lasciassero nulla alla discrezionalità dei direttori generali, i quali avevano iniziato a chiudere reparti e a spostare anche dirigenti su criteri molto personali.

Altro problema è costituito dalla ripartizione per la costituzione dei fondi e degli incentivi.

A livello regionale abbiamo chiesto una verifica di tutti questi fondi e si è vista la profonda difformità nell'applicazione delle norme contrattuali (tra aziende anche vicine).

In tema di riorganizzazione dei servizi sul territorio, quindi di integrazione, i distretti non sono già partiti?

In realtà ci siamo solo incontrati con l'Ares a dicembre, l'organo programmatico, che chiedeva il nostro contributo senza documenti alla mano; soltanto una bozza ma che non delineava né i compiti nel dettaglio del distretto né l'organizzazione periferica. Questo rende l'assistenza socio-sanitaria soprattutto a livello territoriale monca.

Eppure il presidente Fitto ha parlato più volte del federalismo come occasione di sfida per il recupero dell'efficienza. Una programmazione dai piedi d'argilla?

Sì.. diamo per scontato che le intenzioni sono buone, ma dal punto di vista pratico lascia tutto a desiderare. Come è detto al governatore in occasione dell'incontro per il Piano di riordino ospedaliero, sarebbe auspicabile che il suo decisionismo fosse finalizzato; se razionalizzazione ci deve essere bisogna chiudere i 'rami secchi', i presidi più piccoli e meno efficienti.

I nostri rapporti con le istituzioni regionali di riferimento sono migliorati. Nel corso di quest'anno abbiamo costituito l'intersindacale, di cui sono il coordinatore, conquistando un certo peso e ottenendo contatti ripetuti con l'Ares, che segue con zelo le direttive del nostro governatore, il cui darsi molto da fare si sta però trasformando in buona sostanza in un legiferare continuo senza pratica applicazione.

Qualcosa di pratico però è stato fatto, penso alla sperimentazione del 118, servizio che vi vedeva tra gli ultimi in Italia...

È solo una applicazione parziale con una sperimentazione su Bari estesa a Brindisi; ora dovrebbe partire Lecce e Taranto e per l'anno prossimo Foggia. Si tratta di qualche ambulanza e qualche infermiere, tanto che noi abbiamo definito l'operazione Taxi driver: il problema è che non c'è una vera integrazione dei servizi d'emergenza, e una piena realizzazione di questi su tutto il territorio. Senza ciò il 118 non ha senso, crea più difficoltà che vantaggi all'utenza.

Apriamo per un attimo il capitolo "università"?

Con l'università sono stati redatti i protocolli di intesa ma non sono stati ancora stipulati perché noi siamo intervenuti: chiediamo di subire meno i dictat dell'università, pensiamo che i posti letto per gli specializzandi possano essere compresi in quelli pubblici, senza dare quell'ulteriore incremento dello 0,5 per 1000, cioè un posto letto per ogni specializzando che l'università chiede.

**INTERVISTA A SALVATORE MAZZARACCHIO
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE PUGLIA**

Puntare sugli accorpamenti e sul potenziamento della qualità, anche sul territorio

Assessore Mazzaracchio, il Piano di riordino ospedaliero recentemente approvato dal governo regionale è già in fase di attuazione? Su quali pilastri si poggia?

Al piano non abbiamo ancora dato attuazione pratica, questo perché vogliamo prima potenziare i distretti e l'assistenza territoriale, per non creare vuoti e far in modo che, pur evitando ricoveri impropri, le patologie ordinarie possano essere fronteggiate sul territorio.

La filosofia del Piano di riordino si poggia non sulle chiusure, ma sugli accorpamenti e sulle riconversioni: laddove abbiamo posti letti in esubero per alcune patologie accorpamo fino a concorrenza delle esigenze territoriali. Dei nostri 20mila posti letto, 16mila resteranno per le patologie acute e 4 mila andranno a riabilitazione e lungodegenza, l'1 per 1000 come previsto dalla legge.

La nostra precisa volontà è quindi chiara: garantire sul territorio la terapia per le patologie conseguenti alle discipline di base, lasciare le acute ai presidi ospedalieri e lì dove mancano posti letto per le patologie 'di eccellenza' faremo le riconversioni.

Il ministro della Salute Sirchia ha affermato recentemente, in occasione di una visita in Puglia, che è bene puntare sui Centri di eccellenza e sul territorio, dichiarandosi molto d'accordo con le vostre scelte...

Bisogna puntare sulla qualità, ecco perché la creazione di Centri di eccellenza. Qui molti presidi ospedalieri sono sorti secondo quella vecchia filosofia secondo la quale ognuno erogava la stessa prestazione, senza differenziazioni e 'vocazioni', solo duplicazioni.

I distretti sono stati ridotti da 71 a 48 e a ottobre doveva esser definito il loro funzionamento. A che punto siamo?

Anche lì puntiamo sulla qualità, ecco il perché della riduzione; inutile averne troppi senza che abbiano la capacità di organizzare l'assistenza e rispondere efficientemente alle esigenze dei cittadini. In questo senso vogliamo potenziare l'assistenza territoriale, non in senso numerico.

Il funzionamento dei distretti è stato definito sugli orientamenti nuovi, poi deve essere applicato.

I ricoveri impropri qui erano molto alti col conseguente spreco di risorse finanziarie.

Sì, infatti da una recente indagine comparativa della Nomisma (nota società di studi e consulenza) si evince che il tasso di ospedalizzazione della Puglia era tra i più alti d'Italia...

Questa è stata l'analisi a monte che ha giustificato il Piano di riordino. La stessa ricerca ha poi concluso che il Piano da noi adottato è quello che meglio risponde alle esigenze dell'utenza, ed è stato altamente condiviso. È stata una risposta positiva alle nostre iniziative legislative.

Per ridurre gli sprechi abbiamo anche ridotto a due le 6 Aziende speciali, lasciando solo quelle universitarie: Policlinico di Bari e di Foggia. Presentavano costi maggiori dei presidi ordinari senza offrire prestazioni di eccellenza. L'aziendalizzazione va bene se la struttura è nelle condizioni di garantire servizi non ordinari e quindi di poter determinare mobilità attiva.

Per concludere assessore, nell'ambito del panorama federalista che si è andato delineando nel Paese, intravedete alcuni rischi, a breve o lungo termine, per la vostra regione?

Il federalismo senza federalismo fiscale presenta rischi anche per le regioni del nord, ed è solo conseguentemente ad esso che si potranno considerare gli effetti di questa trasformazione.

Per far questo noi dobbiamo conoscere qual è il fondo perequativo che viene assegnato alle regioni meridionali: quando conosceremo l'entità del fondo ci potremo pronunciare sulla validità o meno di questo tipo di federalismo.

Devolution, riforma del titolo V della costituzione, se non accompagnate da un federalismo fiscale hanno come unica conseguenza di creare ulteriore confusione; senza quell'aspetto fiscale diventa tutto un'enunciazione inutile, si crea un'altra materia concorrente tra Stato e Regioni ma non si risolve il problema. Né per noi ma neanche per il nord del Paese, specialmente in sanità.

Un anno di Ecm

È partita a gennaio 2001 l'obbligatorietà per l'Ecm. A un anno di distanza, attraverso la voce di alcuni partecipanti, abbiamo raccolto esperienze, impressioni, perplessità e suggerimenti dal centro, dal sud e dal nord del Paese, che offrono una panoramica, seppur parziale, dell'andamento del fenomeno. Si evidenziano alcune differenziazioni su base regionale, ma innanzitutto dei temi caldi ricorrenti di preoccupazione che riguardano in particolare i costi della formazione e i soggetti che devono farsi provider, erogatori e pianificatori della stessa.

A cura di **Maria Gullo**

CAMPANIA

Regole chiare e qualità

L'obbligatorietà dell'Ecm offre certamente uno stimolo in più alla partecipazione ai corsi di aggiornamento. L'impressione che ho avuto, come fruitore ma anche come organizzatore, è che il processo sia ancora in fase di rodaggio. Servirebbe una maggiore stabilità da parte degli enti erogatori e delle regole chiare, che durino ad esempio un anno e poi vengano verificate, ma senza cambiamenti a processo in corso. Insieme ai colleghi dell'oncologia abbiamo organizzato un corso qui in ospedale che ha avuto molto successo, e questo è il segno tangibile dell'interesse verso il fenomeno. Ma ogni giorno trovavamo via Internet una novità da seguire e ciò ha reso il tutto un po' più complicato. D'altra parte ci rendiamo conto che il difficile è partire.

Per quanto riguarda l'erogazione dei corsi ritengo sia logico che siano le aziende stesse, per lo meno quelle che già hanno dimostrato la capacità di organizzarsi in merito, che dovrebbero pianificare e realizzare: ciascuna azienda sa quali sono i campi in cui c'è bisogno di maggiore formazione. Inoltre anche la centralizzazione eccessiva della valutazione delle domande potrebbe divenire impossibile; forse meglio decentrare, eseguendo poi magari dei controlli. Il rischio maggiore, a mio parere, è che si facciano prodotti di basso livello qualitativo, che proliferino corsi minori di scarsa utilità, se non nulla, nel profilo formativo e utili solo per la corsa al credito.

Luigi Di Fraia, geriatra

Ospedale "S. Maria delle Grazie", Pozzuoli (Na), Asl Nap2

LAZIO

Verso un'Ecm hitech

Nella mia esperienza, come in quella di molti colleghi già abituati ad aggiornarsi costantemente, l'Ecm non ha cambiato granché. Io mi sono comportato come gli altri anni, partecipando ai congressi che ho ritenuto interessanti nel mio campo: i crediti sono poi venuti di conseguenza. L'iniziativa è comunque importante, in particolare per i molti che, magari anche per questioni anagrafiche, sono meno abituati: è uno stimolo in più. Il punto è come permettere un accesso in massa a corsi il cui costo potrebbe diventare un elemento discriminatorio. Dietro ci sono spesso le aziende farmaceutiche, ma non sempre. E giustamente, perché se così fosse l'aggiornamento si trasformerebbe in un mero mercato. La soluzione forse va ricercata ancora una volta nella tecnologia.

Mi vengono in mente le videoconferenze in concomitanza con i grandi congressi - di rilevanza almeno nazionale per garantire la qualità necessaria dell'aggiornamento, come già si fa, ad esempio, con i congressi negli Usa. Altra soluzione è fare Ecm alla maniera statunitense, con dei questionari via internet. Così, praticamente a costo zero, si eviterebbero eventuali piccoli convegni aziendali, dove il livello qualitativo inevitabilmente andrebbe a scendere e che potrebbero risolversi in un business senza utilità. Del resto per formare ci vogliono esperti di livello internazionale e farli venire costerebbe troppo alle singole aziende. Importante sarebbe invece se le aziende avessero delle strategie, se indicassero dei percorsi clinici e su questi formassero i propri quadri, come al San Raffaele o al Bambino Gesù probabilmente già si fa, ma dubito che ne abbiano la capacità.

Stefano Manfroni, chirurgo

Ospedale "S. Giuseppe", Marino (Rm), Asl RMH

PIEMONTE

Verso una "devolution" formativa

L'ECM ha ottenuto almeno uno scopo: riempire le aule di operatori sanitari che seguono con attenzione relazioni che fino a poco tempo addietro non avrebbero mai seguito. Unico scopo: raccogliere più crediti possibile e nella maniera più rapida e indolore. Questo improvviso coinvolgimento può costituire per alcuni ideatori del progetto un grosso successo, ma ho timore che molti dei crediti conseguiti qua e là abbiano poco impatto sulla capacità di modificare la pratica clinica.

Perché questo dovrebbe essere il vero obiettivo dell'ECM: non la partecipazione pura e semplice e la risposta a qualche domandina su un foglietto alla fine dell'evento, non il semplice accrescimento culturale in termine di conoscenza ma la capacità di mettere al servizio del paziente l'aggiornamento professionale conseguito. Gli studi effettuati in questo settore nei paesi anglosassoni sono numerosissimi e gran parte dei metodi di apprendimento utilizzati attualmente nel nostro Paese sono considerati al più basso livello di efficacia nel modificare la pratica clinica.

La soluzione più efficace (e più pratica) dovrebbe essere quella di abbandonare sessioni oceaniche ma puntare tutto sulla "devoluzione" formativa a piccoli gruppi, su specifici progetti e organizzata in gran parte dalle strutture pubbliche senza lasciare "carta bianca" a provider di dubbia competenza o che propagandano corsi e master di dubbissima utilità clinica.

Gabriele Gallone, ematologo

Responsabile U.O. Qualità - Asl/3 Torino

SICILIA

L'ospedale deve farsi provider

La mia perplessità più grande sull'Ecm riguarda la carenza di informazione. A fronte infatti di alcuni fortunati, come il sottoscritto, che si è inserito nel corso attivato dal nostro Ordine (che è valso ai circa 80 partecipanti, gratuitamente, i 10 punti sufficienti per il 1° anno), altri colleghi non hanno partecipato affatto. O non sono riusciti a inserirsi (i corsi sono tutti a numero chiuso) o non sapevano dell'obbligatorietà. Pare poi che siano stati stabiliti dei percorsi educativi ma non se ne sa niente: se sono cardiologo posso fare un corso di chirurgia? Non c'è stato da parte del Ministero un vero sforzo di chiarificazione a livello periferico. Molti inoltre hanno la sensazione che stia diventando un business per alcune società: io personalmente ho anche seguito un corso gratuito in ospedale, insieme a circa 200 colleghi (oltre a un congresso con delle sezioni accreditate) ma ci sono colleghi che hanno speso molto di tasca loro. I corsi dovrebbero essere gratuiti e finalizzati. Sono gli ospedali che dovrebbero farsi provider: l'azienda conosce le sue carenze e dovrebbe elaborare un prospetto individuando dove serve maggior formazione. O l'unico criterio di scelta sarà in base all'offerta di crediti. Le perplessità diventano più forti ora che il decreto è decaduto, anche se sappiamo che l'aggiornamento è sacrosanto; ma che sia meglio organizzato. E poi chi starà in ospedale al 5° anno quando serviranno 30 crediti?

Riccardo Rapisardi

Medicina interna, Azienda Ospedaliera Vittorio Emanuele, Catania

TOSCANA

Decentramento delle valutazioni

Uno dei rischi della fiscalizzazione di Ecm, in prospettiva, sarà la caccia del credito in quanto tale e non come evento formativo necessario al proprio profilo professionale. In base alla mia esperienza di organizzatore, poi, trovo che ci sia una eccessiva centralizzazione del problema: la valutazione di decine di migliaia di eventi che passano per un solo ente nazionale. La Regione Toscana ha messo in piedi con una delibera dell'agosto 2002 un sistema regionale di accreditamento degli eventi formativi: sono le Regioni che devono fare un'analisi dei bisogni formativi e delle priorità delle aziende e del territorio e procedere alla valutazione dei corsi; visto che sono le regioni che governano i fondi per la sanità è giusto che governino anche la formazione. Una valutazione regionale-aziendale, più vicina ai bisogni reali, è la direzione verso la quale tutto il Paese dovrebbe andare. Inoltre con l'accentramento delle valutazioni scontiamo dei tempi lunghissimi, anche nell'erogazione dei crediti stessi. I costi costituiscono il problema più grosso: si profila uno scenario di "turismo congressuale" che chi pagherà? Il ridimensionamento del discorso, più calato sul fabbisogno, è l'unica soluzione anche per questo problema. Se anche si stabilisce che una parte consistente dei crediti prestabiliti venga svolto in azienda ci saranno comunque dei costi elevati, diretti e indiretti, che nessuno ha previsto: nessuno ha previsto su quale capitolo di spesa dei bilanci aziendali vanno le spese della formazione. Si rischia l'implosione, che il sistema frani proprio su questo. Quello che sta già succedendo è il proliferare di provider privati a svantaggio di quelli istituzionali che detengono il vero know how ma che sono penalizzate economicamente. Così si va verso la distorsione di qualcosa nato in modo giusto e legittimo.

Primo Botti, tossicologo

Responsabile CAV Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

VENETO

Ecm finalizzata

La scelta degli eventi formativi viene ora, con l'Ecm obbligatoria, chiaramente influenzata dalla ricerca dei crediti e in questo a mio parere è necessario ricordare di mantenere sempre una certa attenzione alla qualità. Ci sono proposte multiple e non tutte a mio giudizio così valide nonostante l'accreditamento ottenuto. Non mi sembra ci sia stata grande selezione.

Il livello qualitativo basso, e la mancanza di una scelta legata alle necessità reali, è un rischio indiretto dei costi elevati: lo si rischia con l'aiuto da parte delle case farmaceutiche e una formazione che si fa mercato, e del resto anche lì dove fossero le aziende a farsi provider.

Sarebbe ottimale una pianificazione da parte dell'azienda insieme agli operatori dei vari servizi, ma l'atteggiamento che ho visto nella mia esperienza è di estrema passività da parte di queste ultime. E' vero che per la quantità di lavoro che esiste in un ospedale abbiamo bisogno di razionalizzare: quindi di finalizzare la formazione, di indirizzarla, di avere un filo conduttore in ogni dipartimento e far in modo che i medici partecipino a degli eventi che in qualche modo rientrino in questo filo. Potrebbe sembrare un discorso limitante, ma non lo è dal momento in cui si verifica una partecipazione allargata alla scelta e alla programmazione della formazione stessa. La formazione deve servire, essere costruttiva, rientrare a favore del dipartimento in cui si lavora non solo del singolo; deve evitare dispersioni inutili e facilitare una specializzazione su alcuni filoni del professionista stesso.

Adriana Del Borrello, psichiatra

Asl/13, Dolo - Minano (Ve)

IL PUNTO

Crisi dei sistemi sanitari: si naviga a vista

di Alberto Andrion

Vale per la Francia come per la Germania, vale per Hong Kong e l'elenco annovera ormai la gran parte dei paesi a maggiore sviluppo economico: i bilanci dell'assistenza sanitaria risultano in perenne deficit, sia che si tratti di sistemi pubblici di tipo universalistico, sia che si tratti di sistemi pubblici di tipo assicurativo-mutualistico. Di fronte a questa malattia sistemica, le diagnosi e le cure offerte dalla scienza politica ed economica paiono inesistenti o, nel migliore dei casi, contraddittorie. Se il sistema è pubblico, viene invocato come soluzione quello privato, sottolineando tuttavia che, nello scenario ipotizzato, i conti tornano a prezzo di rilevanti incrementi dei costi (e delle polizze assicurative individuali) e a discapito di fasce sempre più ampie di popolazione. Se il sistema è privato, si tenta di apportare correttivi richiamandosi alle esperienze dei sistemi pubblici, o comunque incrementando la quota di finanziamento pubblico. Ne sortisce un mix di iniziative e strategie che difficilmente accontenta chi aveva ed ha perso o chi non aveva e sperava di guadagnare. Nessuno è ancora parso in grado di elaborare una teoria ed una strategia credibile circa ciò che è veramente sostenibile, appropriato e necessario. A cosa servirà il ticket introdotto nei pronto-soccorso di Hong Kong dopo un secolo di gratuità? Possono funzionare le neonatologie francesi con uno stipendio iniziale dei medici di 1300 euro? Che senso ha il dirottamento di risorse, deciso in Germania, dalla sanità alle pensioni (fenomeno già avvenuto in Italia causando non poche distorsioni del sistema di welfare)? Non si sa, si opera sul contingente, si naviga sempre più a vista.

HONG KONG

Pronto soccorso come ambulatori, introdotto un ticket

L'accesso ai pronto soccorso negli ospedali pubblici non è più gratis per gli abitanti di Hong Kong che, dal mese di dicembre, dovranno pagare un ticket di 13 dollari, comprensivo di tutti gli esami e le medicine; il costo per i turisti e i non residenti è invece di 73 dollari.

La decisione governativa di tassare il servizio per le emergenze-urgenze, gratuito da ben un secolo, è forse il primo passo di una già troppo posticipata riforma del finanziamento del servizio sanitario pubblico e senz'altro un tentativo per contenere i costi dell'assistenza ospedaliera che gravano sui contribuenti per circa 4 miliardi di dollari l'anno.

"Abbiamo introdotto questa tassa nella speranza di incoraggiare i pazienti a ricorrere ad altri servizi assistenziali che meglio rispondano ai loro bisogni liberando risorse per le vere emergenze" dice Yeoh Eng-kiong, il ministro preposto alla Sanità, Welfare e Alimentazione. Ma non pagheranno i disoccupati e "a nessuno verrà negata una cura per mancanza di soldi - assicura William Ho, capo della Hospital Authority -. Gli ospedali dovranno attenersi alla politica del treat first, pay later" (prima la cura, poi il pagamento).

Forte preoccupazione esprime invece dall'Associazione per i diritti dei pazienti di Hong Kong che sottolinea come per il milione di persone sulla soglia della povertà, il ticket potrebbe essere un deterrente dal ricorrere a cure necessarie. Scettica anche la Practising Estate Doctors Association, che rappresenta i medici di medicina generale privati che esercitano nelle periferie destinate all'edilizia popolare pubblica, per la quale il costo contenuto della tassa non incentiverebbe comunque i pazienti a ricorrere alle cure private.

L'obiettivo del governo è comunque quello di porre un freno alla ben consolidata abitudine dei cittadini di Hong Kong di rivolgersi al pronto soccorso per ogni tipo di richiesta assistenziale, rimpinguando nel contempo le casse della Hospital Authority che ha registrato, tra il 2001 e il 2002, circa 2,5 milioni di emergenze, il 75 per cento delle quali classificate come casi semi-urgenti o non-urgenti. Secondo il ministro della Sanità le nuove entrate dai ticket dovrebbero aggirarsi sui 45 miliardi di dollari l'anno; il governo comunque continuerà a sostenere fino al 96 per cento dei costi per l'assistenza sanitaria, contro l'attuale impegno che raggiunge il 98 per cento. Il deficit denunciato dalla Hospital Authority per il 2001 è di 29 milioni di dollari, mentre quello previsto per l'anno in corso si aggirerebbe sui 74 milioni di dollari.

GERMANIA

Il sistema sanitario è malato

Le casse dei Gesetzlichen Krankenkassen, i fondi sanitari pubblici, sono a secco e gli esperti prevedono che alla fine dell'anno ci sarà un "buco" di oltre 1,5 milioni di euro. La crisi del sistema sanitario tedesco non è giunta come un fulmine a ciel sereno. Per molti anni la spesa è cresciuta senza essere accompagnata da un'adeguata riforma, i costi amministrativi dei fondi per l'assistenza sanitaria sono lievitati, risorse destinate alla sanità sono state dirottate in altri settori, come quello pensionistico. Gli alti costi della sanità vengono spiegati soprattutto con le troppe e troppo costose indagini e con la possibilità per i pazienti di rivolgersi direttamente a uno o più specialisti senza dover contattare prima il loro medico di famiglia. Quanto alla spesa per i farmaceutici, Ulrich Schwabe, dell'Istituto farmaceutico dell'Università di Heidelberg, nel suo report sulle prescrizioni farmaceutiche presentato nell'ottobre scorso a Berlino raccomanda la ricetta "meno marche e più generici" sottolineandone il grande potenziale di risparmio.

Le dimensioni del problema erano state minimizzate dal governo prima delle elezioni, ma ora Schröder nel suo nuovo gabinetto ha creato due superministeri per le aree più vulnerabili: il ministero per il lavoro e l'economia e il ministero per la sanità, le pensioni e le politiche sociali guidato da Ulla Schmidt, già ministro della Sanità e a suo tempo criticata per le timide riforme tampone e una non chiara linea decisionale. Ora la Schmidt ha frettolosamente introdotto una legge ad interim, passata alla Bundestag il 15 novembre scorso, che prevede, dal prossimo gennaio in poi, zero aumenti nelle competenze per ospedali e medici, congelando così le contribuzioni obbligatorie destinate all'assistenza sanitaria, e una riduzione dei prezzi da parte delle industrie farmaceutiche. La speranza della Schmidt è quella di risparmiare circa 1,4 miliardi di euro. Alcuni fondi assicurativi hanno reagito aumentando le contribuzioni, che già assorbono il 14 per cento della paga base, prima della fine dell'anno. Ma il pacchetto risparmio è stato piuttosto contestato. "...Se questo governo vuole avere le condizioni inglesi, allora lo deve dire a tutti, pazienti compresi" tuona il presidente dell'associazione nazionale dei medici, Jorg-Dietrich Hoppe, in una lettera aperta dove mette in guardia sulle ripercussioni ad ampio raggio dei piani di risparmio sulla qualità delle cure. È prospettata uno scenario dove ospedali e studi medici dovranno chiudere i battenti, i medici dovranno essere licenziati per esubero di personale e gli ospedalieri, già spremuti, dovranno fare orari più lunghi senza aumenti salariali. Frank Ulrich Montgomery, alla testa del Marburger Bund, il più grande sindacato medico tedesco, ha definito quella attuale "una politica sanitaria con il piede di porco" e la legge interinale "una dichiarazione di una politica sanitaria in totale rovina" e a nome della Health Alliance 2000, che raggruppa una quarantina di associazioni mediche e paramediche, ha presentato una risoluzione contro i piani del governo. La superministra Schmidt, dal canto suo, sostiene che il problema più grave non è costituito dai soldi ma dalla mancanza di trasparenza e qualità e riconosce le gravi difficoltà in cui versano medici e ospedali nella ex Germania dell'Est a causa della tuttora irrisolta disparità di stipendi e fondi tra Est e Ovest. Le proposte presentate dalla coalizione dei socialdemocratici e verdi lo scorso ottobre contenevano alcune buone idee, come ad esempio quella di una "card" sanitaria, quantunque su base volontaria, per eliminare gli sprechi nelle indagini cliniche e controllare celermente gli effetti collaterali dei farmaci. Ma il governo, preso da problemi più assillanti, ha per ora deciso di affidare a una commissione, che si occuperà anche di pensioni e welfare, diretta dall'esperto finanziario Bert Rürup, l'incarico di approntare le necessarie riforme per il dopo legge interinale. Il primo meeting della commissione è fissato per questo mese di dicembre mentre i risultati finali sono previsti per il prossimo autunno 2003.

FRANCIA

In ginocchio i servizi di emergenza-urgenza

In crisi molti ospedali francesi, con i servizi di emergenza-urgenza supersaturati nelle ultime settimane perché a corto di medici e infermieri.

A Lille e in altre città del nord del Paese, alcuni casi urgenti e neonati prematuri sono stati trasferiti negli ospedali del Belgio; in ginocchio anche il pronto soccorso di Marsiglia a causa delle dimissioni di parecchi medici. Nel sud-est del paese gli infermieri vengono "importati" dalla Spagna, mentre nelle regioni orientali sono molti quelli francesi a migrare attratti dalle allettanti offerte svizzere.

A dare il colpo di grazia ai reparti di maternità, poi, un aumento imprevisto delle nascite, in particolare parti plurimi e prematuri. Nel 2001 i nuovi nati sono arrivati a quota 775mila, contro i 740mila del 1990. Ma è salito anche il numero dei prematuri, 56 mila nello scorso anno, contro i 44mila nel 1995. In tutta la Francia la situazione delle neonatologie e delle unità di terapia intensiva neonatale è di sovraccarico, molte hanno frenato le accettazioni perché mancano dottori e infermieri. La maternità di Port-Royal a Parigi, rinomata per la cura dei neonati a rischio, ha ridotto i posti letto da 53 a 43; nell'area parigina i servizi di emergenza-urgenza hanno incontrato molte difficoltà a trovare in tempi rapidi posti disponibili nelle unità neonatali per prematuri. "L'assistenza perinatale francese sta entrando in una fase di regressione" avverte Nicole Mamelle, epidemiologo dell'Inserm, l'Istituto nazionale di sanità e ricerca medica, a Lione. Smantellamento delle strutture, mancanza di investimenti, di incentivi, strapotere delle amministrazioni... questi i mali, secondo molte voci autorevoli, di una politica sanitaria che si protrae da anni.

Patrick Pelloux, presidente della Amuhf, l'associazione francese dei medici di medicina di urgenza, dice che quest'ultima "sta affondando lentamente, come il Titanic" e aggiunge che "i medici di questa specialità - per lo più impiegati full time negli ospedali pubblici con un salario di ingresso di circa 1300 euro al mese - sono scoraggiati. La ricettività dei servizi di urgenza ed emergenza medica è stata ridotta del 30% in alcune regioni e l'Amuhf ha chiesto al Presidente Chirac e al Premier Raffarin di verificare di persona le condizioni di lavoro negli ospedali. Il passaggio alle 35 ore settimanali e il limite delle 20 ore mensili per gli straordinari, misure volute dal precedente governo socialista, avrebbero, secondo alcuni, peggiorato la situazione. I costi crescenti dell'assistenza sanitaria mettono in difficoltà il nuovo governo, tanto più alla luce della promessa di ridurre le tasse fatta in campagna elettorale. Molti ospedali pubblici e privati poi devono fronteggiare aumenti delle polizze assicurative anche del 500%. Le compagnie di assicurazione infatti sostengono di non potersi accollare i costi del maggior rischio provocato dalla normativa introdotta l'anno scorso che consente ai pazienti di richiedere indennizzi per errori medici e infezioni ospedaliere.

FISCO & PREVIDENZA

Modifiche al fondo generale Enpam

Contributo di maternità e riscossione contributi sulla libera professione

Il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM recentemente ha apportato due importanti modifiche al Fondo Generale.

La prima riguarda la rideterminazione del contributo di maternità che, istituito con Decreto del Ministero del Tesoro del 29 ottobre 1993 era immutato sin dal 1994 ed era fissato nella cifra di € 52,68 (pari a 102.000 delle vecchie lire).

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente – tenendo conto dell'equilibrio tra contributi versati e prestazioni erogate secondo i criteri fissati dalle norme vigenti e recependo quanto previsto dal D.Lgs. 151/2001 - ha provveduto alla rideterminazione dell'importo del contributo di maternità da porre a carico degli iscritti per l'anno 2003 tramite ruoli ed ha determinato tale contributo in € 41,11, (che annualmente saranno rivalutati) con una riduzione a vantaggio degli iscritti pari al 21,96%.

La seconda decisione ha riguardato invece la variazione delle modalità di riscossione dei contributi del Fondo della Libera Professione – Quota B del Fondo Generale sui proventi libero professionali netti.

Attualmente i singoli professionisti devono comunicare ogni anno all'Ente, tramite l'apposito modello di dichiarazione D, il reddito libero professionale assoggettato a contributo proporzionale e, nello stesso tempo, provvedere ad effettuare il calcolo ed il versamento del contributo dovuto.

Tale procedura determina purtroppo un numero molto elevato di errori, dovuti in primo luogo alla difficoltà del calcolo richiesto all'iscritto: dal reddito professionale netto, infatti, deve essere sottratto il reddito virtualmente già assoggettato a contribuzione, tramite il versamento del contributo "Quota A" (per l'anno 2002 € 4.416,32 indicizzati per gli iscritti infraquarantenni e gli iscritti ultraquarantenni ammessi a contribuzione ridotta alla "Quota A"; € 8.221,74 indicizzati per gli altri iscritti). Al risultato di tale operazione deve essere applicata l'aliquota del 12,50%, del 2% in caso di contribuzione ridotta, oppure dell'1% oltre un certo limite.

Molto spesso, inoltre, gli iscritti presentano domanda di contribuzione ridotta nella misura del 2% effettuando contestualmente il relativo versamento, in alcuni casi senza che ricorrano i requisiti richiesti dal Regolamento del Fondo per l'accesso a tale forma di contribuzione. In altri casi, infine, i professionisti effettuano il calcolo ed il pagamento del contributo dovuto senza inviare la relativa dichiarazione reddituale (modello D) all'Ente.

Tale nuova procedura prevede il superamento della necessità di autoliquidazione del contributo da parte degli iscritti. Il singolo soggetto, cioè, non dovrà più provvedere ad effettuare – secondo le complesse modalità – il calcolo dell'importo dovuto a titolo di contributo proporzionale.

L'obbligo degli iscritti, infatti, sarà limitato alla comunicazione all'Ente del reddito derivante dall'esercizio della libera professione (non assoggettato ad altra forma di previdenza obbligatoria e al netto delle spese sostenute per produrlo), e, qualora ne ricorrano i presupposti, alla richiesta dell'accesso alla contribuzione ridotta.

Le successive operazioni di calcolo (in particolare la decurtazione del reddito già assoggettato a contribuzione mediante il versamento del contributo "Quota A" e l'applicazione delle aliquote contributive per scaglioni di reddito) verranno effettuate direttamente dagli uffici Enpam, mediante procedure informatiche appositamente realizzate dal dipartimento Elaborazione Dati.

Al termine dell'elaborazione degli importi dei contributi dovuti, verranno inviati a tutti gli iscritti tenuti al versamento appositi bollettini Mav, che rechneranno prestampato l'importo del contributo dovuto e le relative scadenze di pagamento, garantendo così sia la certa individuazione del soggetto versante che la corretta e tempestiva imputazione dei contributi versati. Non saranno pertanto considerati validi, i pagamenti effettuati con modalità diverse da quelle espresse.

La proposta di realizzazione del nuovo sistema di riscossione del contributo proporzionale è stata preceduta da un'attenta analisi dei tempi necessari al compimento delle diverse fasi del processo di riscossione (acquisizione dei dati reddituali, elaborazione del contributo dovuto, invio dei Mav), analisi che ha evidenziato la necessità dello spostamento di alcuni termini previsti dall'attuale Regolamento per la presentazione delle dichiarazioni del reddito professionale, per la richiesta della contribuzione ridotta, e per il versamento dei contributi proporzionali.

Alla luce di tale necessità, e considerando le continue modifiche dei termini fissati dal legislatore per la presentazione, anche per via telematica, della dichiarazione dei redditi ai fini Irpef (strettamente connessa alla compilazione dei modelli dichiarazione per l'Enpam) si è reputato opportuno eliminare dal Regolamento del Fondo ogni riferimento a specifiche date entro le quali compiere gli adempimenti sopra citati, ed affidare il compito della fissazione di tali termini direttamente al Consiglio di Amministrazione dell'Enpam.

In tal modo sarà possibile adeguare tempestivamente le modalità di riscossione del contributo proporzionale al reddito alle mutevoli esigenze operative, connesse sia alla variabilità dei termini fissati dal legislatore in tema di dichiarazione dei redditi ai fini Irpef, sia alla proposta di riforma di riscossione sopra descritta.

Gian Mario Santamaria

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Consiglio di Stato

Sentenza n. 6395

Una Asl non può utilizzare il dato di fatturato periodico di ogni singola struttura per individuare il tetto di spesa relativo alle prestazioni erogate ai centri privati convenzionati, bensì deve prendere in considerazione il volume complessivo delle prestazioni erogate in un determinato periodo.

Sentenza n. 6617

Gli esiti dei concorsi pubblici nel settore sanitario indetti prima dell'entrata in vigore della nuova disciplina in materia di pubblico impiego, non vengono stravolti dalla disposizione che, nell'ipotesi di eccedenza di personale, privilegia l'istituto della mobilità e del trasferimento a domanda.

Sentenza n. 6613

Il comitato per le pensioni privilegiate, in tema di riconoscimento di dipendenza di un'infermità da causa di servizio, pur potendosi discostare dal parere della commissione medica, deve motivarne le ragioni e non può consentirsi di non dedicare il minimo cenno al parere difforme.

Tar del Lazio

Sentenza n. 12384

Una donna può liberamente esprimere la volontà di donare per uso terapeutico le cellule staminali rinvenibili nel sangue del cordone ombelicale, "ma non può in alcun caso predeterminare la persona del ricevente, per ragioni di solidarietà sociale costituzionalmente rilevanti".

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

Tribunale di Napoli

Trasfusione da omosessuale: assolto Domenico Ronga

La V Corte d'Appello del Tribunale di Napoli ha emesso il 7 gennaio 2003 la sentenza di assoluzione definitiva – perchè il fatto non sussiste – nei confronti di Domenico Ronga, primario del reparto trasfusionale dell'Istituto Pascale di Napoli e componente la segreteria nazionale dell'Anaa Assomed, condannato in primo grado il 22 novembre 2000 per aver consentito la donazione e la trasfusione di sangue a rischio di un donatore omosessuale.

Con la sentenza del novembre 2000 Ronga viene condannato a 8 mesi di reclusione, al pagamento di una multa di 400 mila lire e a due anni di interdizione dalle attività sanitarie. Secondo i giudici non aveva rispettato la legge sulle trasfusioni di sangue mettendo a rischio la salute dei pazienti accettando la donazione di un soggetto considerato a rischio. La linea difensiva, supportata dalla legislazione in materia, si è rivelata vincente, sostenendo che la donazione di sangue da donatori omosessuali di per sé non è a rischio, prendendo a riferimento il decreto ministeriale del Ministro De Lorenzo del 1991 e poi il decreto di Umberto Veronesi del 2001, sin base ai quali il rischio di trasmettere malattie infettive con la donazione di sangue dipende dai comportamenti sessuali promiscui e non dalle tendenze sessuali dei donatori di sangue.

SANITÀ PRIVATA

Il diritto di sciopero nell'ospedalità privata

In base alla normativa contrattuale il personale medico delle strutture private risulta allineato ai dirigenti medici del Ssn

L'esercizio del diritto di sciopero è sancito dall'articolo 40 della nostra Costituzione che ne rinvia la regolamentazione alle disposizioni di legge ordinarie ed alle singole normative contrattuali.

Anche nel settore dell'ospedalità privata vi è menzione di questo diritto all'articolo 62 del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei Medici 1998/2001 stipulato con Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi, vale a dire con le associazioni cui fanno capo la gran parte delle Case di Cura Private presenti nelle varie Regioni. È una menzione che rimanda espressamente e direttamente al Codice di autoregolamentazione per il comparto del personale del SSN, area negoziale della professionalità medica e alla Legge 146/1990 sull'esercizio del diritto di sciopero nei servizi pubblici essenziali di recente modificata dalla Legge 83/2000 al fine di coniugare il "diritto all'azione sindacale con la salvaguardia dei diritti dei cittadini".

Ospedalità pubblica ed ospedalità privata hanno, dunque, la stessa regolamentazione che permette ancor più chiaramente di riaffermare il contenuto dell'articolo 40 della Costituzione circa il diritto fondamentale di ciascun lavoratore di poter scioperare, ma anche per dare garanzia all'esigenza irrinunciabile dei cittadini di essere tutelati in alcuni dei settori fondamentali quali sanità, trasporti, scuole, poste e telecomunicazioni.

Legge 146/1990 e Legge 83/2000

Alcune regole delineano il quadro di riferimento generale e si possono sintetizzare nel modo seguente:

- Comunicazione di preavviso minimo di 10 giorni
- I contratti collettivi debbono definire le cosiddette prestazioni "indispensabili" e i contingenti di personale da esonerare per garantire la effettuazione di tali prestazioni
- Procedure di raffreddamento e conciliazione da esperire prima della proclamazione degli scioperi
- Sanzioni pecuniarie per le infrazioni commesse dalle organizzazioni sindacali e dai dirigenti responsabili delle aziende
- Istituzione di una Commissione Nazionale di garanzia che valuti "l'esercizio del diritto di sciopero ed il godimento dei diritti della persona". La Commissione è composta da nove membri, scelti su designazione dei Presidenti di Camera e Senato, tra "esperti di organizzazione dei servizi pubblici interessati dal conflitto, nonché di esperti che si siano particolarmente distinti nella tutela degli utenti".
- È riconosciuto il ruolo rappresentativo delle associazioni degli utenti

"Codice di Autoregolamentazione dell'esercizio del diritto di sciopero"

Ulteriori precisazioni circa le modalità pratiche di effettuazione degli

scioperi sono state introdotte o precisate dalle stesse organizzazioni sindacali di categoria:

- ◆ Termine di preavviso indicato in 15 giorni,
- ◆ Esclusione di manifestazioni di sciopero in alcuni periodi. In particolare
 - 5 giorni prima e dopo la data di effettuazione delle consultazioni elettorali e referendarie,
 - dal 23 dicembre al 7 gennaio,
 - 5 giorni prima delle festività pasquali e 3 giorni dopo,
 - dal 10 al 20 agosto,
 - 3 giorni prima e dopo la commemorazione dei defunti,
 - il giorno di pagamento degli stipendi
- ◆ Sospensione immediata di scioperi per intervenute calamità naturali o avvenimenti eccezionali.

Si deve inoltre tener conto che la proclamazione di uno sciopero nazionale è di competenza delle strutture sindacali nazionali, mentre "per gli altri livelli di competenza va comunicato alle rispettive controparti interessate"; il primo sciopero, in occasione di qualsiasi vertenza, non può superare la durata di un'intera giornata, mentre successivamente non possono essere superate le due giornate. E soprattutto la effettuazione di ogni azione di sciopero deve aver riguardo della sicurezza dei cittadini, dei dipendenti, degli impianti e dei mezzi posti a disposizione delle pubbliche amministrazioni.

A tal fine sono assicurati i servizi essenziali nei "settori nei quali si rivela impossibile, senza grave giudizio per gli utenti, la sospensione totale delle attività", che per le organizzazioni sanitarie riguardano tutti i servizi delegati a prestazioni urgenti o indifferibili o al loro supporto.

Tre aspetti appaiono di particolare rilevanza e vanno adeguatamente sottolineati. Il primo si riferisce a quell'affidarsi al grande senso di responsabilità delle parti sociali nel concordare e stipulare le "prestazioni indispensabili", come previsto dalla legge (art. 2 L.146/90) in occasione delle trattative per il rinnovo dei contratti collettivi. Senso di responsabilità peraltro assai ben dimostrato dalle regole definite dal Codice di autoregolamentazione sancite anche dal Comitato Permanente dei Medici della UE.

Il secondo è l'esclusione dai procedimenti contrattuali delle organizzazioni sindacali che adottano comportamenti in violazione allo stesso Codice.

Il terzo riguarda la privatizzazione del rapporto di lavoro che non viene ad introdurre alcuna modifica nell'assetto della disciplina del diritto di sciopero, demandando proprio ai singoli contratti collettivi la relativa applicazione.

E se tali Contratti riguardino l'ospedalità pubblica o quella privata appare del tutto ininfluenza.

Fabio Florianello

CCNL 1998/2001 (Medici dipendenti delle Case di Cura Private) Art. 62

"Le parti convengono di richiamarsi espressamente al Codice di autoregolamentazione dell'esercizio del diritto di sciopero per il comparto del personale del Servizio Sanitario Nazionale, area negoziale della professionalità medica, che viene a far parte del presente contratto, nonché alla Legge 12 giugno 1990, n 146".

Servizi sanitari pubblici essenziali

Assistenza sanitaria

- assistenza sanitaria d'urgenza quale pronto soccorso, rianimazione, terapia intensiva, unità coronariche, grandi ustionati, emodialisi, servizio ambulanza
- assistenza sanitaria ordinaria quale attività di supporto all'emergenza (chirurgica, sub intensi-

va, emotrasfusioni, unità spinali, riabilitazioni in atto o indilazionabili, trattamenti sanitari obbligatori, attività farmaceutica concernente le prestazioni indispensabili)

- attività sanitarie di carattere organizzativo quali i ricoveri urgenti, servizi della direzione sanitaria relative alle consultazioni elettorali

Igiene e Sanità Pubblica

- * referti, denunce, certificazioni,
- * sicurezza e salute nei luoghi di lavoro,
- * vigilanza su alimenti e bevande

Protezione Civile

- * attività previsti dai piani di protezione

Dichiarazione del Comitato Permanente dei Medici della UE: "Lo sciopero ed i Medici" (1/6/1985)

I medici hanno il diritto di sciopero (o di rifiutare collettivamente le loro prestazioni), diritto che è generalmente riconosciuto nei Paesi Europei. Tuttavia tale diritto non li esonera dalle loro responsabilità etiche quali risultano dalle regole o codici etici nazionali o internazionali che essi hanno accettato e che debbono rispettare

Notizie brevi

LA FIASO CONTRO IL "TAGLIA-SPESE"

La Fiaso ha chiesto "il ritiro del decreto ministeriale che taglia le spese per la sanità", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 2 dicembre 2002 ed "il ripensamento dell'esecutivo sull'intera questione". Secondo i direttori generali delle Asl rappresentati dalla Fiaso, il decreto "interviene

a posteriori a ridurre del 15% la possibilità di spesa delle aziende. Inoltre le aziende, alla data di pubblicazione del Decreto, hanno già prodotto costi per oltre il 90% dei loro budget 2002 e, visto l'approssimarsi del periodo festivo di fine anno, hanno già emesso gli ultimi ordini prima del 15 dicembre, per garantirsi le scorte di beni e i servizi ne-

cessari al fine di non pregiudicare la continuità dei servizi sanitari e socio sanitari".

CONDONO ENPAM

Il condono Enpam prorogato dal 27 dicembre 2002 al 28 febbraio 2003. Lo ha deciso il Consiglio di Amministrazione della Fondazione Enpam, con la delibera n. 72 del 20 dicembre 2002. La

proroga riguarda esclusivamente i termini di presentazione delle domande, mentre restano del tutto invariati i contenuti, le condizioni e le modalità del condono (Delibera n. 53/2000).

LA CUF PROROGATA FINO A METÀ FEBBRAIO

12 esperti della cuf, il cui mandato è scaduto il 31 dicembre scorso, continueranno ad operare in regime di prorogatio fino a metà febbraio.

Dopo il riparto dell'ex Fondo sanitario nazionale, infatti, le Regioni sceglieranno i 7 esperti di loro competenza, mentre la lista di nomina dei 5 esperti da parte del ministero della Salute sta per essere messa a punto in questi giorni. Ricordiamo che componenti di diritto della Commissione, presieduta dal ministro della Salute, sono il direttore generale del dipartimento farmaci e il presidente dell'Istituto superiore di sanità.

EDITA DALL'ITALPROMO ESIS PUBLISHING

La prima guida all'uso dell'Ecm

Gli esami non finiscono mai. Ma stavolta la notizia non può che far piacere. Dopo anni di promesse mancate, infatti, tutto il personale sanitario del Ssn sarà chiamato a svolgere costantemente adeguati programmi di formazione e aggiornamento che, oltre a diventare indispensabili per l'avanzamento di carriera, consentiranno ad ogni singolo operatore di perseguire adeguati programmi formativi post laurea e post diploma. Prevista dalla legge di riforma sanitaria contemplata nel Dlgs 229/99, l'Educazione Continua in Medicina, in sigla ECM, è finalmente realtà anche nel nostro Paese. Il sistema si basa sulla valutazione preventiva del valore dei corsi e degli eventi formativi da parte di una apposita commissione del ministero della Salute che assegnerà un punteggio di qualità tradotto in "crediti" formativi che diventeranno parte integrante del curriculum professionale degli operatori sanitari. Nel programma sono coinvolti tutti: medici, infermieri, biologi, tecnici sanitari, farmacisti. I corsi valevoli per l'accreditamento possono essere di tipo residenziale o a distanza, sfruttando le potenzialità di internet. Ma come funziona l'ECM? Come si fa a partecipare

ai corsi? E quali sono i criteri per l'assegnazione dei crediti?

Questa guida nasce per rispondere a queste e a tante altre domande e richieste di chiarimento pervenute nella nostra redazione negli ultimi due anni e cioè da quando si è iniziato a parlare concretamente di Educazione Continua in Medicina.

Le domande rivolteci da medici, farmacisti, infermieri, biologi ma anche manager, funzionari amministrativi, amministratori regionali e docenti universitari, vertevano su moltissime questioni attinenti soprattutto gli aspetti pratici di questa importante novità legislativa che cambierà modi e tempi dell'aggiornamento professionale di tutti gli operatori della sanità italiana.

Dalle loro domande e dai loro dubbi abbiamo tratto spunto per fornire uno strumento agile e completo, utile a navigare nelle mille opportunità che si stanno aprendo e sempre più si apriranno per chi dovrà accingersi a seguire corsi e master di formazione con le caratteristiche previste dalla legge che ha instaurato anche in Italia l'ECM.

Cesare Fassari

MODALITA' DI ACQUISTO:

il volume può essere acquistato nei seguenti modi:

- direttamente **presso la casa editrice** "ITALPROMO ESIS PUBLISHING SRL - Via del Commercio 36, 00154 Roma"
- tramite **assegno bancario** non trasferibile intestato a: ITALPROMO ESIS PUBLISHING SRL
- tramite **assegno circolare** non trasferibile intestato a: ITALPROMO ESIS PUBLISHING SRL
- tramite **bonifico bancario** a favore di ITALPROMO ESIS PUBLISHING SRL, su c/c n. 0000024342 - cod. ABI 05308- cod. CAB 03202 presso Banca Popolare di Ancona ag. 1 Roma.

N.b. l'invio deve essere accompagnato dai dati del mittente: nome, cognome, indirizzo cod. fiscale per emissione fattura

Il volume è di 112 pagine e costa € 10,00

Qualora si acquistasse per corrispondenza vanno aggiunti € 1,90 per recupero spese di spedizione posta prioritaria. **Per ulteriori informazioni:** tel. 0657299873 - E-mail: redazione@ihg.it



DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore

Serafino Zucchelli

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli, Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Fabio Florianello, Maria Gullo, Gian Mario Santamaria, Claudio Testuzza, Franco Verde

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 gennaio 2003

LETTERE

La questione pediatrica in Campania

Nel corso dell'estate e dell'autunno dello scorso anno sono affiorate, al dibattito sulla Sanità Regionale, polemiche e prese di posizione sulla Questione Pediatrica.

In luglio si profila il "pasticciaccio" I.P.C. (Istituti Pediatrici Campania), un'idea in sé buona, ma mal posta nei contenuti, nei percorsi nelle istituzioni e nelle interlocuzioni, specchio emblematico delle lacerazioni presenti in sede Regionale.

L'Anaa Assomed da detto si all'idea di sperimentare un modello integrato ma ha offerto un giusto e qualificato contributo a partire dalla necessità di stipulare ante omnia la Convezione Regione-Università, ma tutto - forse proprio per la buona qualità della proposta Anaa Assomed? - è caduto nel nulla.

In novembre il Presidente della Giunta Regionale ripropone, certamente in maniera costruttiva nelle intenzioni, non altrettanto nei modi, la questione del Polo di Acerra, ripetendo quello sterile stereotipo conflittuale tra Governo Centrale ed alcuni Governi Regionali a cui stiamo assistendo da circa 18 mesi, spesso con scarsi risultati.

Recependo le buone intenzioni dei proponenti i due argomenti in oggetto credo che la questione pediatrica vada affrontata, al mio sommo giudizio - in altro modo:

1. Reale scelta politica sulla questione pediatrica nella sua globalità con atti amministrativi conseguenti, motivata dall'elevata migrazione verso le altre regioni dall'alta natalità e dall'alta morbidità.
2. Opportunità che l'emanando Piano Ospedaliero Regionale nello scenario generale preveda una "doppia velocità", intendendosi per doppia velocità un metodo consistente nell'applicare le linee guida e le

priorità dello strumento pianificatorio (P.S.O) stralciando le priorità ed avviandone la realizzazione con gli atti amministrativi conseguenti:

3. Attuazione della rete pediatrica quale strumento operativo della doppia velocità in uno schema organizzativo funzionale coinvolgente l'Università, il Santobono/Pausilipon, le Divisioni di pediatria e i punti di nascita dell'intera regione Campania e la Pediatria Territoriale al fine di ottimizzare le risorse indirizzandole verso la ricerca applicata, la tecnologia e gli incentivi agli operatori;
4. Individuazione delle strutture ospedaliere pediatriche da riconvertire, atto di governo da conciliare col consenso possibile ricordando che nelle non scelte gli ospedali possono solo arretrare, laddove attraverso le scelte legate alle riconversioni si può, al meglio possibile, utilizzare e migliorare l'esistente secondo le regole del buon governo;

Sotto quest'aspetto ritengo che ogni sforzo vada fatto per realizzare l'Ospedale del Mare in cui trasferire Loreto Mare, Assalesi e la funzione pediatrica attualmente svolta dall'Annunziata.

Il Polo Pediatrico di Acerra può nascere e vivere in un quadro di riferimento e di compatibilità funzionale alle coordinate espresse dinanzi, nell'itese che ci sia chiarezza dei finanziamenti da non sottrarre alle esangui casse del Servizio Sanitario Regionale, chiarezza di obiettivi, integrazione piena con la rete pediatrica regionale in un'osmosi tra tutte le realtà che la costituiscono: senza di ciò, realisticamente, il Polo Pediatrico di Acerra avrà grandi difficoltà.

Franco Verde
Coordinatore Interaziendale
Provinciale Anaa Assomed, Napoli