

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

RIFORMA E CONTRATTO

di Serafino Zucchelli

I primi giorni di settembre hanno portato due notizie, che se confermate dai fatti, ci darebbero finalmente un po' di respiro dopo lunghi mesi di forti preoccupazioni.

Sembrirebbero, per il momento, accantonati sia la decisione di dare vita a mutue-assicurazioni private per la tutela dei malati cronici non autosufficienti, sia il disegno di legge sulla riforma dello stato giuridico dei dirigenti medici e sanitari del Ssn.

La prima proposta, secondo l'opinione nostra, e per fortuna di molti altri, avrebbe inferto un grave colpo ai principi per noi irrinunciabili di una tutela della salute avente carattere di universalità ed alimentata dalla fiscalità generale. La seconda, nonostante ripetute smentite, avrebbe messo a repentaglio l'indennità di esclusività di rapporto, così come tutte le Regioni, di destra e di sinistra, hanno chiaramente affermato e scritto nei due pareri espressi in sede di conferenza stato regioni del 25 luglio e del 2 agosto. Se, infatti, fosse cambiato il concetto di rapporto esclusivo, le Regioni, appellandosi all'articolo 42 del contratto di lavoro, non si sarebbero più sentite vincolate all'erogazione della indennità che ne era derivata.

Corrette e realistiche ci sono parse le dichiarazioni del Ministro Sirchia quando, spiegando le ragioni della pausa momentanea dell'iter del provvedimento, ha pubblicamente ammesso che esse risiedevano nel mancato consenso della maggior parte degli interlocutori. E questo spiega, al contrario, le ragioni del successo, almeno temporaneo, dell'iniziativa politica che abbiamo tenacemente dispiegato nei 12 mesi trascorsi dalla presentazione della prima versione della riforma ad oggi. Con pacatezza, chiarezza ed ostinazione abbiamo, infatti, argomentato esponendo le ragioni del nostro dissenso mai pregiudiziale e mai slegato dal merito dei problemi. E su di esse siamo riusciti a coagulare il consenso non solo della maggior parte delle sigle della dipendenza medica, ma anche dei medici convenzionati e di tutti gli altri operatori del vasto mondo della sanità.

La costituzione di questa vasta alleanza, che prescinde dagli schieramenti

segue in ultima

RAGGIUNTO L'ACCORDO PER IL RECUPERO DELLO 0,92%

Busta paga di fine anno più ricca

Dopo un duro braccio di ferro durato oltre un anno, accolte le richieste dell'Anaa Assomed

Busta paga di fine anno più ricca per i medici dipendenti del Ssn. L'accordo sulle code contrattuali, siglato lo scorso 1 agosto dai sindacati più rappresentativi della categoria, prevede infatti, a partire da 1° gennaio 2001, un incremento medio lordo di oltre 45 euro mensili.

Quindi entro fine anno, appena cioè terminato l'iter previsto per l'entrata in vigore degli accordi contrattuali del pubblico impiego, la busta paga di novembre o dicembre prossimi dei medici dipendenti del Ssn sarà più ricca, in media, di oltre 900 euro, anche per via degli arretrati. In particolare l'accordo ha riconosciuto, a partire da gennaio 2001, un incremento complessivo dello stipendio pari allo 0,92% come recupero dell'inflazione 2001. Nel dettaglio, uno 0,60 riguarda la parte tabellare dello stipendio di tutti i medici, mentre uno 0,32 riguarda il fondo di posi-

zione che viene distribuito in sede aziendale solo ad alcuni professionisti. Questo incremento dello 0,92, previsto dalla legge 388/2000, è entrato in busta paga di tutto il personale del pubblico impiego già da diversi mesi e doveva essere ancora corrisposto solo alla dirigenza del Ssn.

Si è conclusa, quindi, grazie all'azione determinata e pressante dell'Anaa Assomed, una vicenda che, dopo un anno di estenuanti trattative con l'Aran, ha portato al riconoscimento dell'incremento dovuto. Una trattativa che, lo ricordiamo, ha subito una lunga battuta d'arresto nel corso dei mesi, posta come pregiudiziale dall'Associazione affinché la controparte accogliesse tutte le richieste dell'Anaa, prima fra tutte il riconoscimento retroattivo al 1 gennaio 2001 delle somme. Una attesa che è stata alla fine premiata.

È STATO LEADER DELL'ANAAO NEGLI ANNI SETTANTA IN RICORDO DI PIETRO PACI

Ricordare Pietro Paci a chi ha avuto la fortuna di conoscerlo, parlarne ai più giovani colleghi che non hanno vissuto l'esperienza sindacale degli anni '70 ed '80, è una condizione che fa male al cuore, perché avremmo sempre voluto pensarlo presente, accanto a noi, nelle battaglie che ogni giorno siamo obbligati ad affrontare per difendere i nostri ideali.

Ideali che hanno avuto, per tanti anni, in Pietro Paci il nostro maggiore e migliore esponente. La dignità dei medici ospedalieri, la professionalità del loro operare, la stabilità del ruolo e del loro posto di lavoro - condizioni che ancora oggi vengono sottoposte a gravi attacchi - sono stati gli obiettivi della sua vita professionale e sindacale.

Ricordiamo la sua logica, stringente e precisa, che non ammetteva divagazioni od orpelli e che faceva dei suoi interventi un valido strumento di lavoro sindacale.

La riforma ospedaliera degli anni '70 porta il suo nome. Assieme al Ministro Mariotti e al caro amico e collega Mainardi, anche loro due toscani "tosti", contribuì a creare la strutturazione di un settore che era allo sfascio sia culturale che morale.

Si contrappose con forza ed intelligenza allo strapotere delle Facoltà di medicina, che avevano monopolizzato la sanità. La battaglia non diede i risultati sperati, ma fu un confronto che, a molti di noi che vi parteciparono, riempie ancora d'orgoglio.

Negli anni bui della riforma sanitaria, durante i quali si tentò di emarginare gli ospedali ed i suoi operatori, Pietro Paci non si arrese, ma continuò le sue battaglie.

Negli anni a seguire, sempre legato alla nostra Anaa, che aveva contribuito a fondare e a costruire, ci è stato accanto, con consigli, con osservazioni, con affetto.

Con questo stesso affetto vogliamo ripagarlo ed onorarlo oggi, che ci ha lasciati più soli. Privi della persona, ma ricchi di quello che di lui ancora c'è: i suoi ideali, che cercheremo di difendere ed affermare come ha sempre fatto in tutta la sua vita.

CONTRATTO

Rinnovo ancora lontano. In un incontro con il ministro Frattini si è discusso ancora sul recupero dell'inflazione

PAGINA 2

PARLAMENTO

I provvedimenti in discussione, primo fra tutti quello sull'abolizione dell'irreversibilità, in esame al Senato

PAGINA 4

INFERMIERI

Arriva la dirigenza. Ne discutiamo in una intervista con Annalisa Silvestro, presidente della Federazione Collegi Ipasvi

PAGINA 5

www.anaao.it

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

Chiedi la PASSWORD d'accesso

ASSOMED

Incontro Governo-sindacati

Contratto: il nodo inflazione

Il Ministro Frattini si è limitato ad affermare, in modo alquanto generico e formale, che era ferma volontà del Governo la conservazione e la tutela del potere di acquisto delle retribuzioni

Il 19 settembre scorso presso il ministero della Funzione Pubblica si è svolto un incontro tra il ministro Franco Frattini ed i sindacati autonomi del Pubblico Impiego a cui l'Anaa Assomed ha partecipato in quanto confederata alla Cida. La riunione, che seguiva e continuava idealmente nei contenuti l'incontro del giorno precedente tra lo stesso ministro ed i maggiori sindacati confederali, aveva come oggetto le risorse da destinare al rinnovo del contratto del Pubblico Impiego. Presente all'incontro il presidente dell'Aran Guido Fantoni. Il ministro Frattini, nella relazione introduttiva, giustificava la divisione del tavolo di parte sindacale in due tornate separate in quanto la prima convocazione aveva riguardato solo le Confederazioni che avevano formalmente avanzato la richiesta di consultazione e che era stata premura del governo estendere in un secondo tempo anche alle confederazioni autonome del Pubblico Impiego, non presenti nella prima riunione.

Per quanto riguarda le risorse economiche che il governo intende destinare ai rinnovi contrattuali del Pubblico Impiego, il ministro si limitava ad affermare, in modo alquanto generico e formale, che era ferma volontà del Governo la conservazione e la tutela del potere di acquisto delle retribuzioni.

Nelle dichiarazioni di tutte le confederazioni autonome del Pubblico Impiego presenti all'incontro, dopo la rituale protesta per la divisione del tavolo sindacale, si rappresentava chiaramente il timore che lo scostamento fra l'inflazione programmata fissata nel Dpef del 5 luglio ed i dati sull'andamento dell'inflazione reale (2,6 secondo le stime più recenti) fosse tal-

mente ampio da comportare incrementi retributivi al di sotto di quelli necessari alla tutela del potere di acquisto delle retribuzioni.

La ricetta proposta da parte sindacale per mitigare il prevedibile differenziale inflattivo, era riassumibile in due orientamenti.

- a) rivedere nella fase di stesura della Finanziaria il tasso di inflazione programmata avvicinandolo al dato reale previsto;
- b) prevedere una sorta di automatismo che, in valenza di contratto, adegui annualmente il tasso di inflazione programmata a quello reale, senza necessariamente ritoccare il contratto stipulato e salvaguardando, con risorse integrative opportune, il potere di acquisto dei salari.

Fuori dagli asettici valori numerici, è evidente la forte preoccupazione di dover affrontare con esigue risorse il peso di rinnovi contrattuali dentro i quali, in particolare quello della Sanità e della Dirigenza Medica, c'è l'urgente necessità di sostenere e fare avanzare formule retributive (si veda la parte accessoria e la quota variabile) sulle quali si fondano gran parte dei programmi di rinnovamento del Ssn e delle modalità di partecipazione dei Medici alla gestione e riqualificazione del sistema (autonomia dirigenziale, formazione professionale continua).

Il Ministro, nella sua replica, riaffermava la volontà del governo di rispettare il Patto sul costo del lavoro del 1993 ed il Protocollo d'intesa sul rinnovo del contratto del pubblico impiego siglato nel febbraio 2002.

Lo stesso differenziale inflattivo pari allo 0,99% recuperato sull'ultimo biennio contrattuale era la chiara dimostrazione di come il governo sapesse rispettare le regole. Il ministro non man-

cava di far notare come il differenziale inflattivo previsto in base ai dati del Dpef, ossia lo 0,6% per il 2002 (inflazione programmata 1,7% - inflazione reale 2,3%) e lo 0,4% per il 2003 (inflazione programmata 1,4% - inflazione reale 1,8%), fossero molto al di sotto dell'ultimo recupero inflattivo accordato (0,99%), concludendo che non si vedeva quindi il motivo di ritoccare il tasso di inflazione programmata, come da tutti richiesto, in quanto gli scostamenti previsti sarebbero di molto inferiori (quasi la metà) dell'ultimo differenziale accordato nel patto del febbraio 2002.

Il ministro si concedeva in ultimo qualche nota polemica definendo gli automatismi proposti per il recupero inflattivo in valenza contrattuale come un ricorso ad una scala mobile neanche ben mascherata e ricordando come nei precedenti Governi di centro-sinistra la parte sindacale firmava contratti con differenziali previsti di molto superiori all'attuale, pari all'1,3%. Tuttavia il ministro si impegnava a riportare al Consiglio dei ministri le richieste avanzate, essendo esso l'unica sede tecnica titolare della decisione in merito.

Conclusioni. Dall'incontro non è emersa alcuna volontà della Funzione Pubblica di rivedere le stime (ottimistiche) del Dpef 2002 e quindi di ricorrere a risorse integrative per il rinnovo contrattuale.

È forte, quindi, la preoccupazione per una stagione contrattuale che si apre in un quadro di grande incertezza sul reale corso dell'inflazione (ndr. ma i rappresentanti del governo ci vanno a fare la spesa?).

Domenico Iscaro
Vice Segretario Nazionale Anaa Assomed

Ministero del Lavoro

Al via il tavolo sul welfare

Il tavolo di concertazione tra Governo e parti sociali per la riforma del Welfare è stato convocato presso il Ministero del Lavoro - il primo incontro si è svolto il 10 settembre ed ha visto la partecipazione dell'Anaa Assomed in quanto confederata Cida - in coerenza con quanto espressamente convenuto nel Patto per l'Italia con il fine di arrivare a scelte di fondo condivise per la riforma delle politiche sociali e per le misure legislative da adottare a protezione dei soggetti più deboli.

Presieduto dai Sottosegretari Sacconi e Sistini, la discussione ha fatto riferimento alla preparazione di un "libro Bianco" nel quale sarebbero tracciate le linee programmatiche e gli indirizzi legislativi in base ai quali il Governo intende muoversi, dopo la fase di confronto con le parti sociali avviata con l'apertura del tavolo.

Premessa al confronto è l'affermazione da parte di Sacconi che la quantità di spesa destinata alle politiche sociali non sarà toccata, ma la sua ripartizione sarà chiaramente determinata dal numero delle materie che rientreranno nelle politiche sociali (l'istruzione è materia di politica sociale?).

Il Sottosegretario Sistini ha esposto i temi che saranno sviluppati nel Libro Bianco e che costituiscono le priorità selezionate dal Governo.

1) Perseguimento di politiche di sostegno alla famiglia:

- ampliamento dei servizi destinati all'infanzia;
- interventi di politica fiscale (detrazioni ecc.).

2) *Revisione delle politiche sull'handicap.* In particolare si fa riferimento alla Legge 104, ritenuta dal governo parzialmente superata e alla Legge 68 sulla integrazione lavorativa (l'intervento della Cgil è stato fortemente contrario a qualsiasi modifica di queste leggi nelle quali sono contenute norme di garanzia e tutela dei lavoratori).

3) *Anziani non autosufficienti.* Secondo dati ufficiali un milione e mezzo di

famiglie ha il problema di avere in casa un anziano non autosufficiente e l'obiettivo principale è sviluppare interventi che favoriscano il mantenimento dell'anziano nell'ambito familiare.

Alcune regioni hanno già avviato politiche di intervento e si ribadisce che la competenza in materia spetta alle Regioni. La volontà del governo è quella di tracciare linee di indirizzo che tendano ad uniformare l'intervento legislativo regionale.

- 4) *Contrasto alle povertà.* Il lavoro come risposta alla esclusione sociale è la grande e principale scommessa; vanno distinte e non dimenticate quelle azioni che sono e non possono che essere pura e semplice assistenza sia temporanea che continua, per quelle persone per cui l'inserimento nel mondo del lavoro non è stato e non può essere possibile.
- 5) *Monitoraggio e verifica della spesa sociale.* Il fondo dello stato destinato alle politiche sociali è molto inferiore al totale della spesa sostenuta nel settore, questo perché vi concorrono fondi privati, regionali, degli enti locali, del settore non profit, ecc. per cui è indispensabile individuare strumenti di programmazione che rispondano a priorità selezionate e che contribuiscano attivamente alla efficacia ed efficienza del sistema.

Il dibattito ha poi sottolineato:

- 1) la necessità di sviluppare politiche di collegamento tra enti locali e governo centrale;
- 2) la necessità di indicatori di spesa riconosciuti ed accettati;
- 3) il rischio che la modifica del titolo V della costituzione della legislazione concorrente frammenti il sistema (è stato fatto esplicito riferimento, in negativo, alla riforma sanitaria)
- 4) l'intersecazione della materia (3 e 4 punto) con la sanità: senza integrazione nulla è possibile
- 5) la necessità di definire LEA e loro copertura economica;
- 6) la necessità che la Finanziaria in corso d'opera tenga conto delle priorità, altrimenti è esercizio inutile (con ricaduta sugli enti locali).

D. I.

La nostra Associazione partecipa al tavolo Governo - Parti sociali

Finanziaria "8-4-8"

Un Tremonti ancora ottimista sfodera il suo "modulo" per la riduzione della spesa

Il 25 Settembre a Palazzo Chigi si è svolta la presentazione delle prime linee programmatiche della manovra economica contenuta nella Legge Finanziaria del 2003. Al tavolo sono presenti, oltre al presidente del Consiglio ed al Ministro dell'Economia, numerosi ministri e sottosegretari. Molto numerosa anche la rappresentanza delle parti sociali.

Il presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, nella sua introduzione, ammette che il governo ha sbagliato le previsioni: infatti, la crescita per quest'anno sarà dello 0,6% del Pil, inferiore dell'1,3% di quanto previsto nell'ultimo Dpef, con conseguente indebitamento netto dell'1,8-2% del Pil. Tuttavia, secondo il Presidente, nessuno poteva prevedere questi risultati soprattutto per i numerosi "incidenti di percorso" verificatisi: extradeficit ereditato, l'11 settembre, crisi dell'America latina, crollo delle borse, scandali finanziari.

I conti pubblici "sono fuori quota" a causa delle minori entrate tra le quali quelle dell'Irpeg, da cui deriva la necessità del Decreto fiscale che lo modifica.

Nonostante tutti questi eventi sfavorevoli il governo intende rispettare il contratto sottoscritto con gli elettori (un milione e mezzo di posti di lavoro nella legislatura, aumento delle pensioni minime, sicurezza sociale ecc.) per cui questa sarà una finanziaria basata su due impegni: 1) il rispetto del patto per l'Italia, impegno preso nei confronti dei cittadini; 2) il rispetto del patto di Maastrich, impegno preso con i partner europei. A questo proposito il Presidente del Consiglio sottolinea come lo slittamento dell'obbligo del pareggio di bilancio al 2006, approvato dalla commissione europea, è un motivo in più di fiducia nel nostro paese. L'ultima parte del discorso del Presidente del Consiglio è un invito all'ottimismo con ampio uso di metafore ("il buon padre di famiglia che deve pensare a tutti i figli soprattutto a quelli più deboli") e di frasi di incoraggiamento ("altri paesi sono in condizioni peggiori delle nostre, noi siamo nella media dei fondamentali economici") e di invito alla collaborazione a tutte le parti sociali.

È compito del Ministro dell'Economia Tremonti illustrare nel dettaglio i termini generali (come lui stesso afferma) della manovra. Il ministro riconosce che aver acquisito il dato della commissione europea circa lo slittamento dei termini per il pareggio di bilancio, permette una manovra più "serena", centrata su un "riallineamento degli obiettivi economici e dell'andamento dei conti pubblici". È intenzione del governo l'applicazione del patto di stabilità, pur con il riconoscimento di alcune criticità importanti quali il debito pubblico ed il vincolo al suo decremento.

La Finanziaria sarà basata su tre provvedimenti di cui due erano già intenzione del governo emanare, mentre un terzo è stato imposto dalle circostanze.

I due provvedimenti voluti sono:

- 1) il decreto sulle infrastrutture e sul patrimonio;
- 2) il Decreto 194 sulla responsabilità della spesa pubblica vincolata a strumenti centrali di controllo in coerenza con l'articolo 88 della Costituzione.

Il terzo provvedimento obbligato è il decreto di modifica di alcuni regimi fiscali di riduzione o esenzione della base imponibile (esenzione dell'Irpeg delle imprese).

Gli obiettivi fissati sono: crescita al 2,2% in linea con l'Europa (era prevista del 2,3%), inflazione programmata al 1,4%, deficit all'1,4% (era fissato in precedenza allo 0,8%), coerente con la determinazione della commissione europea, crescita stimata per il 2003 del 2,3% in linea con gli altri paesi europei.

La manovra finanziaria sarà di 20 miliardi di euro per rispettare il patto per l'Italia e a gennaio 2003 scatterà il primo modulo di riduzione dell'Irpeg a beneficio dei redditi fino a 25 mila euro che comporterà sgravi fiscali pari a 5,5 miliardi di euro con evidenti effetti positivi sulla domanda.

Sarà rispettato l'impegno di finanziamento degli ammortizzatori sociali (non specifica con quale cifra, ma è verosimile

la destinazione dei 750 milioni di euro indicati nel Patto per l'Italia) e saranno varati interventi sull'Irap.

Sul fronte delle entrate il Ministro Tremonti afferma che applicherà il "modulo 8-4-8 per la riduzione della spesa" ossia:

- 8 miliardi di euro derivanti da manovre di riduzione di spesa dei ministeri, (blocco del turn over e delle assunzioni, ricorso alla mobilità, risparmio su acquisto di beni e servizi, varo di autonomi centri bilancio, revisione delle piante organiche, estensione di questi meccanismi di risparmio agli enti locali);
- 4 miliardi di euro derivanti dall'avvio delle infrastrutture e patrimonio spa (cartolarizzazioni, peraltro già avviate dal precedente governo);
- 8 miliardi derivanti da un concordato fiscale sulla falsariga del concordato di massa già sperimentato nel 1994.

Conclude il Ministro dell'economia con uno slogan che vuole rappresentare in estrema sintesi l'intera manovra: "una finanziaria normale in tempi difficili".

La sanità - Nella sua introduzione Berlusconi rassicura i presenti affermando che non è intenzione del governo toccare in alcun modo la spesa del Welfare ed indica la Sanità e la Scuola (esplicito riferimento alla riforma Moratti) come assolute priorità del governo. Il Ministro Tremonti accenna solo vagamente e sommariamente a risparmi di spesa in Sanità derivanti dall'applicazione di un nuovo prontuario farmaceutico, ma le assicurazioni non sono convincenti e si temono gli effetti sulla sanità dei previsti tagli di spesa estesi alle amministrazioni locali che avranno effetti sul personale (blocco delle assunzioni), sull'acquisto di beni e servizi (blocco d'acquisto con buona pace dell'assistenza sanitaria e del rinnovamento tecnologico) e sul finanziamento complessivo del Ssn (congelamento per le amministrazioni locali dell'addizionale Irpef).

I timori sono evidenti e l'estrema agitazione dei rappresentanti di Federterme (non ammessi al tavolo) al solo minacciare restrizioni dei rimborsi alle cure termali, rende bene l'idea di un sistema che rischia il collasso.

Il dibattito - Tutti i rappresentanti di parte sindacale lamentano la mancanza di una bozza della finanziaria in discussione e ritengono quindi molto difficile un giudizio esauriente. La Confindustria esprime tutta la sua contrarietà nei confronti di una manovra fiscale che penalizza duramente le imprese per circa 3-4 miliardi di euro nel 2003 e che crea grande preoccupazione sui mercati; chiede e ottiene un tavolo di confronto sul fisco.

Cisl e Uil non vanno al di là di una formale preoccupazione, confidano nel rispetto del Patto per l'Italia e si mostrano chiaramente soddisfatti del gelo tra Confindustria e Governo nel quale intravedono nuovi spazi di manovra. La Cgil conferma la sua linea di chiusura complessiva in attesa dei risultati dello sciopero generale proclamato. Pochi minuti sono riservati alle altre confederazioni dei vari settori.

Conclusioni - I giochi sembrano tutti ancora aperti tra promesse e rivendicazioni ma si annunciano tempi difficili per la Sanità.

Gli interventi strutturali per il riequilibrio della spesa sociale, indispensabili per un rilancio del Ssn, sono lontani, nello stesso tempo si limita l'autonomia impositiva delle Regioni pregiudicando soprattutto gli interventi sulla Sanità che resta la loro maggiore fonte di spesa.

Aprè un conflitto tra governo e regioni che mette in pericolo i finanziamenti per il Fondo sanitario Nazionale previsti per il 2003.

I prossimi contratti restano ancorati ad una inflazione programmata derivante da un Dpef sostanzialmente smentito dai fatti e dall'andamento dell'economia.

D. I.

PANORAMA MESE

NUOVI DIRETTORI AL MINISTERO

Nuove nomine al ministero della Salute a partire dall'8 ottobre. Alla direzione generale della programmazione sanitaria Emanuela De Santis, proveniente dal ministero dell'Economia, sostituirà Claudio De Giuli. Marta Di Gennaro, attuale direttore generale del sistema informativo, assumerà la guida della direzione generale dei rapporti internazionali e delle politiche comunitarie e sarà sostituita nel precedente incarico da Walter Bergamaschi, proveniente dall'Ospedale Maggiore di Milano. Antonella Cinque, attuale consigliere del ministro per le Relazioni esterne e capo della segreteria tecnica, assumerà l'incarico di direttore generale per la Comunicazione con i cittadini.

Inoltre, alla luce della nuova legge sullo spoils system nella Pubblica amministrazione, lo scorso 6 settembre, il Consiglio dei ministri, ha confermato nei loro incarichi di capo dipartimento Raffaele D'Ari e Vittorio Silano.

NUOVI ASSESSORI

Basilicata e Calabria in occasione del rimpasto delle giunte regionali hanno nuovi assessori alla sanità. Giovanni Luzzi guida la sanità regionale calabrese, mentre Giovanni Straziuso quella lucana.

UN MEDICO OGNI 172 ABITANTI

Aumentano i medici e in particolare le dottoresse. Dal 1998 al 2002 ogni medico ha "ceduto" virtualmente a un suo nuovo collega ben 6 pazienti. Nel 1998 si contavano infatti 178 cittadini per ogni professionista, oggi invece se ne contano appena 172. È in questa avanzata le donne salgono di ben 3,1 punti percentuali. Erano il 28% della categoria nel 1998, mentre quest'anno costituiscono il 31,1%. È quanto emerge dal censimento promosso dalla Fnomceo sugli iscritti agli Albi provinciali al giugno 2002.

Questo "boom" è destinato a spegnersi secondo Giuseppe Del Barone, presidente della Fnomceo, che ha commentato i dati in un'intervista al "Sole 24 ore del Lunedì" del 9 settembre scorso, anche perché "la durata del corso di formazione si è allungata: mediamente ci vogliono 12-14 anni prima di diventare medico a tutti gli effetti". I problemi, per Del Barone, sono altri, in primo luogo una formazione di "prim'ordine" e poi l'esame di Stato, dove ha rivendicato "un coinvolgimento pieno dell'ordine".

CIRCA 8 MILA MATRICOLE A MEDICINA

Sono 7.880 i futuri camici bianchi per i quali quest'anno si apriranno le porte delle facoltà di Medicina e chirurgia, 398 quelli stranieri. Inoltre saranno 1.477 le matricole del corso di laurea in Medicina veterinaria, che riserva altri 78 posti per gli studenti non comunitari residenti all'estero (in tutto 1.555).

A Odontoiatria e protesi dentaria potranno invece iscriversi al massimo 880 studenti residenti nella penisola, a cui vanno aggiunti altri 47 posti riservati agli stranieri (in tutto 927).

Questo è il numero dei posti disponibili a livello nazionale per le immatricolazioni a questi tre corsi di laurea ad accesso limitato per l'anno accademico 2002-2003, indicati nel decreto ministeriale.

I DISEGNI DI LEGGE DI MATERIA SANITARIA IN DISCUSSIONE AL PARLAMENTO

La maggioranza ripropone l'abolizione dell'irreversibilità

SENATO

Abrogazione del comma 4 dell'articolo 15-quater del decreto legislativo 30/12/92, n. 502 inerente l'irreversibilità della scelta del medico in ordine all'esclusività del rapporto di lavoro.

AS N. 397

Iniziativa: Sen. Flavio Tredese (Fi)
La commissione Igiene e Sanità ne ha avviato l'esame in sede referente

La Commissione ha accelerato l'iter del ddl che abolisce l'irreversibilità della scelta dei medici del Servizio sanitario nazionale sull'esclusività del rapporto di lavoro. Per il presidente della Commissione il principale nodo da sciogliere è quello di "quando" il medico potrà revocare la scelta fatta: il testo di maggioranza (di Casellati-Tomassini), prevede possa farlo in qualsiasi momento, mentre quello dell'opposizione (di Liguori della Margherita, AS 1510) la subordina alle esigenze di programmazione della struttura (ogni 5 anni).

Disegno di legge sulle tecniche di procreazione assistita

AS N. 1514

Iniziativa: Sen. Flavio Tredese (Fi)
Approvato dalla Camera in prima lettura. All'esame della commissione Igiene e Sanità

Il provvedimento per regolamentare l'accesso e l'uso delle tecniche di procreazione assistita, varato a metà giugno dalla Camera, farà discutere, nelle prossime audizioni, i senatori della commissione Igiene e sanità. Il ddl prevede che sia il concepito il soggetto da tutelare, è contrario alla fecondazione eterologa e alla clonazione, mentre prevede la sperimentazione sugli embrioni solo in caso terapeutico. L'accesso alla procreazione assistita è concesso alle coppie adulte di diverso sesso, in età fertile, sia coniugati che conviventi.

Disegno di legge Costituzionale

Modifiche all'articolo 117 della Costituzione

Iniziativa: Governo

Assegnato alla Commissione Affari Costituzionali in sede referente

Il ddl sulla devolution dell'art.117 riaprirà le discussioni alla Commissione Affari Costituzionali. Il provvedimento presentato da Umberto Bossi, ministro per le Riforme, vuole correggere la precedente riforma dell'Ulivo, riscrivendo integralmente l'art.117 sulla divisione delle competenze legislative tra Stato e regioni.

Se passasse il provvedimento, le Regioni avrebbero di fatto il dominio esclusivo sull'assistenza e l'organizzazione sanitaria, sull'organizzazione scolastica e sulla polizia locale.

Disegno di legge

sulla trasformazione in fondazioni dell'Irccs

AS N.1271

Iniziativa: Sen. Gabriele Boschetto (Fi)

Approvato dalla Camera. All'esame della commissione Affari costituzionali del Senato in sede referente in prima lettura

A Palazzo Madama continuano gli scontri sulla delega per la trasformazione degli Irccs in fondazioni, contenuta nel collegato ordinamentale alla Finanziaria 2002 in materia di snellimento dell'attività amministrativa.

Il testo, approvato dalla Camera, contiene la riforma presentata da Girolamo Sirchia, ministro della Salute sul passaggio a capitale privato, di 15 istituti di ricovero e cura a carattere pubblico.

Disegno di legge per modificare la disciplina del settore trasfusionale (legge 107/1990)

AS N. 255

Iniziativa: Sen. Antonio Tomassini (Fi)

La commissione Igiene e Sanità ne ha concluso l'esame in sede referente, in prima lettura

Il riordino della disciplina del settore trasfusionale attende ancora l'attenzione dell'Aula, dopo che il ministero della Salute ne ha impedito l'esame in sede deliberante. Il testo del ddl propone l'autosufficienza nazionale e regionale nonché garanzia di adeguati standard di sicurezza. Prevede inoltre che sia lo Stato ad assegnare i principi fondamentali in materia di attività trasfusionali, definendo i livelli essenziali del servizio, prevedendo anche la creazione di una Agenzia italiana sangue e assegnando i requisiti minimi da parte della Conferenza Stato-Regioni.

Nuove norme in materia di responsabilità professionale del personale sanitario

AS N. 108

Iniziativa: Sen. Antonio Tomassini (Fi)

All'esame della Commissione Igiene e Sanità

In attesa di figurare nell'agenda dell'Aula del Senato. Il testo prevede che la responsabilità civile per i danni a persone causati dal personale sanitario sia sempre a carico della struttura ospedaliera, pubblica o privata che sia, che dovrà farsi fronte previa assicurazione obbligatoria, con massimali e premi fissati a livello centrale. Per le strutture pubbliche e per quelle private ma accreditate con il Ssn, la responsabilità va estesa anche alle prestazioni (ambulatoriali o intramoenia) comprese nei Lea.

Il testo prevede anche la rivalsa per dolo o colpa grave, l'anticipazione dell'indennizzo e l'accesso all'arbitrato

Nuova regolamentazione delle attività di informazione scientifica farmaceutica e istituzione dell'albo degli informatori scientifici del farmaco

AS N.404

Iniziativa: Sen. Carmine Cozzolino (An)

La commissione Igiene e Sanità deve concluderne l'esame in sede deliberante

Dopo il tentativo fallito dalla passata legislazione, sta per essere disciplinata l'attività degli informatori scientifici del farmaco.

Il provvedimento detta disciplina e requisiti per l'attività, prevedendo l'istituzione di un apposito albo cui i neo-assunti promoter farmaceutici dovranno iscriversi entro sei mesi.

In arrivo anche l'obbligo di sostenere un esame di Stato per esercitare la professione e il vincolo di esclusività di rapporto di lavoro, che potrà essere autonomo o disciplinato.

Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge n.3/2001

AS N.1545

Iniziativa: Sen. Luciano Magnalò (An), Claudia Ioannucci (Fi)

All'esame della commissione Affari costituzionali in sede referente

CAMERA

Piano Sanitario Nazionale 2002-2004

Inizio dell'iter per i pareri parlamentari

Disposizioni in materia di Brevetti biotech, recepimento direttiva 98/44/Ce

AC N. 2031

Iniziativa: On. Massimo Poliedri (Lnp), D'Alcontres (Fi)

All'esame dell'Assemblea della Camera in prima lettura

La delega del Governo in materia di protezione giuridica delle invenzioni biotech prevede il recepimento della direttiva 98/44/Ce, in conformità alla sentenza della Corte di Giustizia Ue, che prevede l'adeguamento in materia per l'Italia.

Punti salienti all'interno del testo sono: il divieto di brevettabilità del corpo umano dal momento del concepimento, divieto di clonazione umana e di utilizzo degli embrioni. Le ultime modifiche introdotte nel testo, riguardano le norme a tutela della "biodiversità" e l'annullamento automatico di contratti e negoziati compiuti in violazione dei criteri contenuti nel Ddl.

Disposizioni in materia di trattamento sanitario obbligatorio per la salute mentale

AC N.152

Iniziativa: On. Mariella Burani

Procaccini (Fi)

All'esame della commissione Affari sociali in sede referente

Nel mirino della riforma la semplificazione del ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (Tso). Il testo messo a punto dopo numerose audizioni, prevede che il Tso venga effettuato solo dopo aver esaurito tutti i tentativi per ottenere il consenso del paziente alle cure e dopo più valide.

Le strutture residenziali devono essere invece destinate a pazienti con disturbi mentali cronici non assistibili a domicilio.

Disposizioni in materia di disciplina complessiva nel settore delle medicine non convenzionali

AC N.640

Iniziativa: On. Francesco Paolo

Lucchese (Ccd-Cdu)

All'esame della commissione Affari sociali della Camera in sede referente

Ben 16 Pdl dedicate alle medicine non convenzionali, che attendono di giungere ad un unico testo, per mano della Commissione Affari sociali della Camera.

In gioco ci sono 11 terapie praticate da medici e 5 affidate ad altri operatori, ma ad accomunare le proposte è il criterio della libertà di scelta del paziente, informato e messo in condizione di optare tra diverse cure nell'ambito di un'offerta regolamentata e garantita.

Disposizioni in materia di diritti brevettuali ai ricercatori

AC N.2238

Iniziativa: On. Valter Zanetta (Fi) per

la X, Antonio Palmieri (Fi) per la VII

Approvato dal Senato. Le commissioni riunite VII Cultura e X Attività produttive hanno avviato il testo al parere delle altre commissioni

Disposizioni per la corresponsione di borse di studio ai medici specializzati ammessi alle scuole di specializzazione negli anni dal 1983 al 1991

AC N.2242

Iniziativa: On. Giuseppe Molinari

(Margherita, DL-Ulivo)

Assegnato alle Commissioni

Riunite VII Cultura, scienza e istruzione,

XII Affari sociali in sede referente

Disposizioni in materia di deducibilità delle spese per la frequenza di programmi di formazione continua da parte degli operatori sanitari

AC N. 2499

Iniziativa: On. Luana Zanella (Misto, Verdi-Ulivo)

Assegnato alla VI Finanze in sede referente

Disciplina in materia di produzione, commercializzazione e consumo di prodotti erboristici

AC N.278

Iniziativa: On. Piergiorgio Massidda (Fi)

All'esame della commissione Affari sociali in sede referente

Alla commissione Affari sociali, è affidato il compito di dare, per la prima volta, una disciplina complessiva al settore erboristico. Il testo detta la definizione del prodotto erboristico e ne prevede la classificazione in una lista unica che dovrà essere redatta e aggiornata ogni anno da un apposita commissione del ministero della Salute, che vigilerà su di essa. Saranno disciplinati anche: lavorazione, trasformazione, commercializzazione, etichettatura, vendita e formazione dei dettaglianti che dovranno essere laureati in farmacia, chimica farmaceutica o affini come diploma in tecniche erboristiche.

INTERVISTA AD ANNALISA SILVESTRO, PRESIDENTE DELLA FEDERAZIONE COLLEGI IPASVI

Arriva la dirigenza anche per gli infermieri

“Finalmente – dichiara Silvestro – è crollato il nostro “muro di Berlino”. Un muro che ci aveva chiuso per decenni nell’angolo di una funzione ausiliaria, regolamentata minuziosamente da un mansionario che ha tarpato le ali alla nostra vera identità”

Laurea, dirigenza, autonomia professionale. Tre conquiste importanti per la “seconda gamba” del Ssn, come simbolicamente la definisce il presidente del loro ordine professionale Anna Lisa Silvestro. Siamo parlando dei 320 mila infermieri italiani che hanno celebrato il loro XIII congresso nazionale a Roma dal 19 al 21 settembre.

Un congresso importante, innanzitutto per la partecipazione della categoria (oltre 6.500 congressisti) e di rappresentanti del Governo, del Parlamento e delle Regioni, ma anche per quanto emerso in merito alle prospettive per il prossimo futuro a partire dal contratto, dalla carriera, dalla libera professione e da una volontà più volte reiterata di “entrare” a pieno titolo nella stanza dei bottoni del sistema sanitario nazionale.

Di tutto questo e dei rapporti con la categoria medica, abbiamo conversato a congresso ultimato proprio con Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale dei collegi Ipasvi e responsabile del servizio infermieristico della Asl 4 del Medio Friuli.

Presidente Silvestro, ne avete fatta di strada rispetto alla vecchia figura di infermiere improntata su un ruolo ausiliario senza un suo specifico professionale.

Sì, è finalmente crollato il nostro “muro di Berlino”. Un muro che ci aveva chiuso per decenni nell’angolo di una funzione ausiliaria, regolamentata minuziosamente da un mansionario che ha tarpato le ali alla nostra vera identità. La caduta di quel muro ha consentito il fiorire di una stagione di iniziative professionali culminata con la legge n. 251 del 2000, che ha sancito la conquista della dirigenza e ribadito il nuovo corso di studi universitari necessario al conseguimento dell’abilitazione professionale.

Oggi siamo professionisti, autonomi, con possibilità di percorso di carriera specifico fino alla dirigenza ed alla docenza. Ma adesso, come titola il nostro congresso, è il momento di raccogliere i frutti.

Vale a dire?

Vale a dire che il nuovo infermiere deve ora compiere quel definitivo salto professionale che consenta effettivamente di esercitare il proprio lavoro in un ambiente in grado di recepire le sue nuove potenzialità.

E questo non può che partire da una significativa revisione dell’istituto contrattuale, ancora troppo in ritardo sia

sugli aspetti normativi sia su quelli economici, rispetto all’evoluzione della nostra professione. Devono essere necessariamente ridefinite le modalità di sviluppo di carriera, sia nell’ambito delle funzioni assistenziali di base e specialistiche, sia nell’ambito delle funzioni manageriali, declinate su due livelli di dirigenza.

In proposito il ministro della Salute ha detto che sono maturi i tempi sia per un riferimento contrattuale alla carriera dei medici sia per lo sviluppo della libera professione infermieristica, sia intra, che extra moenia. Siete d’accordo?

Noi per primi, circa un anno fa, iniziammo a ragionare sulla necessità di articolare la nostra carriera in modo da accompagnare l’evoluzione dei profili dei medici all’interno delle strutture. Se i vecchi “assistente”, “aiuto” e “primario” sono diventati tutti dirigenti, divisi però in base alle rispettive funzioni perché – ci chiedevamo – non riorganizzare in tal modo anche gli infermieri? Si tratta di un processo complesso del quale abbiamo con chiarezza delineato, in quest’ultimo congresso, la meta, che è quella di consentire l’affermarsi ai diversi livelli funzionali e organizzativi in cui opera l’infermiere – sia in ospedale che nel territorio – il concetto di responsabilità professionale che egli deve ormai assumere per legge e status. Se poi tale articolazione risponderà a quella scelta per i medici o necessiti di diverse opzioni più rispondenti al nostro specifico professionale, lo vedremo. L’importante è aver chiarito che oggi l’infermiere è un professionista, che come tale è dotato di autonomia e responsabilità. Una cosa è certa, nella situazione attuale, paradossalmente, far carriera non conviene a livello economico. Un coordinatore (ex caposala) guadagna meno di un infermiere e questo avviene proprio perché, fino ad oggi, non era stato previsto un riconoscimento economico del ruolo di responsabilità nella professione infermieristica.

E sulla libera professione anche per l’infermiere?

Non c’è dubbio che senza l’apporto dell’infermiere gran parte dell’attività intra ed extra moenia svolta dai medici non potrebbe effettuarsi. Come professionisti siamo pronti a farci carico pienamente di queste attività. Sulle modalità con cui esercitarle penso sia opportuno che esse trovino una loro compiuta e articolata definizione in sede contrattuale.

Nella sua relazione lei ha più volte richiamato la necessità di affrontare in modo diverso la problematica della spesa sanitaria e della gestione. Anzi, si è detta convinta che gli infermieri possano rappresentare una forza positiva da utilizzare per rilanciare la sanità pubblica proprio sul fronte dell’appropriatezza nell’utilizzazione delle risorse economiche. Come?

Le problematiche della spesa e della sostenibilità economica hanno trovato sino ad oggi un’attenzione parziale da parte della nostra professione.

È mancata la consapevolezza della necessità di scendere in campo direttamente nella ricerca di soluzioni e opzioni utili al governo delle risorse e alla corretta gestione delle stesse.

Oggi, se vogliamo effettivamente agire da professionisti della salute, da primi attori nei gangli decisionali del sistema, da manager dell’assistenza sanitaria, non possiamo che raccogliere in prima persona questa sfida, ponendo sul tavolo tutta la nostra esperienza maturata in anni di sviluppo e di sperimentazione di nuove modalità gestionali e organizzative.

L’analisi dei bilanci di decine di aziende sanitarie, dove sono stati attuati nuovi modelli di gestione e nuovi schemi funzionali, affidandoli alla responsabilità primaria dell’infermiere, mostra una straordinaria capacità di contenimento dei costi, unita ad una crescita della soddisfazione dei cittadini.

Se volessimo dare un nome a tutto questo parafrasando il lessico medico, verrebbe da pensare ad una sorta di “governo infermieristico”.

Il dottor Zucchelli, segretario nazionale dell’Anao Assomed, in occasione dell’ultimo congresso, ha scritto nella sua relazione: “il processo di aziendalizzazione non può sottrarsi alla necessità di reclutare le intelligenze professionali alla mission aziendale intesa come il perseguimento di obiettivi istituzionalmente definiti - ossia fornire un servizio di buona qualità - al di là della semplice logica del pareggio di bilancio, puro strumento e non fine ultimo del Servizio sanitario nazionale”. Sottoscrivo pienamente quest’affermazione.

Ma aggiungo: cari medici pensate di potercela fare senza di noi? Pensate di poter tenere ancora in piedi il sistema con una gamba sola? Mi auguro e penso di no! Per questo ritengo siano maturi i tempi per una grande alleanza dei professionisti della salute, in primo luogo tra medici e infermieri.

Come giudica la politica sanitaria di questo governo?

Un vecchio proverbio, che a dire il vero non amo neanche troppo, mi sembra dicesse che “a pensar male non si sbaglia mai”. Mi è tornato spesso in mente in questi ultimi tempi quando sento parlare, con troppa e reiterata enfasi, che in questo Paese si spende troppo per la sanità, ci sono troppi sprechi, manca la concorrenza, serve più efficienza, il Ssn è un vecchio carrozzone da buttare...

Registro cioè un diffuso e trasversale sentimento di insofferenza verso un sistema sanitario che, seppur con le difficoltà e le disomogeneità che ancora lo caratterizzano, ha consentito all’Italia di compiere passi avanti straordinari nelle politiche di tutela della salute.

Se a ciò aggiungiamo i rischi crescenti di un federalismo sanitario estremistico che si manifesta con lo spettro di una sanità a 21 velocità, il quadro non è dei più favorevoli per chi crede nella bontà della scelta del Ssn.

C. F.

ZUCHELLI: “NECESSARIO DEFINIRE UN CORRETTO RACCORDO DELLE COMPETENZE”

I medici dell’Anao Assomed apprezzano e salutano con favore tutti i provvedimenti che possono portare ad una crescita della cultura e della responsabilità di tutto il personale addetto alla cura dei pazienti. Non vi è dubbio che la legge sulla dirigenza infermieristica ha come scopo un aumento della qualificazione e quindi del livello delle prestazioni offerte ai cittadini. È evidente che, però, bisogna vigilare perché nella fase di transizione non vi siano sconsiderate sanatorie e perché si definisca un corretto raccordo funzionale delle competenze in modo da creare sinergie tra le funzioni dei medici e degli infermieri e non conflitti.

Non ritengo, invece, che sussistano preoccupazioni di tipo contrattuale e sindacale derivanti dall’introduzione della dirigenza infermieristica. Infatti quest’ultima è inquadrata nell’area terza, che comprende la dirigenza amministrativa, sanitaria, tecnica e professionale, e non nella quarta area in cui sono inquadrati i medici e i veterinari.



Lombardia

LA SANITÀ NELLA REGIONE LOMBARDIA

Publico e privato, accreditamento per tutti

di Eva Antoniotti

IL PRIMO PASSO DEL COSIDDETTO MODELLO LOMBARDO FU LA LEGGE REGIONALE N. 31, APPROVATA NEL 1997, CHE PROVOCÒ UN CONFRONTO SERRATO TRA IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ROBERTO FORMIGONI E L'ALLORA MINISTRO DELLA SANITÀ ROSY BINDI. ORA, NELLO SCENARIO SEMPRE PIÙ FEDERALISTA DELLA SANITÀ, ARRIVA IL NUOVO PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE: LE ASL "COMPRANO" LE PRESTAZIONI SANITARIE NECESSARIE A GARANTIRE LA SALUTE DEI CITTADINI, ALCUNI OSPEDALI SI TRASFORMANO IN FONDAZIONI E SI SPERIMENTANO BUONI SOCIOSANITARI E VOUCHER

Completa separazione fra soggetti acquirenti ed erogatori: è questa la chiave del modello lombardo. E il nuovo Pssr, approvato dal Consiglio regionale lo scorso 13 marzo, si muove in questa direzione, assegnando alle aziende sanitarie locali il compito di "comprare" le prestazioni, offerte da erogatori pubblici e privati, tutti ugualmente accreditati. Per dirla con le parole dell'assessore Carlo Borsani, il Piano si propone di garantire sia "la libertà di scelta dei cittadini", sia "la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi". Per arrivare all'approvazione sono stati necessari molti mesi, occupati in scontri con le opposizioni di centro sinistra in Consiglio regionale, che giudicano il nuovo Pssr un pericoloso passo avanti verso la privatizzazione del sistema sanitario, e in trattative con le organizzazioni sindacali, preoccupate di tutelare i diritti degli operatori della sanità in questo processo di trasformazione.

Riassumiamo in forma sintetica i principali elementi di novità contenuti nel piano, ricordando che si tratta di un progetto che investe complessivamente l'area sociosanitaria.

AZIENDE SANITARIE LOCALI

Le Asl sono garanti della salute dei cittadini ed acquirenti delle prestazioni, quindi responsabili anche dell'equilibrio economico finanziario del sistema.

Per la ripartizione del Fondo sanitario regionale è prevista la messa a punto di un sistema di remunerazione delle prestazioni che tenga conto delle modalità strutturali, organizzative e gestionali di erogazione e che premi anche il grado di qualità dei servizi.

Le Asl si occuperanno in proprio di assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro, mentre per quanto riguarda la prevenzione rivolta alla persona

saranno sperimentate forme di esternalizzazione.

AZIENDE OSPEDALIERE

Per allineare l'offerta regionale ai parametri previsti dalla legge 405/01, verranno incrementati i posti letto per la lungodegenza e la riabilitazione, portandoli dall'attuale 1,1 a 1,5 posti letto per 1000 abitanti, mentre saranno ridotti i posti letto per acuti. Il Piano prevede anche il potenziamento di day-hospital e di day-surgery, ed il blocco dell'accreditamento per l'alta specialità, già adeguatamente coperto.

Saranno incrementate le Rsa destinate agli anziani, con l'obiettivo di arrivare ad avere 53.000 posti entro il 2012, cioè 9.000 più degli attuali. Da sviluppare anche l'offerta di Rsh, ovvero di residenze sanitarie destinate ai disabili non suscettibili di riabilitazione, che invece ora occupano la metà dei posti letto degli istituti di riabilitazione.

Anticipando i contenuti del provvedimento legislativo attualmente all'esame del Parlamento, il Pssr lombardo avvia la sperimentazione della trasformazione di aziende ospedaliere in Fondazioni, che avranno comunque la maggioranza pubblica nella proprietà e una "mission" di carattere pubblico. Altre forme di sperimentazione riguardano la formazione di consorzi o di altre forme di aggregazione tra le aziende ospedaliere, con molti servizi di supporto in comune. Sperimentazioni gestionali e collaborazione tra pubblico e privato anche nei settori della ricerca e dell'innovazione, mentre in campo finanziario il Piano introduce nuovi strumenti, dal fondo immobiliare al project financing.

MEDICI DI FAMIGLIA E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Le aziende ospedaliere toscane sono solo quattro e sono tutte aziende miste, ovvero a partecipazione

universitaria. Sono dunque finanziate prevalentemente in rapporto alle prestazioni erogate, valutate sulla base dei tariffari regionali. Il nuovo Pssr invita le Asl a stipulare accordi con le Ao, in ambito di Area vasta, che superino questo sistema con formule capaci di assicurare più congruità e appropriatezza sia nelle prestazioni erogate, sia nelle modalità di erogazione delle prestazioni, incentivando ad esempio il day-hospital.

Attualmente la Toscana ha 4,82 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti, dunque già allineato con i parametri della legge 405 anche se con qualche carenza per ciò che riguarda lungodegenza e riabilitazione, e un tasso di ricoveri di 186,7 ogni mille abitanti, ben al di sotto della media nazionale che è di 204,8.

FONDI INTEGRATIVI

Sarà avviato uno studio di fattibilità per l'introduzione di un sistema assicurativo mutualistico obbligatorio, sul modello tedesco, per garantire la copertura del rischio socio-sanitario per le categorie più deboli (anziani, disabili, non-autosufficienti).

Lombardia

Popolazione: circa 9 milioni e mezzo di abitanti

Aziende Asl: 15

Aziende Ospedaliere: 29

Medici dipendenti del Ssn: 15.310

Medici in convenzione: 8.161

Regole uguali per tutti

Dottor Bocca, il nuovo Piano sociosanitario della Lombardia ha avuto una preparazione piuttosto lunga. Per quali ragioni?

La principale è che si tratta di un piano sociosanitario, dove si lega ciò che è sanitario e ciò che è sociale per una migliore integrazione nell'interesse dell'utente, del cittadino. L'esempio classico è quello degli anziani, ai quali spesso occorre un'assistenza di tipo sociale piuttosto che di tipo sanitario, soprattutto nei casi di cronicità. Per formulare un piano di questo tipo è stato necessario che vi fosse una lunga serie di incontri tra le istituzioni regionali e i soggetti coinvolti nel piano, che hanno portato a modifiche abbastanza sostanziali rispetto alla prima bozza.

La razionalizzazione della rete è stato un processo lungo e non sempre semplice: questa è la patria dei comuni e si può capire quante lotte ci siano state, ad esempio, rispetto alla collocazione territoriale dei monoblocchi.

Quali sono state le modifiche più importanti a vostro giudizio?

Innanzitutto la questione dello stato giuridico del personale dirigente delle strutture destinate ad essere trasformate in Fondazioni. Nella prima stesura del piano si diceva che avrebbero avuto un inquadramento di tipo privatistico, cosa che avrebbe prodotto conseguenze negative sul piano professionale ed anche dal punto di vista previdenziale. L'immediata reazione non solo dell'Anao ma di tutte le associazioni sindacali della Lombardia ha fatto sì che in Consiglio regionale sia stato approvato un emendamento per cui oggi abbiamo lo stato giuridico pubblico all'interno delle Fondazioni.

Inoltre, nella prima bozza del piano si prevedeva la separazione tra competenza professionale e manageriale. Siamo riusciti a far modificare il testo e a riunirle, convinti che anche il giovane medico di turno in pronto soccorso attui contemporaneamente scelte professionali, per fare una diagnosi e una terapia, ma an-

che per scelte manageriali, utilizzando il miglior farmaco e la migliore prestazione tenendo conto anche dei costi che queste prestazioni possono avere. Anzi, proprio per sviluppare una competenza manageriale tra i professionisti, siamo convinti che queste tematiche dovrebbero essere sviluppate sia durante gli studi universitari, sia nell'ambito dell'Ecm e anche su questo stiamo lavorando.

Il Piano lombardo parla di "accreditamento professionale". Di che si tratta?

Abbiamo chiesto che fosse chiarito: non si intende che vengono accreditati i singoli professionisti, ma alcune scuole, alcuni aggiornamenti professionali.

Quali sono le questioni lasciate aperte dal Piano?

Credo che sia necessario aprire al più presto un tavolo di confronto tra la Regione e le organizzazioni sindacali riguardo alla rete ospedaliera. Noi abbiamo voluto, ed è stato accettato, il fatto che nel piano di riorganizzazione della rete ospedaliera fossero presenti sia gli accreditati pubblici, sia gli accreditati privati, perché non si può pensare di intervenire riconvertendo solo il pubblico.

Per arrivare ai parametri previsti dalla legge 405/02, ovvero quattro posti letto per acuti ogni mille abitanti, dovrete fare dei grossi tagli?

Non penso, perché ci sono realtà con il 7 per 1000 dei posti letto per acuti, ma in altre si è anche sotto il 4. Si dovrà fare un lavoro dettagliato, analizzando tutti i necessari parametri, come era già stato fatto al tempo della legge 31. Oltretutto la riconversione è legata alla politica del personale che in Lombardia, e anche nelle altre regioni, è piuttosto difficile, visto che le attuali leggi, nazionali e regionali, hanno portato a non sostituire il personale che ad ogni titolo lascia vacante un posto nelle aziende ospedaliere pubbliche. Questo vuol dire che in alcune realtà i medici faticano a garantire il servizio, e lo fanno attraverso turni, straordinario o personale "ad ore".

La regione Lombardia dovrà assumere altri medici?

Attualmente i posti rimasti scoperti vengono occupati con delle deroghe: si fa la domanda, corredata di adeguate motivazioni, e l'Assessorato dà la deroga. È un meccanismo lento, che non consente di intervenire adeguatamente e dunque, mentre in alcune realtà metropolitane ci sono senz'altro degli esuberanti, molte realtà periferiche sono invece in sofferenza. La politica regionale tende a non assegnare posti che in teoria potrebbero essere poi dismessi in seguito alla riorganizzazione della rete, ma se oltre che della quantità delle prestazioni vogliamo cominciare a parlare di qualità, occorre che si pensi ad un organico e ad una politica del personale differente.

Recentemente la Corte dei Conti ha messo in rilievo il deficit della sanità lombarda.

E infatti stanno aumentando i controlli regionali sulla spesa. L'importante è che non ci sia squilibrio di regole tra pubblico e privato: volume di spesa concordato, qualità delle prestazioni, valutazione dei Drg devono essere uguali per tutti. Ora è così, ma qualche anno fa le cose andavano diversamente, lo abbiamo visto anche sui giornali. Noi dobbiamo spingere verso la massima razionalizzazione, creando regole uguali per tutti, pubblico e privato accreditato, ma soprattutto migliorando la qualità. Non sono d'accordo ad esempio con chi dice che alcuni Drg erogati in grandi centri di eccellenza devono essere pagati di più rispetto agli stessi Drg erogati in strutture non d'eccellenza, ma ugualmente di buon livello. D'altra parte però bisogna poter valutare tutti i fattori: i Drg sono uguali, ma alcune strutture pubbliche o private non hanno l'urgenza-emergenza, mentre altre hanno la rianimazione, l'unità coronarica e il pronto soccorso, tutte cose che costano molto.

Il prossimo rinnovo contrattuale vedrà senz'altro uno sviluppo della contrattazione regionale. Come dovrà essere utilizzata a suo parere?

Ci deve essere un quadro generale che garantisca, dalla Lombardia alla Sicilia, una sanità unica, come è già stato fatto con i Lea dal punto di vista delle prestazioni. Così a livello contrattuale ci deve essere una forte cornice nazionale, che poi lasci spazio ad un livello sia regionale che aziendale.

INTERVISTA A CARLO BORSANI, ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LOMBARDA

"Un Piano all'insegna della libertà"

Assessore Borsani, può illustrarci le linee strutturali del Pssr 2002-2004 recentemente approvato dal Consiglio regionale lombardo?

Il Piano sociosanitario della regione Lombardia, approvato dal Consiglio regionale il 13 marzo scorso, si caratterizza con il sottotitolo: libertà e innovazione al servizio della salute. Il Pssr si pone come reale strumento entro il quale trovano spazio, e si incontrano, sia la libertà di azione dei soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi sia la libertà di scelta del cittadino. Infatti la libertà di azione delle strutture e la responsabilizzazione aziendale è elemento caratterizzante per dare efficaci ed efficienti risposte ai bisogni socio sanitari. Per poter garantire questa libertà, favorendo lo sviluppo del sistema, risulta essenziale rivedere il ruolo che le varie componenti dovranno assumere all'interno del sistema: Regione, aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere, strutture private accreditate.

L'approvazione del Pssr è stato preceduta da una lunga battaglia politica in Consiglio e da una trattativa altrettanto lunga con le parti sociali. Quali sono state le modifiche più rilevanti introdotte in questa fase di dibattito?

Il confronto con le associazioni e le parti sociali, a volte anche serrato, è stato improntato da parte dell'assessorato alla massima disponibilità ad accogliere suggerimenti ed anche critiche, consapevoli dell'importanza che un tale documento venisse condiviso e discusso con il più ampio numero di operatori del mondo sanitario. Certo non abbiamo ceduto, soprattutto in sede di discussione consiliare, ai tentativi dell'opposizione di stravolgere il significato del Pssr che intende proseguire nel solco tracciato dalla legge regionale 31/97 riguardante il riordino del sistema sanitario regionale.

Gli emendamenti apportati al testo originario riguardano i seguenti aspetti:

- è stato riproposto il ruolo della Commissione consiliare e del Consiglio là dove si sono riscontrate rilevanti valenze programmatiche;
- è stato ulteriormente specificato il ruolo del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta secondo quanto richiesto espressamente dalle rappresentanze sindacali di categoria e dagli ordini professionali, mantenendo la possibilità di sperimentare i "gruppi delle cure primarie";
- è stato specificato il ruolo e il significato della Fondazione in relazione alla trasformazione giuridica di alcune aziende ospedaliere ed al mantenimento delle garanzie in essere nei confronti dei dipendenti;
- in materia di esternalizzazione dei servizi da parte delle Asl è stato previsto che per il triennio di vigenza del Piano non si procederà ad esternalizzare i servizi afferenti alla prevenzione e alla veterinaria, fatto salvo quanto già previsto da norme regionali, nazionali e comunitarie;
- è stato specificato il ruolo integrativo rispetto al Ssn di possibili mutue e assicurazioni;
- è stato integrato il paragrafo sulla ricerca sviluppando ulteriormente temi emergenti quali la genetica, la trapiantologia, le neuroscienze.

Sono state, inoltre, accolte le integrazioni ed i suggerimenti delle so-

cietà scientifiche ed ampliati i progetti innovativi con alcune patologie ad alto impatto sociale.

La Corte dei Conti ha evidenziato come i bilanci della sanità lombarda siano pericolosamente in rosso. Quali sono a suo parere le cause e quali i possibili rimedi?

Come è noto, la maggior parte delle regioni italiane ha registrato disavanzi di gestione sulla spesa sanitaria per l'anno 2001. Non è che le Regioni spendano troppo in campo sanitario, ma esse si sono trovate di fronte ad un'eredità pesante in termini di deficit ed ad una cronica sottostima del reale costo della sanità in Italia. Senza contare che alcune funzioni, ad esempio i contratti di lavoro, sono ancora di pertinenza nazionale e quindi di difficile controllo a livello regionale. La Regione Lombardia ora spende circa il 4,6% del Pil regionale per la sanità, con un disavanzo per l'anno 2001 di 223 milioni di euro, mentre la media nazionale si attesta sul 5,65% del Pil. È quindi necessario da un lato proseguire nell'azione di razionalizzazione delle risorse evitando gli sprechi, ma dall'altro arrivare ad un sistema che comporti la possibilità di trattenerne in Regione una buona parte della ricchezza ivi prodotta, pur facendo salvo il principio di solidarietà con le altre regioni italiane.

Il vostro piano prevede l'accreditamento, con pari dignità, dei soggetti erogatori pubblici e privato. Ciò significa che le strutture private dovranno anche seguire le direttive di programmazione sanitaria, ad esempio per quanto riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera?

Il Consiglio ha votato un ordine del giorno che impegna la Giunta a produrre, entro sei mesi dalla data di approvazione del Pssr, un documento che espliciti criteri e modalità operative di tale riordino e a questo documento stiamo già lavorando. Attualmente il tasso di posti letto ordinari per 100 abitanti è pari al 5,2 su base regionale di cui lo 0,6 per la riabilitazione. Quindi, in base alla legge 405/01, il numero di letti da ridurre è pari a 5.400, di cui circa 1500 p.l. verranno convertiti in posti di riabilitazione per raggiungere l'uno per mille previsto dalla stessa legge. La riduzione dovrà avvenire armonicamente su tutto il territorio regionale, coinvolgendo sia le strutture pubbliche che quelle private attraverso una revisione dei contratti che ogni Asl contrae con gli enti erogatori insistenti sul proprio territorio: parte di questi letti infatti non saranno eliminati, ma potranno essere utilizzati per la libera professione e non essere quindi più a carico del sistema sanitario regionale.

Quale ruolo dovrà avere il livello regionale dei contratti di lavoro?

È necessario che le Regioni assumano un ruolo di cerniera e di armonizzazione tra quello che sarà il quadro stabilito a livello nazionale e la contrattazione aziendale, concordando con le parti sociali gli aspetti che permettano una reale valorizzazione delle risorse umane, agendo in particolare sulla materia degli istituti incentivanti. Nel dibattito che in questi giorni vede impegnate le varie componenti le Regioni hanno il compito di acquisire gli strumenti che permettano loro di arrivare ad una graduale autonomia anche su questo tema, completando così il processo di piena devoluzione al governo regionale della materia sanitaria.



Abruzzo

LA SANITÀ NELLA REGIONE ABRUZZO

Verso una sanità più vicina ai bisogni del cittadino

di Maria Gullo

PER UN PROGETTO DI VITA ALL'INTERNO DELLA SANITÀ, IL VIA A UNA PROGRAMMAZIONE CHE NON RESTI PAROLA MORTA MA CHE SIA CONCRETAMENTE REALIZZABILE. CON ATTENZIONE PRIORITARIA AGLI ANZIANI, ALL'EMERGENZA E ALLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE MA ANCHE, NECESSARIAMENTE, AL CONTROLLO DI UNA SPESA IN FORTE DISAVANZO. A PARTIRE DALLA LOTTA ALL'INAPPROPRIATEZZA E AGLI SPRECHI.

Una regione che crede fermamente, come ha sottolineato più volte l'assessore alla sanità Stuart, nell'importanza di non ricorrere alla leva fiscale per colmare il deficit, di non irrilevante entità, creato dalla spesa sanitaria di questi anni. E se il 25 luglio scorso i ticket hanno fatto la loro comparsa anche in Abruzzo, il provvedimento neonato è già finito al riesame della giunta (molteplici i ricorsi per presunta incostituzionalità al Tar, che si pronuncerà il 23 ottobre prossimo) a causa delle forti opposizioni suscitate tra sindacati e associazioni, anche per via dell'obbligo per il cittadino di dichiarare il proprio reddito in farmacia. Violazione del diritto alla privacy? Le nuove misure abruzzesi di partecipazione alla spesa farmaceutica prevedono infatti la differenziazione a seconda delle fasce di reddito di appartenenza, con contestuale previsione di categorie esenti. Intanto comunque la giunta ha modificato la delibera con una rettifica che prevede, tra l'altro, l'esenzione per le patologie croniche, nonché un abbassamento del reddito per gli over70.

In realtà l'Abruzzo sta scontando un rallentamento burocratico legato alle note irregolarità nelle scorse elezioni regionali, che di fatto hanno bloccato i lavori e la programmazione per circa un anno. E se da un lato, secondo una recente indagine del ministero della Salute sui servizi diagnostici per immagini nelle strutture pubbliche italiane, il maggior numero di apparecchiature obsolete (acquistate più di 15 anni fa) si troverebbero proprio in Abruzzo, seguito da Marche e Calabria, dall'altro la regione sta lavorando alacremente per riguadagnare terreno.

La Giunta, durante l'esame delle linee guida propeedeutiche al nuovo Piano sanitario regionale, ha dichiarato tra l'altro di voler dare una forte spinta alla ristrutturazione della rete ospedaliera. Sono stati integrati 184 milioni di euro nel fondo per l'istituzione di borse lavoro a favore dell'utenza psichiatrica e delineati nuovi indirizzi e linee guida per le attività di assistenza domiciliare, tra cui bandire gare per la realizzazione di una rete informatica regionale di controllo domiciliare per pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica, al fine di fornire e gestire l'assistenza tecnica e il servizio di ossigenoterapia domiciliare. Altro "progetto forte" riguarda gli hospice "nell'ottica di un progetto di vita all'interno della sanità, che dovrebbe essere il suo scopo principe spesso dimenticato" come ha tenuto a precisare l'assessore

Stuart. Forte impulso anche all'informatizzazione con la realizzazione, prevista entro 6 mesi, di un portale della sanità che permetta una rete di comunicazione costante tra gli operatori tutti.

La stesura del nuovo piano sanitario in via di attuazione è stata preceduta da un'analisi tecnica scrupolosa dell'attuale situazione della rete e dei servizi socio-sanitari tutti. Con dati sull'inappropriatezza non proprio confortanti che pongono la lotta agli sprechi al primo posto come strumento per combattere il disavanzo e nella corsa all'efficienza del sistema.

E con un leit motiv nelle proprie scelte che è quello di creare una sanità il più vicina possibile ai bisogni del cittadino, con efficienza ma anche con rispetto e discrezione verso le situazioni più cariche di disagio socio-sanitario.

AZIENDE ASL

Le vicende sulla validità delle elezioni regionali hanno bloccato l'iter degli atti aziendali di ogni Asl. Recepati i dati tecnici sull'inappropriatezza e partita la razionalizzazione, da lì scaturiranno anche i nuovi sistemi gestionali.

AZIENDE OSPEDALIERE

Razionalizzazione ospedaliera avviata sui criteri base di qualità e appropriatezza, con un processo di conversione, che vede al suo centro le vocazioni dei singoli ospedali, i poli cioè cosiddetti di eccellenza, però ancora in stato embrionale. Liste d'attesa. L'appropriatezza è vista come l'unico valido strumento di soluzione dell'annosa questione

ASSISTENZA TERRITORIALE

Si è puntato molto quest'anno proprio sul potenziamento del territorio. Si è stabilito l'investimento nell'emergenza, per il completamento della rete di 118, individuato come obiettivo prioritario per la protezione tout court del cittadino.

Distretti. Sono circa 72, alcuni già perfettamente funzionanti, con punte di eccellenza quali Francavilla a mare.

Assistenza domiciliare. Delineate nuove linee guida, in particolare la realizzazione di una rete informatica regionale di controllo domiciliare per pazienti con insufficienza respiratoria cronica, incluso il servizio di ossigenoterapia domiciliare.

Informatizzazione. Un portale della sanità sarà pronto in qualche mese per collegare in modo continuo e in tempo reale il personale medico ed esteso ai farmacisti.

APPROPRIATEZZA

Parola d'ordine per risanare il bilancio abruzzese: la lotta agli sprechi resta lo strumento principe di cui intendono avvalersi le istituzioni regionali. Dai dati tecnici raccolti, ad oggi negli ospedali pubblici si verificano circa il 20% di ricoveri inappropriati, e la cosa riguarda ben il 50% delle cliniche private.

PIANO SANITARIO REGIONALE

In via di stesura il nuovo Piano 2003-2005, con l'obiettivo prioritario di venire incontro ai bisogni della popolazione. Una programmazione in nome della concretezza e della reale possibilità di realizzazione. A partire dalla situazione delle patologie oncologiche, dell'invalidità, del disagio e della salute mentale.

CONTRATTI AZIENDALI

La contrattazione non si è ancora sbloccata. La maggior parte delle aziende non ha completato l'applicazione della 229; i dipartimenti di fatto non sono partiti, in molte aziende sono solo accennati; le posizioni non sono state fatte.

Il problema non risiede certo nell'unitarietà sindacale: l'Anaa conta nella regione la più alta percentuale di adesioni di tutto il territorio (80%).

Abruzzo

Popolazione: 1.200.000 abitanti

Aziende Asl: 6

Aziende Ospedaliere: 6

Medici dipendenti del Ssn: 15.732

Medici in convenzione: Medici di base . . . 1068

Pediatri 185

Specialisti 172

Più concretezza e maggiori sinergie

**INTERVISTA A COSIMO NAPOLETANO
SEGRETARIO ANNAO ASSOMED
PER L'ABRUZZO**

Dottor Napoletano, qual è l'obiettivo della sanità nella vostra regione e la vostra posizione nei confronti della svolta federalista?

Noi ribadiamo con forza, e lo abbiamo fatto anche in occasione dell'ultimo Congresso regionale, la centralità del malato nel nostro impegno di medici, all'interno di un sistema sanitario pubblico e soprattutto sempre più efficiente.

Ma per questo alcuni elementi di base sono necessari. Il federalismo sanitario ci trova disponibili ma a patto che tutte le regioni ripartano dallo stesso punto per avviare la gestione federale e regionale della salute pubblica.

È la conditio sine qua non affinché il federalismo non sia penalizzante per chi, come l'Abruzzo, è stato già penalizzato nel corso degli anni a favore di zone dove gli investimenti sono stati di gran lunga maggiori.

Per decenni al Nord si sono acquistate strumentazioni e aperti nuovi ospedali tanto da creare i flussi migratori che ben conosciamo. E adesso all'improvviso ci viene chiesto di fare ognuno per sé?

Regolarmente, come emerge anche dall'indagine svolta da "Prometeo", gli sfondamenti di queste regioni sono stati ripianati con dei piani ad hoc.

Una torta divisa non in base alla popolazione ma allo sfioramento dei singoli budget.

Lo stesso errore rischiamo di farlo ora. Il nostro auspicio è che si voglia ripianare in modo da far ripartire tutte le regioni dallo stesso punto.

I Lea non saranno mai così uguali in tutto il Paese se prima non andiamo a correggere questa situazione.

Bisogna permetterci di recuperare almeno una parte del credito perso perché possiamo essere competitivi con le regioni del nord.

Come faccio a creare un Centro tumori o un Centro trapianti in Abruzzo quando ci vogliono anni, formazione, strumentazione, insomma soldi.

Ma non posso neanche pensare che gli italiani vengano trattati diversamente nella struttura pubblica a secondo della regione in cui vivono.

Quali sono i rapporti in cui operate con istituzioni regionali e aziendali?

Fatto salvo il problema elettorale che ha investito la Giunta, il punto è che in sanità ci vuole molta esperienza. Noi abbiamo bisogno di persone fatiche, per accorciare i tempi decisionali. Altrimenti tra polemiche e rotture i programmi non si ridigono mai.

Chiediamo più concretezza. Inoltre, nonostante il buon dialogo sia con l'assessorato che con la dirigenza aziendale, ci sentiamo fuori dal discorso organizzativo e chiediamo partecipazione.

A volte ci ritroviamo ad intervenire, specialmente nelle aziende, su delibere esecutive senza che ci sia stata concertazione alcuna con le associazioni sindacali. La situazione non è rosea.

A tutt'oggi le posizioni non sono state fatte, i dipartimenti in molte aziende sono solo accennati: in pratica sono stati definiti i contenitori ma non i contenuti. Ci sono delle mancanze anche formali e questo non rende certo il rapporto della regione col personale della dirigenza medica soddisfacente. Le risorse aggiuntive regionali sono ferme da anni: nel '99 siamo riusciti a fatica ad attuare l'obiettivo del '96. Nessuno ci ha invitato a partecipare al tavolo delle decisioni, e anche sul nuovo piano sanitario ci troveremo a dire qualcosa a cose fatte.

Le vostre aspettative per il nuovo Piano sanitario?
Nel nuovo piano regionale vorremmo trovare risposte già annunciate molte volte.

La rete ospedaliera va riorganizzata, sulla base delle vocazioni esistenti, assicurando un livello di assistenza di serie A a tutti ma relativo alla propria specialità.

Nella conversione siamo a zero. Il dipartimento specialistico deve essere al massimo lì dove nasce, ma non posso moltiplicare i centri o su una popolazione di un milione e 200 mila abitanti faccio un danno enorme.

Il punto è distribuire meglio le risorse e le strutture pur mantenendo l'alta qualità generalizzata.

Un esempio?

Non abbiamo un centro di oncologia ed è stata fatta la quarta neurochirurgia. Se mancano i centri di eccellenza e devi mandare la gente fuori, rischi più facilmente lo sfondamento, anche nella farmaceutica.

Per una rete efficiente la prima cosa da completare, per portare un pari livello di assistenza nelle varie zone di questa regione, è la rete del 118.

Razionalizzazione e appropriatezza sono gli strumenti giusti?

Sì. Ad esempio si accredita senza criterio. La nostra è una delle poche regioni che finanzia con fondi finalizzati l'attività delle case di cura, anche se accreditate.

Ci vuole maggior chiarezza nei rapporti tra regione e ospedalità privata.

Il 50% degli ospedali privati ricoverano in modo inappropriato.

Negli ospedali pubblici si registra circa il 20% di ricoveri inappropriati ma mentre noi abbiamo avuto i sovvenzionamenti ad personam, lì ci sono i Drg: tutte le cliniche private a Drg hanno sfondato ancor di più il loro budget e hanno preso dal pubblico, affondando ulteriormente il fondo sanitario nazionale.

Maggior trasparenza anche con le strutture universitarie: posizioni di partenza paritarie sia a livello economico che di diritti.

**INTERVISTA AD ARTURO STUART,
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE ABRUZZO**

Lotta agli sprechi per non gravare sui cittadini

Assessore Stuart, il problema della spesa - e i conti dell'Abruzzo risultano essere in rosso come ha evidenziato recentemente la Corte dei Conti - influenza pesantemente le scelte di indirizzo dei sistemi sanitari regionali. A che punto siete?

I risultati dell'aver posto sotto controllo la spesa sanitaria iniziano a vedersi: abbiamo un trend in discesa e cominciamo a risparmiare. La nostra ferma intenzione è di non ricorrere in alcun modo alla leva fiscale ma di agire attraverso una politica aggressiva sugli sprechi e sulla razionalizzazione del sistema. Il ricorso al ticket si è rivelato necessario. Contenere la spesa farmaceutica nella nostra regione è un atto indifferibile e introdurre una forma di compartecipazione alla spesa consente la temporanea esclusione del ricorso a imposizioni fiscali. Il nostro obiettivo è un risparmio immediato ma tale da comportare un aggravio rispettoso delle situazioni più disagiate.

Infatti la delibera di luglio sui ticket, che comunque prevedeva già esenzioni e la determinazione di costo crescente in base al reddito, è stata ulteriormente modificata in questi giorni con l'introduzione di nuove corpose esenzioni. Il nostro filo conduttore resta quello di non gravare sul cittadino, di non scaricare sulla gente i problemi del sistema.

Su quali strumenti rilevanti puntare per attuare gli obiettivi preposti?

Vogliamo far sì che il sistema abbia più consapevolezza, vogliamo puntare sulla qualità dei servizi. Certi che il contenimento non si ottiene soltanto utilizzando la leva fiscale. Prima di tutto va valutato il dato tecnico (noi abbiamo avuto prima dell'estate i primi dati sull'inappropriatezza e sulla spesa farmaceutica): sono le cifre che avvicinano le parti politiche, che costituiscono la base su cui prendere qualsiasi decisione.

Quindi abbiamo steso delle linee guida su temi per noi prioritari, come la conversione ospedaliera. Ora stiamo per redigere il nuovo piano sanitario, un piano che vogliamo sia concretamente attuabile, con degli obiettivi per cui esista la necessaria copertura finanziaria e che non debbano restare poi parola morta. Partiremo dalle problematiche più gravi, come la situazione degli oncologici per poi arrivare a una politica di più lungo termine su altre questioni.

Quali sono le emergenze sul vostro territorio?

I punti cruciali del nostro sistema sanitario sono individuabili nell'area della salute mentale, nel materno infantile. Per il 2003 lavoreremo certamente sugli anziani, in particolare sull'invalità e sull'oncologico.

Solo per il settore dell'invalità abbiamo bisogno di 50 milioni di euro. Un altro nostro "progetto forte" riguarda gli hospice: la nostra ottica è di portare avanti un progetto di vita all'interno della sanità, che dovrebbe essere il suo scopo principe ma viene spesso dimenticato.

Quest'anno abbiamo investito nell'emergenza, con la rete di 118: il completamento della rete di urgenza ed emergenza, tramite anche la realizzazione anche del Centro traumatologico ospedaliero, è stato individuato come obiettivo prioritario, avendo come idea principale la protezione del cittadino.

Le nostre linee guida vertevano infatti su un punto fondamentale che è il potenziamento del territorio, dell'assistenza territoriale.

Tutto questo convergerà nel nuovo Pssr? Quali saranno le linee strutturali della programmazione e qual è lo scopo ultimo dei cambiamenti in atto?

Certamente, stiamo mettendo a punto il piano per il triennio 2003-2005. L'introduzione del ticket è incluso nella necessità di perseguire una politica condivisa a livello nazionale, perché pensiamo sia importante seguire un progetto condiviso.

Nella nuova programmazione resteremo fondamentalmente in linea con i contenuti del piano sanitario nazionale.

Ma soprattutto l'esortazione ai tecnici è stata di porre in evidenza i problemi legati all'accoglienza alla vita, agli anziani, all'area del disagio e della patologia mentale, alle patologie oncologiche, che, come dicevamo, sono i settori in cui ci sentiamo maggiormente carenti. In merito al potenziamento dell'assistenza territoriale abbiamo intanto curato il completamento della rete di urgenza ed emergenza, tramite la realizzazione anche del Centro traumatologico ospedaliero.

Il nostro filo conduttore è creare una sanità più vicina ai bisogni del cittadino, con efficienza, discrezione nelle situazioni più difficili e rispetto delle condizioni più disagiate.

AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA - POLICLINICO

Proposta per le posizioni professionali e relativa retribuzione

La graduazione delle posizioni funzionali da parte della Direzione generale dell'Azienda Ospedaliera Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, ha sollevato numerose proteste da parte della dirigenza medica dell'azienda: 90 professionisti appartenenti a 14 dipartimenti con maggiori incidenze nell'area radiologica, medicina interna ed invecchiamento, nefro-urologia ed oncologia, hanno dato mandato alla segreteria aziendale dell'Anao Assomed di tutelare i propri diritti. In una lettera inviata al direttore generale, Paolo Cacciari sottoscritta anche da altre sigle sindacali, è stato denunciato il forte divario, a parità di competenze, tra le opportunità offerte ai professionisti ospedalieri rispetto a quelli universitari. A quest'ultimi, infatti, inferiori in numero per circa 2/3 rispetto all'intera dirigenza medica ospedaliera, è stato assegnato un numero di incarichi maggiormente rilevanti.

La disparità imposta è priva di supporto giuridico, oltre che di quello tecnico, poiché in nessun documento aziendale è riportata la minore efficienza assistenziale della dirigenza medica ospedaliera rispetto a quella dei colleghi universitari.

L'incarico professionale, proposto dal responsabile di Struttura Complessa, è conferito dal Direttore generale con atto scritto e motivato, previa valutazione positiva del Collegio Tecnico. Con questa modalità di affidamento d'incarico si supera il precedente contratto individuale, qualora esistente.

Tutto ciò ha portato i medici dirigenti, anche con 30 anni di esperienza altamente qualificata, sia sul piano tecnico che organizzativo, ad un inquadramento assolutamente inadeguato ed offensivo. Infatti, il Regolamento aziendale, nel momento in cui impone una classificazione in categorie per i medici dirigenti, ben sei livelli, finisce per predisporre disparità di valutazioni formale sulle capacità professionali dei singoli medici.

Le categorie individuate (B1, C4, C3, etc..) corrispondono sia ad ambiti di esercizio dell'autonomia tecnico professionale che ad ambiti di responsabilità.

Inoltre la suddivisione delle classi professionali individuate ed ulteriormente distinte, al loro interno, in fasce anche economiche, ha diffusamente indotto un'interpretazione arbitraria del meccanismo di formazione della decisione tecnica all'interno delle équipes, portando a ritenere

che una decisione presa da un C1 possa essere rivista da un C2 e così via. In sostanza le proposte relative alla graduazione delle posizioni effettuate dai Collegi Tecnici, inquadrate nel Regolamento Aziendale e approvate dalla Direzione Aziendale, hanno provocato casi di sovra e sotto ordinazione nella formazione della decisione da parte del dirigente medico di primo livello. Chiaramente il Ccnl non è d'accordo, e chiarisce nell'art.27, comma 2, che la tipologia degli incarichi non è altro che una mera elencazione e che questa non può configurare rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi. Il percorso della Direzione Ospedaliera, secondo il Regolamento Aziendale (RA), è quindi, in totale contrasto sia con il Ccnl, che riduce la tipologia degli incarichi a quattro categorie, che con i sindacati.

Le organizzazioni sindacali hanno proposto una risoluzione più consona alla dignità professionale dei dirigenti medici, nel rispetto del Ccnl, riassumibile in sei punti:

- 1) riduzione della tipologia degli incarichi a 4 categorie (Art. 27 Ccnl): "a- incarico di direzione di struttura complessa, b- incarico di direzione di struttura semplice, c- incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, d- incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di 5 anni di attività;"
- 2) chiara definizione nei contratti della non sovra o sotto ordinazione degli incarichi professionali;
- 3) incremento del numero degli incarichi di struttura semplice e di alta professionalità più realistica e nel rispetto delle realtà consolidate nel Policlinico;
- 4) riduzione della forbice retributiva degli incarichi di struttura semplice (B), di alta specializzazione (C+), di specializzazione (C unificato senza, cioè, le distinzioni attualmente inserite nel RA) non superiore ai 2600 euro annuali tra le differenti tipologie (B>C+>C). (Si allega, per migliore comprensione un prospetto comparativo, anche economico, con la proposta aziendale);
- 5) compenso forfettario annuale per gli incarichi da conferirsi ai dirigenti con meno di 5 anni di anzianità di servizio di 1600 euro;
- 6) eliminazione delle fasce previste dal RA.

I sindacati chiedono una maggiore attenzione da parte dei Collegi tecnici sui giudizi formulati sui dirigenti medici, che devono tenere in considerazione il loro curriculum formativo professionale, che copra un arco di tempo più vasto degli ultimi cinque anni.

Infine le organizzazioni sindacali chiedono l'apertura di un dialogo anche sull'Ecm (formazione permanente in medicina) che costituisce già un importante punto di dibattito per tutti, sindacati, medici ed amministrazioni.

Il testo integrale della lettera è disponibile sul sito www.anao.it

Proposta aziendale

-	A1	Min	Att	B1	Min	Att	C4	Min	Att	C1+C2+C3	Min	Att	D2+D1+D0	Min	Att	-	-	-
13	8	21.819	42.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
12	21	21.819	39.000	-	-	-	2	13.888	39.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	3	21.819	36.000	3	19.625	36.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
10	-	-	-	7	19.625	33.000	17	13.888	33.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	-	-	-	4	19.625	31.000	33	13.888	31.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	8	19.625	29.000	22	13.888	29.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	-	-	-	-	-	-	17	13.888	27.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	2	13.888	25.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	138	13.888	21.000	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	114	13.888	18.000	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	142	13.888	15.000	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	6.855	11.000	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	6.855	8.500	-	-	-
0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	6.855	6.855	-	-	-
Totale	32	698.221	1.263.000	22	431.741	695.000	93	1.263	2.809	394	5.471.872	7.080.000	119	815.745	933.720	660	8.681.418	12.824.713

Proposta ANAAO ASSOMED

-	A1	Min	Att	B	Min	Att	C+	Min	Att	C	Min	Att	D	Min	Att	-	-	-
-	-	21.819	36.000	-	19.625	31.000	-	13.888	26.000	-	13.888	18.625	-	6.855	10.000	totale inc	-	-
Totale	32	-	1.152.000	22	-	682.000	93	-	2.418	394	-	7.338.250	119	-	1.190.000	660	8.681.418	12.824.713
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	Avanzi	111.000	-	-	13.000	-	-	391.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Disav	-	-	Disav	-	DIS Tot	-
-	-	-	-	-	-	-	-	AVTot	515.000	-	-	258.250	-	-	256.280	DISTot	514.530	-

NAPOLI - AZIENDA SANTOBONO/UNIVERSITÀ

Le condizioni per la convenzione

Il segretario regionale dell'Anao Assomed Campania, Carlo Melchionna, ha inviato all'assessore regionale alla Sanità, Rosalba Tufano, una nota in cui si chiede il rispetto di alcune condizioni per la stipula della eventuale convenzione tra l'azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon di Napoli e l'Università Federico II. Pur ritenendo valida l'idea di costituire un polo pediatrico di eccellenza presso l'A.O. Santobono - Pausilipon e di formulare una convenzione tra l'Azienda e l'Università, l'Anao Assomed ritiene opportuno che venga anzitutto stipulata la Convenzione Università-Regione

(integrata nel Piano Ospedaliero Regionale) e che venga istituito un tavolo tecnico, costituito dall'assessore regionale alla Sanità, dal preside di Facoltà, dal direttore generale e dai rappresentanti dell'Associazione per elaborare uno Statuto che sia propedeutico alla modifica dello stato giuridico dell'Azienda Santobono - Pausilipon.

Inoltre devono essere definiti l'entità dei fondi stanziati dall'Università e quelli stanziati dall'A.O.; i compiti assistenziali, di ricerca e di didattica dei dirigenti medici dell'A.O. e dei dirigenti medici dell'Università; i meccanismi di messa in rete dell'istituendo Polo Pediatrico di eccellenza con le altre strutture pediatriche della Regione Campania.

Qualsiasi iniziativa non in linea con quanto da noi richiesto - si legge a conclusione della nota - ci vedrà costretti ad avviare iniziative legali e ad indire lo stato di agitazione dell'intera categoria regionale da noi rappresentata.

FEDERALISMO UN ANNO DOPO

La "dissociazione istituzionale"

A un anno dall'avvio della devoluzione dei poteri centrali, cosa realmente è cambiato nei rapporti tra centro e periferia? Si tenta un primo bilancio per quanto riguarda la ridefinizione dell'organizzazione sanitaria nelle Regioni e dei rapporti tra Governo ed Enti locali

di Cesare Fassari*

A un anno dall'avvio della devoluzione dei poteri centrali, cosa realmente è cambiato nei rapporti tra centro e periferia? Si tenta un primo bilancio per quanto riguarda la ridefinizione dell'organizzazione sanitaria

Il 7 ottobre è trascorso un anno dal referendum confermativo della riforma del titolo V della Costituzione che ha dato il via alla prima grande ridefinizione in chiave federalista degli assetti istituzionali della Repubblica italiana.

Le novità per il sistema sanitario si concentrano in due nuovi principi:

- le materie attinenti la tutela della salute sono oggetto di legislazione concorrente tra Stato centrale e Regioni;
- viene fissato il principio secondo il quale i livelli essenziali di assistenza (Lea), da garantire a tutti i cittadini residenti sul territorio nazionale, sono determinati dallo Stato che ha anche il compito di verificarne l'applicazione.

Per quanto riguarda il sistema di finanziamento restano in vigore le norme del Dlgs 56/2000, approvato precedentemente alla riforma costituzionale, che prevede:

- l'abolizione del Fondo sanitario nazionale, sostituito da una compartecipazione al gettito nazionale dell'Iva, dall'aumento dell'addizionale regionale Irpef dello 0,4% e della quota sulle accise della benzina. Tali entrate si vanno ad aggiungere sia ai tributi regionali già previsti che alla possibilità di inserire forme locali di compartecipazione alla spesa dei cittadini;
- la costituzione di un fondo di perequazione (in vigore fino al 2013) per garantire la sostenibilità economica dei livelli essenziali di assistenza a quelle Regioni che risultassero non autonome dal punto di vista della capacità contributiva in sede locale.

In proposito, tuttavia, occorre rilevare come il maggior "peso" delle Regioni sembra aver amplificato le storiche difficoltà nella gestione delle politiche economiche e finanziarie del comparto, a partire dalla fase di riparto delle risorse a inizio anno dove la logica dei veti incrociati ha di fatto impedito la definizione della ripartizione delle quote regionali sia per il 2001 che per l'anno in corso.

Per quanto concerne, infine, le "regole" generali del sistema sul piano dell'organizzazione e della gestione,

restano in vigore le norme del Dlgs 229/1999, più noto come "riforma Ter", anch'esso approvato prima della riforma federalista, ed anzi connotato per un forte richiamo al ruolo di indirizzo, vigilanza e controllo dello Stato sull'operato delle Regioni.

Il quadro generale emergente dall'insieme di questi provvedimenti, presenta così un Servizio sanitario nazionale regolato tuttora dall'ultima riforma sanitaria, ma con la potestà delle Regioni di scegliere e attuare diversi modelli assistenziali, come testimoniato dai primi Piani sanitari regionali varati dopo il referendum costituzionale.

La mancata armonizzazione tra queste normative sta, tuttavia, dando luogo a crescenti disfunzioni istituzionali individuabili soprattutto:

- nella mancanza di una chiara determinazione dei principi di tutela della salute che necessariamente devono restare sotto la responsabilità dello Stato centrale al fine di garantire pienamente l'uguaglianza del diritto alla salute in tutte le realtà del Paese (in questo senso i Lea non sono sufficienti di per sé a sostenere tale garanzia);
- nella mancanza di un organismo istituzionale "super partes" che affianchi operativamente il ruolo politico di indirizzo della Conferenza Stato-Regioni e accompagni l'intero processo di devoluzione monitorandone i risultati sul piano economico e sociale;
- nelle carenze dell'attuale norma sul federalismo fiscale (Dlgs 56/2000) che ha indebolito la responsabilità primaria dello Stato in riferimento alla creazione di un Fondo di solidarietà garantito dalla fiscalità generale per fronteggiare le perduranti disparità economiche e strutturali tra una Regione e l'altra, essendosi scelto come compenso delle disuguaglianze la solidarietà tra le Regioni e non l'intervento diretto dello Stato centrale.

L'insieme di tali disfunzioni ha provocato una sorta di "diaspora" legislativa a livello regionale, cui ha fatto riscontro una progressiva fibrillazione legislativa a livello nazionale, tale da configurare una situazione di reale incertezza sull'effettiva direzione delle politiche sanitarie del Paese.

In questo senso vanno letti i provvedimenti adottati dalle diverse regioni in materia di assistenza farma-

ceutica che sembrano confermare le peggiori previsioni sulla costituzione di 21 regimi assistenziali che pongono effettivamente il cittadino italiano su piani di diritto divergenti a seconda del luogo di residenza.

Lo stesso dicasi per i citati interventi di natura fiscale, anch'essi adottati senza alcun coordinamento tra una Regione e l'altra.

D'altro canto sembrano emergere tentativi di indirizzo nazionale su alcuni aspetti, come quello dello status giuridico del personale sanitario medico e sulla sperimentazione di modelli di assistenza mutualistici integrativi e sostitutivi, che rendono ulteriormente complesso il quadro di riferimento.

In sostanza ad un anno dal varo della legge sul federalismo il Paese sembra rispondere con sbandate simmetriche che da un lato, con i provvedimenti regionali, intendono rafforzare la logica della devoluzione totale e dall'altro, con i progetti del Governo nazionale, riorientare il sistema verso una logica di indirizzi nazionali su alcune questioni dirompenti come il contratto del personale sanitario o l'assistenza alla popolazione anziana e ai malati cronici.

Non appare azzardato, pertanto, sostenere che il sistema sanitario italiano si trovi oggi in una situazione di "dissociazione istituzionale" tra spinte ultra-devoluzioniste e tentativi di neo-centralizzazione.

A poco sembrano valere i tentativi, più socio-interpretativi che altro, di offrire "etichette" tranquillizzanti al processo federalista, come quello, apparentemente sposato sia dalla maggioranza della maggioranza che dall'opposizione, di un "federalismo solidale", tale cioè da coniugare le opportune autonomie con il mantenimento di un principio etico di solidarietà nazionale tra Regioni avanzate e Regioni arretrate.

E non è un caso che iniziano a prendere forma forti prese di posizione contrarie a tale "dissociazione" come quella delle professioni sanitarie nel loro complesso che hanno dato vita ad un Comitato di sostegno e rilancio del Ssn sostenuto dagli Ordini professionali di medici e infermieri, da diverse associazioni di cittadini e dai principali sindacati professionali dell'area sanitaria.

Nel manifesto costitutivo del Comitato, sottoscritto da centinaia di migliaia di cittadini durante una campagna di raccolta firme nei principali ospedali italiani e presso gli

studi dei medici di famiglia, si legge: "nonostante alcune inefficienze da correggere con decisione, il servizio sanitario italiano, oggi affidato alle Regioni che ne assumono a tutti gli effetti il controllo e la gestione, è la formula più giusta e coerente per garantire le stesse opportunità di cura e di assistenza a tutti gli italiani.

Ma proprio a seguito del federalismo e dell'annunciata devolution potrebbero crearsi regole e modelli di assistenza sanitaria, così diversi da una Regione all'altra, da rendere "diversi" anche gli italiani di fronte alla salute".

Questi gli obiettivi della raccolta firme del comitato:

- o avere Ospedali e ambulatori territoriali specialistici efficienti, sicuri e gratuiti in tutta Italia, ben dislocati sul territorio e con modalità di accesso garantite e uniformi;
- o avere il medico di famiglia e il servizio di guardia medica garantiti su tutto il territorio senza differenze di accesso;
- o avere assistenza infermieristica adeguata sia in ambito ospedaliero che nelle strutture territoriali;
- o avere un'assistenza farmaceutica garantita tramite le farmacie con regole valide in tutta Italia;
- o avere un servizio di prevenzione sanitaria pubblico che garantisca la qualità e la sicurezza degli alimenti, degli allevamenti e degli ambienti di vita e di lavoro;
- o avere operatori sanitari sempre più preparati, aggiornati e capaci di "ascoltare" e di "capire" i bisogni dei cittadini.

Obiettivi che sembrano essere ispirati dai "desiderata" degli italiani, emersi in diversi sondaggi d'opinione effettuati all'indomani della riforma federalista, compresi quelli realizzati dal Forum Censis nelle passate edizioni.

A seguito di tali forti prese di posizione, non riconducibili però ad uno schieramento politico e che, non a caso, hanno fatto registrare adesioni trasversali (il manifesto del Comitato ha ricevuto l'adesione sia dell'attuale Ministro della Salute che di diversi esponenti di spicco dell'opposizione), si sta cementando un fronte bipartisan di "pentiti" del federalismo che attraversa gli schieramenti di centro destra e di centro sinistra.

segue a pagina 16

REGNO UNITO

È giunta la prima task force di chirurghi stranieri: critici i chirurghi inglesi, favorevole il ministro

Il ministro della salute Alan Milburn ha stigmatizzato i timori espressi dal Royal College of Surgeons che la sicurezza dei pazienti possa venire minacciata dai chirurghi stranieri arrivati in Inghilterra per ridurre le liste d'attesa del servizio sanitario nazionale.

Milburn incontrando alcuni dei primi consulenti chirurghi arrivati per prendere parte all'iniziativa governativa, ha detto, "Questi sono medici europei altamente qualificati che faranno un lavoro di prima categoria per i pazienti del servizio sanitario nazionale e nel contempo contribuiranno ad alleggerire l'attuale pressione di carico di lavoro dei medici del servizio sanitario nazionale". Un portavoce del ministero della salute, più tardi, ha chiarito che il College non avrà nessun potere di veto sulla scelta dei chirurghi stranieri nei programmi locali. Ha detto: "Nessuno ha un potere di veto sulla riforma. I medici inglesi non potranno impedire l'opera delle autorità sanitarie locali intesa ad offrire ai pazienti un accesso più veloce e una assistenza di alta qualità come quella che può essere offerta dai gruppi di clinici stranieri".

Milburn ha istituito tre programmi-pilota: due a Londra e uno a South Tyneside, volti ad assistere più di 2000 pazienti nel corso dell'estate. Ha incontrato tre consulenti chirurghi provenienti da Italia, Belgio e Germania, che opereranno su pazienti in assistenza ambulatoriale e al centro diagnostico dell'ospedale Central Middlesex di Londra. Progetti analoghi sono in corso anche all'ospedale del distretto del South Tyneside. Il programma prevede che analoghe iniziative prendano il via in altre zone a settembre.

Il Royal College ha pubblicato lunghe indicazioni ai propri soci che potrebbero essere interessati ai programmi locali e che vogliono salvaguardie rigorose per i pazienti. Il presidente del College Sir Peter Morris ha avvertito: "Questo è un rimedio di breve periodo e sono preoccupato che questa iniziativa possa minacciare i criteri di qualità". Il College chiede assicurazioni affinché i medici stranieri vengano chiamati solo quando i chirurghi locali non siano in grado di fornire analogo trattamento, che il servizio di sostegno del servizio sanitario nazionale sia in grado di far fronte al carico di lavoro e che i pazienti possano rifiutarsi di partecipare al progetto. Le indicazioni stabiliscono che i titoli, la preparazione e l'esperienza dei medici stranieri rispondano ai normali criteri del servizio sanitario nazionale, che essi parlino un buon inglese, prendano parte ai controlli, alla formazione permanente e alla gestione ospedaliera e che siano assicurati contro potenziali cause per malpractice.

Charles Collins, presidente del gruppo del College che tiene i rapporti con i pazienti, ha detto che "Ci sono reali preoccupazioni in merito alla competenza, alle capacità e preparazione delle persone che vengono invitate a fare queste cose". Ha inoltre espresso la preoccupazione che i dottori provenienti dall'Europa meridionale possano iscriversi all'albo degli specialisti pur avendo fatto ben poca pratica. Ha aggiunto che le difficoltà nella comunicazione linguistica con i pazienti e con il personale possa indurre ad errori. A quanto risulta, alcuni chirurghi britannici temono che la loro attività privata possa essere messa in pericolo dall'arrivo di chirurghi dall'estero.

Alan Maynard, professore di economia sanitaria all'Università di York, ha detto che il College agisce come un monopolio locale che si trova a far fronte ad una minaccia di concorrenza. Ha concordato che il progetto crea preoccupazioni in materia di sicurezza, ma ha detto che la risposta sta nelle misure di valutazione dei risultati per tutti i chirurghi.

"Il College sostiene a più riprese che questi dottori sono inferiori; bene, occorre provarlo".

Nel frattempo, la British Medical Association si preoccupa che il finanziamento di queste equipe straniere non venga attinto dal bilancio principale del servizio sanitario nazionale. Un portavoce ha dichiarato che la Bma ha in corso trattative con il ministero della salute sull'impiego di queste equipe chirurgiche temporanee, e sull'uso permanente di equipe dall'estero che potrebbe realizzarsi nel corso dei prossimi 18 mesi.

IL PUNTO

Il futuro del rapporto medico-paziente: l'altra metà del cielo

di Alberto Andrion

All'inizio di settembre, un articolo de Il Sole 24 Ore informava che in Italia il numero delle donne medico continua a crescere. Si è passati dal 28% del 1998 al 31% del 2002 e, in alcune regioni, si è superato il 40%. L'articolo cita un altro dato ancora più eclatante: 6mila dottoresse nel 1964, quasi 110.000 attualmente. Oltre ad altre considerazioni riguardanti la carriera e il trend ad occupare posizioni un tempo prettamente maschili, l'articolo riporta una osservazione di Claudia Di Nicola, presidente dell'Associazione Italiana Donne Medico. La collega vede in questa scelta delle donne anche la propensione a prendersi cura degli altri, l'inclinazione ai rapporti umani e alla solidarietà, caratteristiche che rappresentano (o dovrebbero rappresentare) il "kit" indispensabile per essere un buon medico. Obiettivo centrato! Infatti, a conferma sia del buon senso sia dell'intuito femminile della collega Di Nicola, giunge la notizia dagli Stati Uniti che le donne medico riescono ad instaurare migliori rapporti con i pazienti, comunicano meglio, hanno maggiore attenzione ai risvolti psicologici e sociali della malattia. La notizia non è di quelle che si basano sul sentito dire e che fruiscono dell'onda del politicamente corretto; si tratta di conclusioni derivate da una meta-analisi pubblicata su JAMA, compiuta su più di 20 diversi studi sull'argomento coinvolgendo circa 1.000 medici e 4.000 pazienti. Conoscendo le possibili reazioni dei medici maschi e dei benpensanti, lo studio sottolinea che i parametri di capacità diagnostica e terapeutica sono risultati identici tra medici maschi e medici femmine, ciò che variava a favore di queste ultime era la maggiore capacità di comunicazione. Inoltre, il giudizio non era dovuto ad una maggiore benevolenza od "attrazione" nei confronti della donna medico, perché i gruppi di pazienti studiati erano a prevalenza femminile o misti e nessuno era costituito da soli maschi. Qualcuno potrebbe ipotizzare un "bias" di valutazione dovuto a solidarietà femminile, ma ciò per ora non è avvenuto. Comunque sia, vedremo se il futuro del rapporto medico-paziente sarà l'altra metà del cielo, o meglio, l'altra metà della categoria.

REGNO UNITO

Pronto un nuovo contratto per i "consultant" inglesi

Per la prima volta da 54 anni, cioè dalla nascita del National Health Service (Nhs), nel giugno scorso è stato offerto un nuovo contratto ai 26mila "consultant" inglesi, i medici ospedalieri con maggiori responsabilità professionali e gestionali del sistema britannico.

Un retrofront governativo secondo i media, in quanto nel contratto non compare l'inderdizione a svolgere attività privata per sette anni per tutti i nuovi consultant, come previsto dal piano sanitario di Blair del 2000. Un'interpretazione smentita a livello ufficiale poiché - si sostiene - nel Nhs verrebbe richiesta a tutti i nuovi consultant per i primi sette anni una "disponibilità esclusiva" sulle prime 48 ore della settimana lavorativa (il tetto orario massimo consentito dalla direttiva UE sull'orario di lavoro).

Il contratto stabilirebbe un orario settimanale di 40 ore e una "disponibilità prioritaria" sulle successive 8 ore.

Secondo Alan Milburn, ministro della salute, il contratto è vantaggioso per medici e pazienti del Nhs "vogliamo pagare di più i consultant per ottenere di più dal loro tempo prezioso".

Sedute più lunghe con i pazienti e una settimana lavorativa più flessibile, incluso il lavoro serale e mattutino.

Le visite extra verrebbero pagate alle tariffe del Nhs, non alle esorbitanti cifre del settore privato.

Se venisse accettato, il nuovo contratto entrerebbe in vigore dall'aprile del 2003 e lo stipendio medio aumenterebbe del 20%, un incremento ben superiore a quello che altre categorie professionali stanno ottenendo. Gli stipendi iniziali dei consultant passerebbero

percipiò da 52mila a 63mila sterline, quelli di fine carriera (non comprensivi delle gratifiche) da 68mila a 82.250 sterline cui si vanno ad aggiungere ulteriori 16-20mila sterline per le emergenze fuori orario e pagamenti per la reperibilità.

Il contratto però darebbe il via a un maggiore controllo gestionale sul loro orario.

I consultant dovrebbero concordare precise mansioni con i loro datori di lavoro, con una valutazione annuale, e discutere in dettaglio la loro attività professionale privata.

L'intento dichiarato del governo è insomma quello di "riconoscere e ricompensare chi fa di più per il Nhs", ma la risposta dei consultant è stata per ora cauta, soprattutto in relazione al controllo gestionale sulle loro vite e alla mancanza del calcolo degli "straordinari" per il lavoro svolto tra le 8 di mattina e le 10 di sera.

I membri laburisti del comitato sanità della Camera dei Comuni - la Camera dei Deputati britannica - hanno disapprovato l'assenza del divieto all'attività privata. Il ministro della salute parlò in passato di "incentivi perversi" creati dalla concessione ai medici del Nhs di svolgere attività privata. Tanto più lunghi i tempi di attesa del Nhs, tanto maggiore la domanda verso il privato.

Ma più preoccupante viene considerato il calo di produttività dei chirurghi dovuto, sembrerebbe, a un aumento della lucrativa attività privata.

I nuovi dati del Centro per la gestione dei servizi sanitari presso l'Università di Birmingham mostrano come i chirurghi effettuino una media di interventi inferiori rispetto agli anni Ottanta, nonostante la crescita dei finanziamenti. Peter Hawker, rap-

USA

Le donne medico sono le migliori comunicatrici

Negli Stati Uniti, le dottoresse – rispetto ai colleghi maschi – trascorrono più tempo con i loro pazienti, parlano di più, stabiliscono rapporti più emozionali, e li coinvolgono in misura maggiore nelle cure.

Questo è quanto emerge da una meta-analisi compiuta dai ricercatori della Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health di Baltimora e della Northeastern University di Boston.

“La più importante conseguenza di questa differenza è quanto ciò ispira nei pazienti nel rivolgersi al medico”, dice l'autrice principale dello studio Debra Roter, specialista di salute pubblica del Johns Hopkins. Le donne medico “sono in grado di interpretare meglio, parlano di argomenti delicati, ottenendo così più informazioni. Il dialogo medico diventa veramente bilaterale”. Lo studio, pubblicato su *Jama* (2002;288:756-64), analizza 23 studi sulla comunicazione tra medici e pazienti e tre ampi studi basati sui resoconti dei medici.

Questi studi includono in totale circa 900 medici tra generici, internisti, medici di base, e studenti di medicina e oltre 3700 pazienti. In alcuni studi, i pazienti presi in considerazione erano tutte donne. In altri studi gli assistiti erano donne che necessitavano di cure pediatriche per i loro figli. Infine, alcuni studi includevano sia pazienti maschi che femmine, ma nessuno studio era rappresentato da soli pazienti maschi. Gli studi non facevano riferimento agli esiti finali delle cure. L'analisi comprendeva le informazioni fornite, il contenuto e la forma delle domande, incluso il rapporto tra medico e paziente, gli aspetti di conversazione “sociale” (su aspetti non-medici), l'approccio di conversazione positivo (rassicurante, di accordo, incoraggiante), quello negativo (critico, di disapprovazione), i discorsi focalizzati sull'emozione (sentimenti, preoccupazioni, immedesimazione o preoccupazione), la comunicazione non verbale (sorrisi, cenni, gesti, toni di voce) e infine la durata della visita.

La coautrice Dr. Judith Hall, una psicologa della Northeastern University, ha affermato “la medicina incentrata sul paziente è oggi l'obiettivo primario. Le abilità comunicative non sono futili. Queste possono fare una grande differenza nella cura dei pazienti e nei risultati quali l'adesione alle indicazioni (terapia medica o istruzioni di carattere generale) e nella

soddisfazione dei pazienti”.

Le donne medico dedicano una media di 23 minuti a ciascun paziente, raffrontati ai 21 minuti dei medici maschi.

Inoltre, le dottoresse parlano di più di problemi psicosociali, hanno colloqui più positivi, e spesso sono più attente agli input che provengono dai loro pazienti.

Tuttavia, non esistono differenze tra maschi e femmine nel fornire informazioni biomediche circa le diagnosi, prognosi, e il trattamento. Un'altra meta-analisi ha indicato che i pazienti rispondono in modo simile agli atteggiamenti dei loro medici: “i pazienti delle donne medico parlano complessivamente di più, forniscono dichiarazioni positive, discutono di più delle informazioni psicosociali, e creano un maggior rapporto di collaborazione rispetto ai pazienti seguiti dai medici maschi”.

presentante dei consultant nei negoziati per il contratto, replica che molte sono le ragioni che spiegano il fenomeno: gli interventi sono diventati più complessi e lunghi, alla supervisione dei più giovani viene dedicato più tempo così come alle urgenze, c'è inoltre una maggiore attenzione alla qualità e un aumento delle pratiche amministrative.

Non poco scompiglio ha causato nel giugno scorso l'iniziativa governativa di reclutare cardiocirurghi stranieri per ridurre i tempi di attesa, non certo visto di buon occhio, come riferisce il *Times*, dai colleghi britannici che vedrebbero compromesso il loro potere contrattuale.

Il ministro della salute ha sostenuto che l'iniziativa sta procedendo meglio del previsto e in questa prima fase sarebbero già stati reclutati 50 cardiocirurghi.

A selezionare le candidature, un comitato ad hoc costituito da funzionari della sanità e rappresentanti del Royal College che su 400 richieste ne avrebbe accolte la metà; la lista dei candidati è già stata trasmessa alle amministrazioni ospedaliere interessate.

Un altro fronte critico riguarda l'edilizia ospedaliera. Molti dei 70 ospedali pianificati nell'ambito della private finance initiative (Pfi) voluta dal governo potrebbero diventare obsoleti molto prima che i contribuenti abbiano finito di pagare gli appalti trentennali. Come sottolinea lo studio del gruppo incaricato della pianificazione edilizia, che in un anno ha consultato cento esperti di architettura sanitaria, i ministri hanno prestato poca attenzione agli enormi cambiamenti tecnologici e organizzativi intervenuti: entro il 2020 molti pazienti saranno curati a domicilio o in centri di alta specializzazione.

“Possiamo già guardare a un futuro in cui saremo curati in ambienti più intimi, puliti e vicini alla nostra famiglia e agli amici, eppure costruiamo ancora ospedali in stile vittoriano che poco hanno a che fare con i bisogni sanitari della generazione dei nostri figli” conclude John Worthington, presidente del gruppo.

GIAPPONE

Un altro tentativo per contenere i costi sanitari

La gestione della spesa sanitaria sta creando non poche difficoltà al governo giapponese che sta varando una serie di riforme in sanità in un arroventato clima politico. Come risultato, salariati e anziani dovranno pagare una quota più alta delle spese per ospedali e cliniche; un rialzo che per la seconda volta in sei anni ha triplicato dal 1996 l'onere per milioni di giapponesi. Ma questa misura secondo i critici non è in grado di tenere il passo con i cambiamenti demografici che stanno facendo lievitare i costi rischiando di portare il sistema sanitario pubblico alla bancarotta. Un'indagine dell'Istituto nazionale di ricerca sulla popolazione e il servizio sociale afferma che la popolazione giapponese inizierà a diminuire a partire dal 2006 e di lì a poco, quando la generazione del baby-boom raggiungerà la pensione, diminuirà anche il numero dei salariati che sostengono il welfare mentre aumenteranno le fila degli anziani e dei bisognosi di cure. Entro il 2014 un giapponese su quattro avrà 65 anni o oltre, e ciò comporterà nel 2025, secondo le previsioni del ministro della sanità, welfare e lavoro Chikara Sakaguchi, un ampio raddoppio dei costi per pensioni e assistenza medica e sociale (dagli attuali 82 trilioni a 182 trilioni di yen). In attesa di una riforma radicale, tra le proposte avanzate da Sakaguchi per tagliare il budget del welfare del 2,7% vi è la riduzione dei contributi statali agli istituti sanitari per esami di sangue, urine e risonanza magnetica nonché il pagamento di un importo mensile (di 40-50mila yen) per chi è ricoverato in ospedale da più di sei mesi; quest'ultima una misura destinata agli anziani che utilizzano l'ospedale come alternativa economica alla casa di riposo. La nuova normativa prevede che dal prossimo aprile l'onere contributivo per i salariati salirà dal 20 al 30%, mentre gli over 70 pagheranno il 10% delle spese ambulatoriali, o il 20% se con reddito alto. Inoltre gli importi non saranno più calcolati sulla base dello stipendio mensile, bensì sul reddito lordo annuo, una batosta per i lavoratori giapponesi che generalmente percepiscono premi annui per un ammontare di oltre due stipendi. Gli impiegati coperti dall'assistenza sanitaria pubblica pagheranno l'8,2 del loro reddito in premi. I più prolifici trarranno beneficio dalla riforma, il governo infatti nel tentativo di aumentare la natalità ha ridotto le spese mediche per i bambini. Sono state anche ridotte le spese per le prescrizioni. Secondo le stime governative l'aumento medio annuo delle spese mediche sarà di 4mila yen (33 dollari) per la popolazione sotto i 70, del doppio per gli ultrasessantenni. Poco più di una boccata di ossigeno per l'indebitata economia giapponese alle prese con il problema dell'invecchiamento della popolazione.

ERRORI MEDICI: LA PROPOSTA DANESE

La preoccupazione di commettere errori e danneggiare i pazienti attanaglierebbe fino a un terzo dei medici e infermieri danesi al punto di far loro pensare di lasciare la professione. È quanto emerge da un'indagine, non ancora pubblicata, condotta dai ricercatori dell'Istituto di ricerca sui Servizi sanitari danese su 2mila medici e infermieri, e commissionata dal ministro della Salute danese. Il governo dovrà rispondere nei prossimi mesi alle raccomandazioni contenute nello studio e in particolare all'ipotesi di creare un nuovo sistema, gestito da professionisti della salute, per denunciare l'errore medico in modo da non subire condizionamenti e nel rispetto della privacy. Infatti l'identità di chi denuncia l'errore non dovrà essere rivelata da chi riceve l'informazione e amministra il sistema.

“Un paziente su dieci ospedalizzato è vittima di un atto medico che lo ha danneggiato...E quasi la metà di questi incidenti potrebbe essere prevenuta” sostiene il primo autore dello studio Niels Hermann. La percentuale degli errori medici in Danimarca non si discosterebbe da quella di altri paesi con sistemi sanitari simili.

Ma l'ipotesi di adottare un sistema che permetta al personale medico e infermieristico di riferire “confidenzialmente” ai superiori non viene giudicata accettabile dalla maggior parte degli intervistati. “L'anonimato non permetterebbe di raccogliere ulteriori informazioni sul caso, necessarie se si vuole utilizzare questo sistema per migliorare la qualità” afferma Doris Ostegaard del Danish Institute for Medical Simulation presso l'università di Copenhagen.

Il rapporto però ha messo a confronto i sistemi di denuncia degli errori in campo medico e non, in particolare nell'industria aerea, e suggerisce che non dovrebbe esser reso pubblico il nome del dipartimento medico dove si verificano in quanto, come sostiene Hermann “non c'è alcuna evidenza che le sanzioni o la pubblicizzazione dei dati accresca la sicurezza”. Un sistema dunque quello proposto che costringa a denunciare gli errori ma sia al tempo stesso abbastanza flessibile da consentire allo staff di rendere noti tutti gli altri considerati rilevanti; sarebbe inoltre auspicabile dare la possibilità a chi denuncia l'errore di parlarne con qualcuno che appartenga alla sua stessa categoria professionale.

Uno degli ostacoli maggiori a una registrazione sistematica degli errori è quello di una denuncia inadeguata o parziale, un “underreporting” ed è per questo che, conclude il rapporto, sarà necessario il sostegno a livello dirigenziale in quanto il fine è il miglioramento della qualità, non l'adozione di misure disciplinari.

FISCO & PREVIDENZA

ENPAM

Deducibilità fiscale dei contributi versati a titolo di riscatto

In questi ultimi tempi sono state poste all'Enpam numerose richieste da parte di consulenti fiscali, i quali si interrogano sull'esatta portata della disposizione contenuta nell'articolo 10, comma 1, lettera e) del testo unico delle imposte dei redditi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917, come modificato dall'articolo 13, punto 1, lettera a) del Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 47.

Nella norma in parola si prevede la deducibilità fiscale dal reddito complessivo dei contributi previdenziali ed assistenziali versati in ottemperanza a disposizioni di legge, nonché quelli versati facoltativamente alla gestione della forma pensionistica obbligatoria di appartenenza, ivi compresi quelli per la ricongiunzione di periodi assicurativi.

In specie, molti commercialisti ritengono erroneamente che la Fondazione Enpam rientri fra le assicurazioni private, escludendo quindi da ogni beneficio fiscale i contributi facoltativi versati ai Fondi dell'Ente da medici ed odontoiatri.

A tale proposito, occorre invece chiarire che i Fondi di previdenza gestiti dall'Enpam costituiscono forme pensionistiche obbligatorie e pertanto tutti i contributi versati a tali Fondi a titolo di riscatto o di ricongiunzione sono, ai sensi della normativa citata, interamente deducibili dall'imponibile determinato ai fini fiscali, senza alcuna limitazione.

Altri consulenti fiscali richiedono invece maggiori precisazioni in ordine alla deducibilità degli interessi di dilazione sui contributi di riscatto pagati in forma rateale. Va subito puntualizzato che questo argomento non è stato finora affrontato dal-

l'Amministrazione finanziaria con proprie determinazioni scritte (circolari o risoluzioni). Allo stato attuale, anche all'interno del Ministero dell'Economia e delle Finanze i pareri sono discordi.

Alcuni funzionari ritengono infatti che possa essere applicabile l'articolo 1, comma 1 della legge 133/94, laddove è previsto che gli interessi per dilazione di pagamento costituiscono redditi della stessa categoria di quelli da cui derivano i crediti su cui tali interessi sono maturati, e sono pertanto a parere che il beneficiario della deducibilità possa estendersi dalla quota capitale (il vero e proprio contributo di riscatto) alla quota interessi.

Altri funzionari dell'Amministrazione finanziaria, applicando in maniera letterale il disposto del citato articolo 10, comma 1, lettera e) del Testo Unico delle imposte sui redditi, affermano invece che la deducibilità prevista dal legislatore si applica esclusivamente ai contributi, e che gli interessi di dilazione in nessun caso possono essere ricompresi in questa categoria.

Ad ogni modo, al fine di evitare qualunque contestazione in ordine alla totale deducibilità dei riscatti pagati in forma rateale (almeno fino a quando il fisco non si pronuncerà univocamente sull'argomento), l'Ente ha disposto che, a partire dal rateo avente scadenza il 31 dicembre 2001, sulle ricevute dei Mav, che costituiscono attestato dell'avvenuto versamento, venga riportato soltanto l'importo complessivo della rata, senza alcuna distinzione fra quota capitale e quota interessi. Allo stesso modo opereranno gli Uffici nel rilascio delle certificazioni in merito.

Claudio Testuzza

MEDICI IN PENSIONE

I sistemi pensionistici di alcuni Stati esteri extra U.E.

AUSTRALIA

Pensione di vecchiaia

Viene concessa al 65° anno in presenza di 10 anni di residenza (dopo il 16° anno) di cui almeno 5 consecutivi. Poiché fino al luglio 1995 l'età prevista per le donne era di 60 anni, è in corso un graduale innalzamento di età per quelle nate tra il luglio 1935 e il dicembre 1948, per le quali sarà possibile il pensionamento tra il luglio 1995 e il luglio 2011.

Pensione di invalidità

Viene concessa per riduzione della capacità di lavoro dell'85% o cecità permanente. Se l'incapacità è insorta all'estero, occorre sia anche soddisfatto il requisito di 10 anni di residenza (di cui almeno 5 consecutivi), se l'evento è invece insorto in Australia, non è previsto alcun requisito minimo di residenza.

Pensione ai superstiti

Spetta alla vedova che abbia compiuto 50 anni; se più giovane solo a determinate condizioni (figli, stato di indigenza ecc.) e agli orfani. Se i coniugi erano residenti in Australia non è richiesto un periodo di assicurazione minima. Diversamente è necessario far valere 10 anni di residenza in qualsiasi epoca dopo il 16° anno oppure 5 anni di residenza continua appena prima della domanda.

CANADA

Pensione di vecchiaia

La pensione sociale di vecchiaia a carico della "Old Age Security" applicabi-

le all'intero territorio canadese spetta a chi ha 65 anni di età, e può far valere determinati periodi di residenza in Canada e in Italia.

La pensione di ritiro dal lavoro è concessa, sulla base della contribuzione versata, a chi ha 60 anni e non è più iscritto al regime pensionistico o ha cessato sostanzialmente di lavorare oppure a chi ha già compiuto 65 anni anche se sta lavorando. Il pensionamento prima del 65° anno viene penalizzato con una riduzione permanente dell'importo della pensione.

Tale prestazione è a carico del "Regie des rentes du Quebec" se i contributi sono stati versati in Quebec, mentre è a carico del "Canada Pension Plan" negli altri casi.

Pensione di invalidità

È concessa a chi presenta una invalidità fisica o mentale grave e prolungata, se di età inferiore ai 65 anni. Occorre aver versato contributi al regime pensionistico per almeno 2 anni nell'ultimo triennio (oppure 5 nell'ultimo decennio) tenendo conto eventualmente della contribuzione italiana.

Pensione ai superstiti

È concessa al coniuge di almeno 35 anni; o se più giovane è invalido o ha figli a carico. Occorre che il defunto abbia contribuito al regime pensionistico per un periodo da 3 a 10 anni in base all'età al momento della morte.

È concessa inoltre agli orfani fino a 18 anni (25 se studenti).

STATI UNITI

Pensione di vecchiaia

Spetta al compimento del 65° anno agli uomini e alle donne che hanno versato un numero di contributi pari ad almeno 1 trimestre per ogni anno dal 21° al 62° anno.

È possibile anticipare il pensionamento a partire dal 62° anno, ma con riduzione permanente di importo. Per i nati dopo il 1937 è previsto l'innalzamento graduale dell'età per ottenere la pensione intera (per i nati dopo il 1959 l'età prevista è di 67 anni). In mancanza del requisito contributivo il pensionamento verrà concesso al 72° anno.

Pensione di invalidità

Spetta al lavoratore incapace di intraprendere un'attività remunerativa a causa di una menomazione fisica o mentale di lunga durata (almeno 12 mesi) o che possa portare alla morte. È concessa all'assicurato che abbia meno di 65 anni e abbia versato almeno 20 trimestri di assicurazione nei dieci anni precedenti l'inizio dell'invalidità, dopo che sia trascorso un periodo di attesa (senza diritto a prestazione) di cinque mesi.

Pensione ai superstiti

Viene concessa al coniuge superstite che abbia 65 anni (pensione piena) a 60 anni (pensione ridotta) oppure abbia figli a carico minori o invalidi, se il defunto era già pensionato o poteva far valere l'assicurazione completa al momento della morte.

Se i superstiti hanno età compresa tra i 50 e i 60 anni, la pensione viene concessa se sono invalidi. Il coniuge superstite, non deve avere una pensione propria superiore alla pensione del defunto, non deve essersi risposato e il

matrimonio deve essere durato almeno nove mesi. Alle stesse condizioni la pensione è concessa pure all'ex coniuge se il matrimonio è durato almeno dieci anni. A particolari condizioni spetta anche agli orfani e ai genitori superstiti.

VENEZUELA

Pensione di vecchiaia

Viene concessa al 60° anno per gli uomini (55 donne), con un requisito minimo di 750 settimane di contribuzione. È prevista un'età inferiore per attività pericolose e insalubri, nonché una riduzione del requisito contributivo minimo a 250 settimane per lavoratori anziani occupati in settori solo recentemente coperti da assicurazione.

Pensione di invalidità

Viene concessa all'assicurato che abbia subito una perdita permanente o prolungata di almeno 2/3 della capacità di lavoro. È richiesto un minimo di 250 contributi settimanali (ridotto di 20 settimane per ciascun anno se si tratta di assicurato di età inferiore ai 35 anni), di cui 100 negli ultimi 3 anni precedenti la domanda. Non è richiesto il suddetto requisito minimo se l'invalidità è stata causata da infortunio avvenuto durante il periodo di assicurazione.

Pensione ai superstiti

Viene concessa se al momento del decesso, l'assicurato defunto poteva far valere i requisiti per ottenere la pensione o era già pensionato. Non è richiesto un periodo minimo di assicurazione se la morte è avvenuta a causa di un infortunio durante il periodo di assicurazione. È previsto un assegno funerario.

C. T.

SANITÀ PRIVATA

Documento dell'ufficio per la Pastorale sanitaria della Cei

Sanità e istituzioni sanitarie cattoliche

Gli argomenti sono unanimamente condivisi e dovrebbero stimolare una riflessione da parte di quanti sono impegnati a rappresentare le strutture sanitarie, soprattutto cattoliche

Nell'ambito della vicenda che vede da tempo Aris, Fondazione Don Gnocchi (insieme ad Aiop), ossia i rappresentanti pressochè maggioritari dell'ospedalità privata accreditata, contrapposti all'Anaa nella contrattazione nazionale che riguarda i medici dipendenti e a rapporto di collaborazione coordinata e continuativa, ben si viene ad inserire il "documento" dell'Ufficio Nazionale della Conferenza Episcopale Italiana per la Pastorale della sanità.

Gli argomenti contenuti non possono che essere unanimemente condivisi e dovrebbero stimolare una riflessione almeno da parte di quanti sono impegnati a rappresentare enti ed amministrazioni ospedaliere, soprattutto se Istituzioni Cattoliche, alle quali in primis il documento si rivolge. Il panorama della contrattualità dell'ospedalità privata accreditata è infatti sconcertante.

Aris e Fondazione Don Gnocchi sono cofirmatarie (con Aiop), nel lontano 1997, dell'Accordo Nazionale sui rapporti di collaborazione coordinata e continuativa (7500 Medici) insieme all'Anaa e del Contratto dei Medici dipendenti (oltre 3000 Medici) scaduto il 31/12/2001.

Di entrambi l'Anaa ha chiesto - tuttora inascoltata - l'apertura delle trattative. Aris, Fondazione Don Gnocchi ed Aiop hanno gestito nel corso del 2000 oltre 51.000 posti letto per 1.670.000 ricoveri ed invocano da tempo una completa "parità" con l'organizzazione ospedaliera pubblica. Parità di diritti ovviamente!

I punti principali del documento dell'Ufficio Nazionale della Cei per la Pastorale della Sanità

"Le Istituzioni Sanitarie Cattoliche in Italia: identità e ruolo" è il titolo del sussidio (così viene definito il documento in questione) che l'Ufficio Nazionale per la pastorale della Sanità ha inteso rivolgere "non solo a chi opera nelle istituzioni cattoliche, ma all'intera comunità cristiana nelle sue diverse componenti", intendendo offrire una riflessione capace di "interpellare - in modo rispettoso, franco e dialogico - la stessa società civile e le pubbliche istituzioni dello stato, per un concorde e comune impegno per migliorare nel nostro paese il servizio al bene comune e di ciascuno, così caro a tutti, che è la salute".

I 41 articoli di cui si compone l'intero documento toccano in modo estremamente preciso e puntuale tutti gli argomenti che un servizio sanitario deve contemplare al fine di un esercizio "equo, solidale, competente, umano, attento all'intera globalità del-

la persona con i suoi bisogni" e sottolinea il ruolo svolto dalle Istituzioni Sanitarie Cattoliche (Isc) a fianco del servizio pubblico nella tutela e cura delle persone, operando una chiara distinzione tra privato profit e non profit, assimilando totalmente quest'ultimo al servizio pubblico.

"Nessuna Isc deve accontentarsi della professionalità tecnica dei suoi operatori", quel "saper essere che non disgiunto dal saper fare costituisce l'atto professionale".

E nella cura del personale, nella sua formazione umana di base e permanentemente deve essere presente una par-

vita: lo possono fare solo attraverso persone...".

Alcune considerazioni

È senza dubbio un documento che merita una lettura attenta e qualche considerazione.

Una prima è senz'altro la continua e pressante richiesta di "parità" nei confronti del pubblico che rappresenta un "grande nodo, fonte a volte di equivoci e fraintendimenti". Parità che viene posta, tuttavia, introducendo una chiara distinzione tra privato e privato, ossia tra non profit e profit, indicando tale diversità anche sotto il profilo legislativo.

La seconda considerazione riguarda il concetto di accreditamento che deve essere inteso come possesso di requisiti per erogare prestazioni in nome e per conto del Servizio Sanitario Nazionale. L'accreditamento deve essere nei confronti delle strutture, non solo in termini di edilizia, ma anche di offerta di servizi e di tecnologia e naturalmente nei confronti del personale. Ed è sul personale, o risorsa umana, che il documento si sofferma in modo particolare: possesso dei requisiti, necessità di formazione permanente ed aggiornamento, partecipazione e coinvolgimento "nelle scelte dell'ente", incentivazioni positive ai fini di un "reale rilancio di entusiasmo". In sintesi l'affermazione ed il riconoscimento della risorsa umana come il "patrimonio più prezioso per un'azienda".

Un'ultima considerazione va, infine, rivolta alla preoccupante distanza tra questi enunciati ed i comportamenti quotidiani di gestione ed organizzazione di talune istituzioni (peraltro rappresentative delle Isc) scarsamente intenzionate a far partecipare e coinvolgere, a formare ed aggiornare, soprattutto poco propense a dare riconoscimenti di ruolo al personale. Per cui anche il medico, indiscutibile progettista-esecutore di ogni prestazione sanitaria e figura centrale nella loro erogazione, è posto in condizioni di profondo disagio e demotivazione nell'esercizio professionale, di tensione e conflittualità nei rapporti con gli enti, di appesantimento e sfiducia verso le istituzioni.

Dunque, i condivisibili contenuti del "sussidio" sembrano trovare notevole disattenzione proprio da parte di quelle istituzioni a cui principalmente esso è rivolto. Non è un caso, probabilmente, che venga esplicitamente menzionata l'esistenza di "veri e propri atteggiamenti di arroganza padronale".

Fabio Florianello

Attività delle strutture sanitarie private associate all'Aiop, Aris e Fondazione don Gnocchi

Medici dipendenti	3.000
Medici in rapporto co.co.co.	7.500
Posti letto	51.000
Ricoveri nel 2000	1.670.000

Il problema dell'accreditamento

La distinzione pubblico-privato va "ripensata", alla luce delle esigenze dei cittadini, della attuale organizzazione sanitaria e tenendo presente solo la "qualità delle prestazioni erogate, indipendente-mente dell'ente che le eroga".

Inoltre, dato che per definizione le strutture non profit reinvestono gli eventuali utili, "l'interesse statale nei confronti del bene pubblico non può non tenerle in pari considerazione con quelle statali". E d'altra parte la categoria del "privato" include realtà profondamente diverse che non possono essere raccolte sotto un unico ombrello, anche sotto il profilo legislativo.

Il Rinnovo

"In tutti i gruppi sociali vi sono dei fattori di conservazione che tendono a frenare ogni tentativo di rinnovamento e di vera e propria innovazione". Nessuno vuole distruggere quanto già funziona e nel nostro servizio sanitario sappiamo che molte cose funzionano. E funzionano bene.

Ma è necessaria una rivitalizzazione soprattutto per gli operatori spesso "appesantiti, sfiduciati, demotivati, in preda al burn-out, logorati da sovraccarichi lavorativi e retribuzioni non gratificanti.

Le incentivazioni di cui tanto si parla oggi non devono ridursi a piccoli contentini economici, frutto di più o meno laboriosi accordi sindacali, ma devono costituire un reale rilancio d'entusiasmo per chi lavora in un'IsC". Rinnovo e innovazione dunque nel trapasso dal vecchio al nuovo.

La risorsa umana, la formazione e l'aggiornamento

particolare attenzione dei "gestori della struttura" nei confronti del personale. Non è solo questione di collaborazione, ma di attenzione alle "tensioni e conflittualità che sono poi alla base di tante demotivazioni da parte del personale e, talora, anche dell'andamento non ottimale di alcune strutture.

Si deve, infatti, riconoscere che al di là delle affermazioni di principio "persistono ancora reciproche chiusure e ostilità, una limitata partecipazione del personale alle scelte gestionali dell'ente, una scarsa capacità di delega da parte degli amministratori, un'ineadeguata comunicazione interna e, qualche volta, anche veri e propri atteggiamenti di arroganza padronale".

Formazione ed aggiornamento continuo debbono in ogni caso costituire un punto irrinunciabile, perché le persone costituiscono la risorsa più preziosa che un'azienda possiede e l'attività svolta da esse nei confronti del malato è l'unica ragion d'essere delle Isc. "Il comatoso che forse non si riprenderà mai, il neonato malato che nessuno vuole, il barbone febbricitante che nessun ospedale accoglie, la donna di colore gravida che non sa dove partorire o il tossicodipendente che non sa dove trascorrere la notte. Possono essere questi il vero e più grande investimento per un'istituzione sanitaria cattolica che voglia dirsi veramente tale". E senza un personale adeguato nulla può essere compiuto. In conclusione è necessario mettere in campo una grande attenzione verso la totalità della persona: "quando è malata e sofferente e quando come operatore sanitario è chiamata a riscrivere la parabola evangelica del buon samaritano...Le strutture da sole non hanno vita e non trasmettono

segue dalla prima

RIFORMA E CONTRATTO

menti partitici, e che ha suscitato consensi più o meno espliciti anche in molti ambienti dell'attuale maggioranza di Governo, ci ha permesso di esprimere un'azione politica efficace senza ricorrere a strumenti di protesta estremi sempre difficili da applicare e mai desiderabili nel mondo della sanità.

Non illudiamoci però. I nemici del Servizio sanitario nazionale, o meglio le lobbies politico finanziarie che prescindono dall'interesse comune e pensano soltanto a ritagliarsi corposi vantaggi di settore, non demorderanno. È troppo appetibile il mondo della sanità che assorbe più di 140 mila miliardi delle vecchie lire, per esser lasciato in pace. La finanziaria, il cui testo sarà noto alla fine di settembre sarà uno dei banchi di prova. Noi non allenteremo l'attenzione e vigileremo affinché le somme derivanti dai contributi fiscali e destinate al sistema sanitario siano spese il più efficacemente possibile nell'interesse generale.

Altro elemento di grande interesse è che, finalmente, in seguito alle reiterate pressioni della categoria, si sta per aprire la stagione del rinnovo contrattuale. Conclusa alla fine di luglio la trattativa sulle code contrattuali, che ci ha portato al recupero dello 0,92% del monte salari, come differenziale inflattivo relativo al 2001, il Comitato di settore sta per firmare l'atto che contiene le indicazioni per l'Aran per il rinnovo del contratto. Preliminare all'avvio delle trattative deve esserci, però, il chiarimento sull'impegno del Governo ad onorare nella finanziaria quanto pattuito nel febbraio ultimo scorso e cioè un incremento dello 0,99% del monte salari.

Anche la nostra Associazione condivide, inoltre, l'opinione universale del mondo sindacale e gli ultimi dati sulla inflazione attestati sul 2,6% rendono impossibile accettare per i rinnovi un'inflazione programmata all'1,4%.

A parte i problemi relativi all'entità degli incrementi salariali, il nuovo contratto, una volta ridotta la preoccupazione del cambiamento del quadro di riferimento generale, dovrà essere l'occasione per affrontare molti dei problemi che affliggono ancora la categoria:

- dalla possibilità di introdurre con intelligenza una maggiore duttilità nel rapporto di lavoro, senza stravolgere quanto di buono per noi e per i cittadini era stato precedentemente deciso, alla eliminazione delle penalizzazioni per chi svolge la stessa quantità di lavoro;
- dalla semplificazione del sistema delle verifiche, alla rivisitazione dei modi del conferimento degli incarichi;
- dal miglioramento delle condizioni di lavoro, con maggiore attenzione per le situazioni di forte disagio, alle guardie, alle reperibilità, alla mobilità.

Certo il contratto di lavoro non sarà il libro su cui potremo scrivere tutto quello che vogliamo, ma sarà comunque la sede in cui le pattuizioni a cui giungeremo rappresenteranno la massima espressione delle nostre potenzialità.

Serafino Zucchelli

Osservatorio Anaa Assomed contro il mobbing dei medici del Ssn

È stata definita una "patologia sociale dilagante" e genera una sindrome composta, causa del 15% dei suicidi nel nostro Paese, oltre che ben più numerosi e costosi problemi in termini produttivi, sociali e sanitari. È la sindrome di chi viene fatto oggetto di "mobbing".

Il termine, mutuato dall'inglese, definisce una strategia di "accerchiamento", messa in atto da direttori, capo ufficio, responsabili o colleghi, ai danni di un qualsivoglia impiegato di un'azienda e attraverso un progressivo processo di demansionamento e dequalificazione del lavoro svolto. Il mobbing viene sempre esercitato su una vittima designata, sgradita per i motivi più disparati, che viene costretta in condizione di debolezza, e aggredita, più o meno palesemente, da una o più persone in modo sistematico e per un tempo prolungato, con lo scopo e/o la conseguenza di estrometterla.

Un campo in cui queste forme di demansionamento e dequalificazione sono purtroppo frequenti, è quello della medicina, soprattutto in ambito ospedaliero, dove le dinamiche interpersonali e la ricerca di spazi di carriera, non disgiunte da regole e comportamenti arcaici nell'organizzazione del lavoro, favoriscono il fenomeno.

Proprio in considerazione dell'ampia presenza del mobbing all'interno del sistema sanitario nazionale, l'Anaa Assomed si appresta ad istituire un "osservatorio" per monitorare la situazione e per fornire supporto di consulenza giuridica, patrimoniale, medico-legale e psicologica, ai medici vittime del fenomeno.

Nonostante le più recenti normative di riforma del rapporto della dirigenza medica, i ruoli e i rapporti all'interno delle strutture ospedaliere tendono a mantenere intatti tutti i rapporti gerarchici vecchio stile. All'interno delle strutture ospedaliere il "primariato" (termine non più ufficiale ma ancora in uso) rappresenta ancora l'unica maniera di realizzare una piena autonomia professionale, e concentra nelle sue mani anche tutte le possibilità di un soddisfacente sviluppo professionale delle altre figure mediche ad esso legato. Questo è vero soprattutto per chi svolge la propria professione in una specialità chirurgica, laddove le chances di carriera sono, in buona parte, legate alla mole ed alla qualità della casistica operatoria. C'è un atteggiamento molto conservatore, condiviso da amministratori, cittadini e molti dirigenti di strutture complesse, che identifica nel "primario" l'unico componente del-

la struttura cui sia richiesto il "saper fare" necessario al funzionamento; per questo non è motivo di allarme il fatto che ai collaboratori, spesso, non venga consentito alcun progresso nel loro "saper fare". Nell'ambito di un'aziendalizzazione del Ssn, è anomalo che attività strategiche per la struttura vengano fatte ruotare attorno ad un singolo professionista.

Tutto ciò è il frutto di una politica miope della formazione e dell'organizzazione. Questi fenomeni sono intimamente connessi con la massa dei singoli professionisti che vedono impedito un normale sviluppo professionale.

Questo comportamento conservatore si ripercuote sia sui medici, impediti nel loro sviluppo professionale e culturale, sia sul cittadino, che viene privato di competenze preziose nella cura della sua salute.

In alcuni casi, non esiste neppure una consapevolezza, da parte dei medici dequalificati, della loro situazione; nella maggior parte dei casi non si riesce ad uscire da una situazione così rigida. In altri casi, i responsabili della struttura e dell'Azienda riescono ad attuare un controllo della situazione, attraverso la litigiosità interna ai collaboratori subordinati.

A questi casi devono essere anche aggiunti quelli relativi a direttori di struttura complessa, i quali, in seguito a decisioni ingiustificate del Direttore Generale, vengono destinati a compiti di livello inferiore al precedente.

Per quanto riguarda il medico, che subisce una dequalificazione professionale ed una perdita di chances per la propria carriera, esistono attualmente ampi margini giurisprudenziali di tutela e di risarcimento.

Specialmente dopo l'uscita della sentenza delle sezioni unite della Corte di Cassazione, (n. 500/1999), che equipara la lesione di un interesse legittimo a quello di lesione di un diritto soggettivo, rendendolo quindi ugualmente risarcibile, la strada del risarcimento equitativo per lesione della propria professionalità, dei conseguenti danni patrimoniali, della perdita di chances e, laddove presente, del danno biologico, le sentenze favorevoli sono numerose.

Di riflesso, la condanna delle Amministrazioni e dei responsabili a risarcire il danno rappresenta sicuramente un ottimo deterrente, purché sufficientemente noto, a modificare tale comportamento. Con conseguente beneficio del cittadino.

segue da pagina 11

LA "DISSOCIAZIONE ISTITUZIONALE"

In una recente audizione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato, il Ministro della Salute ha dichiarato: "Se l'autonomia regionale si spinge oltre un certo limite avremo tanti piani regionali. Serve una cornice costituita da leggi dello Stato che non si possa travalicare. Spingere verso il federalismo può essere una scelta ma non credo sia quella fatta da questa Nazione e il pericolo non è di due Sanità (pubblica e privata, ndr) ma di venti".

Nella stessa audizione è intervenuto il Sottosegretario alla Salute Corsi che ha detto: "Ad oggi le Regioni fanno finta che non ci sia un Servizio sanitario nazionale e ognuna va per proprio conto... mentre i cittadini sperano che lo Stato continui ad essere il garante delle prestazioni sanitarie".

Lo stesso giorno Enzo Ghigo, presidente della Conferenza dei presidenti delle Regioni, commentava: "Nessun presidente di Regione mette in discussione che il Ssn debba avere uniformità su tutto il nostro territorio. Il modo in cui si raggiungono gli obiettivi di uniformità nazionale può essere diverso da regione a regione, ma nessuno mette in discussione il principio".

Per quanto riguarda l'opposizione, in una quasi contemporanea manifestazione pubblica, essa ha presentato un nuovo "manifesto" programmatico per la sanità dove, pur riaffermando la validità della riforma costituzionale, si afferma la necessità di:

- riorganizzare il Ministero della Salute con la valorizzazione e il potenziamento delle funzioni di coordinamento, monitoraggio e vigilanza (in proposito è bene ricordare che fu proprio il precedente governo dell'Ulivo a proporre l'abolizione del Ministero della Sanità);
- costituire un organismo permanente di confronto e coordinamento della produzione legislativa nazionale e regionale e di concertazione dell'azione amministrativa dei governi regionali;
- non limitarsi ai Lea ma individuare altri principi fondamentali per il Ssn di valenza nazionale;
- costituire un fondo speciale nazionale, distinto e separato dal Fsn, destinato a finanziare l'adeguamento e la qualità dei servizi sanitari del Mezzogiorno.

Insomma il vento del neo centralismo sanitario sembra soffiare forte da una parte all'altra dello schieramento politico nazionale, con l'eccezione solitaria della Lega che in ogni caso conta su un disegno di legge per l'affidamento alle Regioni della potestà legislativa esclusiva in materia sanitaria, già approvato dal Consiglio dei Ministri.

Cesare Fassari

* Una sintesi di quest'articolo è stata pubblicata sull'ultimo rapporto Censis su "Regioni e spesa farmaceutica: vizi e virtù"

Formazione quadri Sindacali 2002

Prosegue anche nel 2002 – dopo la valida e utile esperienza dei corsi organizzati nel 2001 – l'attività formativa riservata ai quadri dirigenti dell'Anaa Assomed. Il programma, in fase di definizione, prevede l'organizzazione di tre corsi, suddivisi per aree geografiche, che si svolgeranno tra la fine di novembre e l'inizio di dicembre.

L'argomento prescelto riguarda la valorizzazione delle risorse professionali come strumento per una gestione efficace ed efficiente delle aziende sanitarie.

Le informazioni sulle modalità di partecipazione e il programma definitivo saranno disponibili sul sito dell'Associazione www.anaao.it nella sezione "Corsi di formazione". Sempre in questo spazio, al termine dei corsi, verranno pubblicati i testi delle relazioni riservate solo agli iscritti all'Associazione.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3 - tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano: via Napo Torriani, 30

e-mail: dirigenza.medica@anaao.it - www.anaao.it

direttore **Serafino Zucchelli**

direttore responsabile **Silvia Procaccini**

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli, Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Su questo numero:

Eva Antonioti, Cesare Fassari, Fabio Florianello, Maria Gullo, Domenico Iscaro, Elisa Pettinelli, Claudio Testuzza

Segreteria di redazione: **Arianna Alberti**

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 ottobre