

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ROMA N.11/2006

SCIOPERO NAZIONALE 26 NOVEMBRE

Hanno scioperato sette medici su dieci

Lo sciopero nazionale del 26 novembre è pienamente riuscito. Ha aderito il 70-75% dei camici bianchi del Ssn, con punte dell'80% in alcune aziende del Veneto, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana, Lazio e Campania. "Medici e dirigenti - ha sottolineato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaao Assomed - non si sono tirati indietro. E per la seconda volta in un anno, dopo il 4 maggio, hanno dimostrato di aver compreso e condiviso le ragioni della protesta dando la loro adesione allo sciopero. Ci dispiace di aver creato disagi ai cittadini che si sono visti rifiutare alcune prestazioni, ma siamo fermamente convinti che difendendo le condizioni di lavoro dei professionisti si difende anche il diritto dei cittadini ad un servizio sanitario migliore". Ancora una volta, ha ricordato il segretario nazionale, i medici sono stati costretti ad imboccare la strada dello sciopero a causa della presenza di interlocutori, Governo e Parlamento "tanto prodighi di dichiarazioni quanto poveri nell'assumere soluzioni concrete e operative rispetto alle richieste della categoria". Sul tappeto c'è il rinnovo del contratto di lavoro e il finanziamento del biennio economico 2008/2009; la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto ferma al 1999; la soluzione al problema del precariato dei medici ospedalieri del Ssn e dei medici e veterinari del ministero della salute; la riduzione della pressione fiscale. Tutte richieste legittime che non possono più rimanere inevase. Per questo, ha avvertito Lusenti, i medici non abbasseranno la guardia. "La nostra azione sindacale - ha sottolineato - proseguirà per dare ai colleghi la certezza dei loro diritti. Per questo anche se la legge finanziaria non dovesse dare le risposte che ci attendiamo, cercheremo strumenti alternativi per ottenere i riconoscimenti dovuti alla categoria. Siamo comunque pronti a chiamare i colleghi a forme di protesta forse ancora più 'pesanti' dello sciopero: se i medici svolgessero il loro lavoro osservando strettamente l'orario

contrattuale e non eseguissero migliaia di prestazioni nelle corsie degli ospedali e negli ambulatori trattenendosi in servizio oltre all'orario dovuto, la sanità italiana verrebbe paralizzata davvero e non solo per un giorno". "La vostra battaglia è la mia battaglia" ha replicato il ministro della Salute, Livia Turco in una lettera aperta ai sindacati medici in sciopero. "Ora - ha aggiunto - il nostro impegno sarà una rapida apertura delle trattative contrattali e per quanto concerne la rivalutazione dell'indennità di esclusività ho intenzione di portare avanti con decisione il mio emendamento alla legge finanziaria, e che prevede un significativo stanziamento per il biennio 2008/2009 per incrementarla includendola nel monte salari". Ma il Ministro ha anche chiesto ai medici di riconoscere l'impegno del Governo per la salvaguardia e il miglioramento della sanità pubblica. E Carlo Lusenti non si è tirato indietro ricordando che i medici vogliono "un tempo in cui non è necessario combattere per vedere riconosciuti diritti che tutti dicono di sostenere", ma pretendono anche "soluzioni concrete e operative a problemi che molti osservano ma pochissimi affrontano per lavorare meglio in un servizio sanitario migliore". Comunque, un primo obiettivo è stato raggiunto: dal Consiglio dei Ministri del 29 novembre scorso è arrivato il tanto atteso via libera all'atto di indirizzo della Dirigenza medica e veterinaria. "Siamo molto soddisfatti - ha detto Lusenti - questo dimostra che la protesta del 26 novembre scorso non è stata inutile, ma anzi inizia a dare i suoi frutti". Ora non resta che aspettare la convocazione da parte dell'Aran per l'apertura ufficiale della trattativa. Senza dimenticare però che devono essere riconosciute due rivendicazioni, fondamentali per poter rinnovare il contratto: il finanziamento per il biennio 2008/2009 e la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto.

PRIMO PIANO

La manifestazione nazionale della Dirigenza medica, sanitaria ed amministrativa organizzata al Teatro Capranica di Roma il 13 novembre

A PAGINA 2

PRIMO PIANO

La sintesi del Ddl "Interventi per la qualità e la sicurezza del Ssn" approvato dal Consiglio dei Ministri il 16 novembre 2007

ALLE PAGINE 3-4

SPECIALE REGIONI

In questo numero approfondimento sulla Regione Abruzzo. Interviste all'assessore alla sanità Bernardo Mazzocca e al segretario regionale Anaao Assomed Filippo Gianfelice

ALLE PAGINE 5-6

CONTRIBUTI

I rischi dell'esodo pensionistico dei medici nella Regione Toscana

ALLE PAGINE 7-8

FINANZIARIA 2008: LA MANIFESTAZIONE NAZIONALE AL TEATRO CAPRANICA - ROMA 13 NOVEMBRE 2007

I medici chiedono il riconoscimento dei loro diritti

Non si possono più concedere sconti e a nessuno. Di sinistra o destra che sia, un Governo non può lasciare inottemperante le legittime richieste dei professionisti del Ssn. Per questo le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa, ancora una volta unite, hanno chiesto il riconoscimento dei loro diritti dicendo no all'assenza in Finanziaria di fondi per i rinnovi contrattuali del biennio economico 2008-2009 e alla mancata rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto, congelata ai valori del 1999. E ancora, hanno sottolineato la carenza di risposte al problema del precariato nel Ssn e l'assenza di una riduzione della pressione fiscale per una categoria che l'incremento delle tasse della manovra 2007 ha, di fatto, depauperato degli aumenti contrattuali del biennio 2004-2005

È stato un appuntamento pieno di simboli e certamente era nella intenzione di tutte le sigle sindacali della Dirigenza medica, sanitaria ed amministrativa evocarli.

In quella stessa sala del Capranica a Roma, il 3 dicembre 2003, si dava inizio ad una lunga battaglia sindacale e civile che servì nei mesi successivi, attraverso appuntamenti che hanno visto una crescente partecipazione della categoria ed una costante attenzione dei media, a porre la questione Sanità con i suoi gravi problemi di ordine economico e politico al centro dell'interesse del mondo politico e dei cittadini.

Seguì a quel periodo la stagione contrattuale alla fine della quale si capitalizzò al massimo le risorse economiche disponibili e si introdussero nella parte normativa le prime risposte alle diverse e più difficili condizioni di lavoro dei medici del Servizio sanitario nazionale.

LE RAGIONI DELL'UNITÀ

Ritrovarsi tutti insieme, come allora, tutte le sigle sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria ed amministrativa al Capranica il 13 novembre 2007 non poteva non riannodare il filo dei pensieri e non poteva non significare una continuità di presenza, una testimonianza di protagonismo che l'Anaa Assomed rivendica nella sua azione sindacale e politica.

Oggi come allora il federalismo, seppure uscito dalle aule parlamentari, produce effetti negativi sul Ssn, come una febbricola lentamente consuma le caratteristiche di universalità e di equità, colpendo le Regioni più povere. E se fino ad oggi le categorie erano Regioni ricche e Regioni povere, Regioni del Nord e Regioni del Sud, oggi fa la sua scena una nuova suddivisione tra Regioni virtuose, quelle senza debito o con un debito "sotto controllo" e Regioni con i conti in rosso, Regioni cosiddette "canaglia", affannate a perseguire piani di rientro dal debito, che hanno tagliato prestazioni ai cittadini e conquiste contrattuali ai lavoratori, ma che soprattutto hanno ulteriormente scavato un abisso, una ferita ancora più profonda nel diritto alla salute al di là della propria residenza.

Oggi come allora un contratto, scaduto da quasi due anni, da rinnovare. Il Governo che non approva l'atto di indirizzo, fermo sul suo tavolo da due mesi, rendendo impossibile l'avvio del confronto per il rinnovo contrattuale. Intanto ci sono vecchi e nuovi problemi del-

la vita quotidiana nei luoghi di lavoro che rendono le condizioni di lavoro sempre più difficili e gravose, che richiedono di essere risolti. C'è un evidente impoverimento delle retribuzioni colpite dalla manovra fiscale dell'ultimo anno che ha eroso ed in parte completamente annullato i benefici economici del biennio 2004-2005. C'è un disegno di legge finanziaria in discussione in Parlamento che non fissa le risorse economiche per il rinnovo contrattuale del biennio 2008-2009 ed il pericolo di trovarsi nel paniere per il 2008 la sola vacanza contrattuale, come già avvenuto nel 2006, è quanto mai reale e vicino. Il valore economico della Indennità di esclusività di rapporto è ferma dal 2000 e nel corso di questi anni ha perso potere di acquisto svalutandosi di circa il 18%. Inoltre, non essendo una voce che rientra nella determinazione della massa salariale ha generato un meccanismo perverso per cui gli incrementi contrattuali percentuali per la Dirigenza medica e veterinaria non vengono calcolati sull'intera retribuzione, come avviene per tutte le altre categorie del Pubblico Impiego, ma sulla retribuzione sottratta la voce indennità di esclusività, con il risultato che il reale incremento retributivo è inferiore a quello del restante pubblico impiego. Per il biennio 2006-2007 pur essendo l'incremento contrattuale previsto pari al 4,46%, in realtà, a causa della indennità di esclusività "esclusa" dalla massa salariale, l'incremento reale sarà del 3,9%. Oggi rispetto ad allora si è ulteriormente aggravato il problema del precariato medico e le forme di contratti atipici si sono moltiplicate creando disuguaglianze ed instabilità delle condizioni di lavoro. La finanziaria dello scorso anno escludeva i Dirigenti dalle possibili soluzioni del problema del lavoro precario, gli interventi legislativi regionali tardano a venire ed intanto i Medici precari sono diventati 12mila.

LA CRONACA DELLA GIORNATA

La sala del Teatro Capranica era completamente piena di medici in rappresentanza di tutte le Regioni. Hanno parlato tutti i leaders sindacali e sono intervenuti rappresentanti politici delle commissioni di Affari sociali e Sanità di Camera e Senato. Ha parlato a nome del Governo il Sottosegretario alla Salute, Serafino Zucchelli, che non poteva non ricordare in quel momento e gli anni in cui ha guidato l'Intersindacale e tutte le battaglie sindacali degli ultimi anni.

Zucchelli conosce molto bene i problemi della nostra categoria, le difficoltà del nostro lavoro ed i bisogni della nostra professione, condivide i nostri programmi ed approva le nostre richieste. Noi tutti siamo convinti di avere in lui un sicuro alleato. Era presente ed è intervenuto Gianni Alemanno a nome della opposizione.

Tutti hanno ascoltato le nostre ragioni ed hanno dichiarato la loro collaborazione secondo le loro competenze ed il loro ruolo.

L'ultimo intervento, a sintetizzare il valore di una giornata lunga quattro ore e che ha visto ventiquattro oratori alternarsi a prendere la parola, è stata quella del Segretario nazionale dell'Anaa Assomed, Carlo Lusenti. A lui è toccato il compito di raccogliere il senso dei vari interventi, di allacciare le singole richieste in una unica grande rivendicazione quella per il rinnovo del contratto nazionale di lavoro. Ha ricordato le difficoltà di questi anni, ha rivendicato il coraggio della nostra presenza, la tenacia della nostra azione sindacale nei luoghi di lavoro e nel palazzo della politica, ha ribadito la determinazione di una intera categoria ad andare avanti fino a vedere realizzate le proprie legittime rivendicazioni ed affermati i propri diritti. Ha chiesto a nome di 110mila medici:

- il finanziamento del contratto per il biennio economico 2008;
- la rivalutazione della indennità di esclusività di rapporto congelata ai valori del 1999;
- una soddisfacente e definitiva soluzione del problema del precariato della Dirigenza del Servizio sanitario nazionale e dei medici del ministero della Salute.
- la riduzione della pressione fiscale per la nostra categoria che è stata privata con la manovra fiscale della legge finanziaria 2007 degli incrementi contrattuali del biennio 2004-2005.

È per tutto questo che l'Intersindacale, che raccoglie tutte le sigle sindacali della Dirigenza medica veterinaria sanitaria ed amministrativa, in rappresentanza di 150mila lavoratori, ha dichiarato lo sciopero generale per il 26 novembre.

Il segretario nazionale Anaa Assomed ha concluso la manifestazione invitando tutta la categoria alla mobilitazione che dovrà continuare intensa e dovrà coinvolgere tutta la categoria perché oggi è importante non perdere l'iniziativa e riaffermare la nostra presenza, fino a vedere riconosciuti i nostri legittimi diritti.

I CONTENUTI DEL DDL "INTERVENTI PER LA QUALITÀ E LA SICUREZZA DEL SSN" APPROVATO DAL CONSIGLIO DEI MINISTRI IL 16 NOVEMBRE 2007

Ammodernamento, si parte

Semaforo verde all'ammodernamento del Ssn: il Consiglio dei Ministri ha approvato lo scorso 16 novembre il Disegno di legge collegato alla Finanziaria 2008 dal titolo "Interventi per la qualità e la sicurezza del Servizio sanitario nazionale".

Il provvedimento, formato da 23 articoli, contiene due deleghe al Governo: una su assistenza primaria, emergenza sanitaria territoriale e ruolo delle farmacie, l'altra per la riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute e per il coordinamento della disciplina legislativa in materia sanitaria.

Tra le principali novità: il riordino complessivo e il potenziamento delle cure primarie; il governo clinico nelle Aziende sanitarie, con la trasformazione del Collegio di direzione in organo dell'azienda con poteri obbligatori sui principali atti gestionali; nuovi criteri per la nomina dei Direttori generali e dei dirigenti di struttura complessa; l'istituzione di specifiche unità per la gestione del rischio clinico e di servizi di ingegneria clinica nelle strutture sanitarie; nuove misure per favorire la soluzione extragiudiziale delle controversie e accorciare i tempi di indennizzo per i pazienti danneggiati; l'esclusività di rapporto per i primari; l'istituzione di un sistema nazionale di verifica della qualità delle cure erogate dal Ssn con la partecipazione dei cittadini, e di un sistema nazionale di linee guida per l'appropriatezza, la qualità e la sicurezza in campo diagnostico, clinico e terapeutico.

Di seguito, una sintesi dei 23 articoli che compongono il Disegno di legge.

PIANO SANITARIO NAZIONALE (ART. 2)

Il Psn diventa quinquennale, individua i bisogni di salute della popolazione e definisce le linee di indirizzo generali.

Si coordina con gli obiettivi di salute individuati dal Consiglio dei ministri con cadenza biennale, su proposta del Ministero della Salute e tenuto conto degli indirizzi dell'Unione Europea, declinati nel Piano Guadagnare salute per far convergere in modo integrato tutte le politiche pubbliche sul miglioramento dei determinanti della salute.

I macro obiettivi dettati dal Psn si traducono in specifici accordi che fissano le sinergie tra Stato e Regioni. I temi degli accordi indicati come prioritari sono: erogazione dei Lea, programmi di prevenzione, ricerca, sviluppo della qualità, formazione, linee guida. La programmazione regionale, in coerenza con il Piano nazionale e con gli accordi, definisce l'orizzonte di azioni, obiettivi e risorse delle singole Regioni.

VALUTAZIONE (ART. 3)

Gli adempimenti previsti dagli accordi tra Stato e Regioni sono verificati attraverso il Sistema nazionale di valutazione e attraverso i diversi soggetti che vi partecipano: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Agenzia italiana del farmaco, Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea ecc.

Nel caso di inerzia delle Regioni si attiva il potere sostitutivo. Un accordo tra Stato e Regioni stabilisce a monte quali impegni sono soggetti a verifica e quindi all'attivazione del potere sostitutivo.

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA (ART. 4)

Per le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione

sanitaria (nelle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze, Hiv, inabilità e disabilità da patologie cronico degenerative) si rafforzano i legami tra l'azienda sanitaria e le amministrazioni locali, che non si limitano a partecipare alla programmazione delle attività sul territorio, ma possono contare anche sul rendiconto periodico da parte del direttore generale sullo sviluppo delle attività gestionali e del loro impatto sul territorio.

Entro il 31 dicembre 2008 le Regioni dovranno definire gli "strumenti unitari" per la programmazione, l'organizzazione e la gestione delle prestazioni, avviando l'attuazione di quanto previsto dalla legge 328/00.

Le Regioni, per trovare soluzioni organizzative adeguate ad assicurare la presa in carico integrata del bisogno socio-sanitario e la continuità del percorso di cura e di assistenza:

- rendono coerenti il disegno dei distretti sanitari e degli ambiti territoriali sociali;
- sviluppano una programmazione unitaria per le prestazioni ad alta integrazione;
- verificano che quando i servizi relativi alle prestazioni integrate sono affidate in outsourcing, si svolgano gare uniche di Asl e Comuni.

PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI (ART. 5)

Con il Patto per la partecipazione alla tutela del diritto alla salute, da definirsi in base ad un accordo tra Stato e Regioni, i diversi livelli di articolazione del Ssn si impegnano per garantire forme di partecipazione e valutazione civica. Il Ssn favorisce l'accesso dei cittadini, singoli o associati, alle informazioni anche per via telematica.

AREA OMOGENEA DELLA MEDICINA GENERALE (ART. 6)

Il Governo ha tre mesi di tempo, dall'entrata in vigore della legge, per adottare decreti legislativi in materia di assistenza primaria e di emergenza sanitaria territoriale, orientati anche alla istituzione dell'Area omogenea di medicina generale.

ASSOCIAZIONISMO MEDICO E UMG (ART. 6)

Tra i temi per cui il Governo ha delega legislativa di tre mesi dall'entrata in vigore della legge vi è anche la costituzione di Unità di medicina generale e di Unità di pediatria, come strutture organizzative di almeno 15 medici per una platea di assistiti di almeno 15.000 persone.

Le Unità di medicina generale garantiscono l'assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza domiciliare continua, diurna e notturna.

Le Unità di pediatria assicurano l'assistenza ambulatoriale tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza notturna, prefestiva e festiva in collaborazione con le Unità di medicina generale.

FARMACIE (ART. 6)

Entro tre mesi dall'entrata in vigore della legge il Governo ha delega per emanare decreti legislativi che definiscano il ruolo delle farmacie pubbliche e private in rapporto agli obiettivi del Ssn, secondo i seguenti criteri:

- assicurare supporto all'assistenza domiciliare inte-

Il commento dell'Anao Assomed Un provvedimento con luci e ombre

Era ora che qualcuno pensasse a fare la manutenzione di una legge - il D.lgs 229/1999 - ormai con quasi dieci anni alle spalle e che va però mantenuta attuale. Ed è positiva in questo senso l'attenzione che si sta dando proprio con il Ddl sull'ammodernamento al Ssn: lo si vuole realmente difendere con i contenuti del disegno di legge, non più trattare come fosse una realtà residuale. Dal punto di vista dei contenuti pensare, sia pure con una delega la cui applicazione va quindi ancora tutta costruita, di garantire l'assistenza primaria 24 ore su 24 e per tutti i giorni della settimana con risposte diverse all'ospedale è al passo coi tempi e in linea con le indicazioni che arrivano dall'Europa.

Positiva, anche se non esaustiva rispetto a ciò che sarebbe stato possibile fare, è anche la nuova visione del Collegio di direzione che diventa organo dell'azienda. Ci sarebbe piaciuto anche sapere in quali precisi momenti deve interagire con i direttori generali, ma è un passo avanti anche questo.

E maggiore trasparenza arriva anche dai nuovi criteri di scelta di manager e dirigenti di struttura complessa. Più coraggio invece avremmo voluto vedere nel capitolo che riguarda la formazione e i rapporti con l'Università.

Siamo d'accordo che va preservata l'autonomia che il Titolo V dà alle Regioni e quella dell'Università. Ma prevedere la formazione in ospedale solo al IV e V anno del corso di laurea così come abbandonare l'idea di equiparare l'età pensionabile degli universitari a quella degli altri medici dipendenti del Ssn, per noi è il nervo scoperto del provvedimento e meritava non solo maggior coraggio nell'inserirlo nel disegno di legge ma anche minore resistenza da parte di altri "pezzi" del Governo.

E poi c'è l'esclusiva. Con la previsione della sua obbligatorietà il ministro ha di fatto legato questo provvedimento in modo indissolubile alla sua rivalutazione, oggetto dell'agitazione della categoria, e lo rite-

niamo come la formalizzazione di un impegno con noi che dovrà trovare corpo nella Finanziaria alla Camera. Non siamo ostili quindi all'inserimento di questa previsione del disegno di legge sull'ammodernamento, ma lo consideriamo un impegno d'onore che il ministro ha preso in questo modo con la nostra categoria e che presuppone a questo punto come priorità un emendamento alla manovra in cui si preveda l'adeguamento o quanto meno l'introduzione dell'indennità nel monte salari. Ovviamente non tutte le previsioni del Ddl ci trovano d'accordo. Ad esempio il governo clinico è ridotto a uno slogan rispetto a versioni precedenti del testo e non vorremmo che agganciare un provvedimento di questo tipo a una Finanziaria facesse perdere di vista le esigenze delle risorse umane professionali, che del sistema sanitario costituiscono l'elemento più importante. Ma credo sia meglio fare un passo avanti che lamentarsi di non averne fatti due.

grata per i pazienti residenti nell'ambito della sede farmaceutica;

- effettuare analisi di laboratorio di prima istanza (esclusa l'attività di prelievo di sangue o plasma mediante siringhe);
- dare supporto all'attività del medico di medicina generale ai fini del monitoraggio dell'utilizzazione dei farmaci prescritti;
- svolgere attività di educazione sanitaria al pubblico.

GOVERNO CLINICO (ART. 7)

Il Collegio di direzione, espressione della globalità delle professioni sanitarie, diviene organo dell'azienda incaricato di esprimere un parere obbligatorio su alcuni rilevanti momenti della vita gestionale dell'ente: l'atto aziendale, i programmi di ricerca e formazione, la contrattazione aziendale, la formazione del personale, le modalità di esercizio della professione intramuraria. Il collegio di direzione è composto da: direttore sanitario e direttore amministrativo, direttori di distretto, direttori di dipartimento e di presidio, responsabile del servizio infermieristico, rappresentante dei medici di medicina generale e rappresentante dei pediatri di libera scelta e degli specialisti convenzionati.

DIRETTORI GENERALI (ART. 8)

Norme più trasparenti per la nomina dei Direttori generali. La selezione si svolge in due fasi. Nella prima si raccolgono e si valutano i curricula dei candidati, per individuare i più idonei a realizzare le strategie aziendali. Tale valutazione è effettuata da una commissione di tecnici: un direttore generale già in servizio, il dirigente apicale dell'amministrazione regionale, un docente universitario in materia di management. La commissione individua la terna dei migliori candidati, tra i quali il Presidente della Regione potrà poi scegliere.

La procedura si svolge alla luce del sole, poiché i curricula vitae dei candidati sono pubblicati on line e gli esiti della valutazione tecnica devono essere trasmessi al Sistema nazionale di valutazione e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

DIPARTIMENTI E DISTRETTI (ARTT. 9, 11, 12)

Il disegno di legge consolida le fondamentali articolazioni delle aziende sanitarie, i dipartimenti e i distretti, e delle aziende ospedaliere, i dipartimenti.

I dipartimenti operano secondo un criterio di omogeneità di area d'intervento.

I distretti, in ambito territoriale, assicurano l'attività di assistenza primaria, le prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria e le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale. Il direttore di dipartimento o di distretto è nominato dal direttore generale entro una terna di nomi, sentiti il Comitato di dipartimento e il Collegio di direzione. Le Regioni disciplinano composizione e funzioni del Comitato di dipartimento, garantendo parità tra membri di diritto e rappresentanti della dirigenza medica e sanitaria e delle professioni sanitarie.

CONTROLLI SULLE STRUTTURE ACCREDITATE (ART. 10)

Per l'accreditamento sarà necessario rispondere a maggiori requisiti di funzionalità e sicurezza. Il ddl prevede inoltre che laddove il titolare o il direttore sanitario di una struttura accreditata sia condannato, con sentenza passata in giudicato, per il reato di truffa, con danno patrimoniale a carico del Ssn, venga dichiarata la sospensione dell'accreditamento fino a sei mesi o, in caso di recidiva, la decadenza definitiva. La decadenza scatta se, anche in prima condanna, sia stato accertato un danno d'importo pari o superiore a un decimo del tetto annuale di spesa fissato per la struttura interessata.

DIRIGENTI DI STRUTTURA COMPLESSA (ART. 13)

Anche il procedimento di nomina dei medici dirigenti di struttura complessa si modifica alla ricerca di maggiore trasparenza. In sintesi: con bando pubblico viene data comunicazione della vacanza del posto; i curricula dei candidati sono pubblicati su internet; una commissione di selezione presieduta dal direttore sanitario dell'azienda, e composta da primari della stessa branca estratti a sorte dall'elenco di quelli operanti nella Regione interessata, individua la terna dei migliori candidati; il direttore generale nomina con motivazione scritta all'interno della terna di nomi selezionata dalla commissione.

FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE (ART. 14)

La formazione specifica dei medici di medicina generale è affidata alle Regioni, ma è coordinata dal Ministero della Salute "per assicurare l'omogeneità degli indirizzi sul territorio nazionale".

MEDICI SPECIALIZZANDI (ART. 15)

L'attività professionalizzante dei medici specializzandi si svolge nelle strutture universitarie e in quelle del Ssn, ospedaliere ed extraospedaliere, che sono state inserite nella rete formativa individuata per ogni specializzazione di concerto tra Università e Regione.

ESCLUSIVITÀ DI RAPPORTO (ART. 16)

L'esclusività del rapporto di lavoro con il Ssn è richiesta a chi dirige una struttura complessa, per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale, e a chi dirige strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale, per la durata del suo incarico.

Per altri incarichi dirigenziali è consentito, al termine dell'impegno assunto, transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa.

A tutti è consentita la libera professione intramuraria.

SISTEMA NAZIONALE LINEE GUIDA (ART. 17)

Il Sistema nazionale linee guida e valutazione delle tecnologie sanitarie si organizza come sede di collegamento e coordinamento tra il Ministero della Salute, le Regioni, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza sul lavoro, l'Agenzia italiana del farmaco, il Coordinamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il Consiglio superiore di sanità, la Commissione unica dei dispositivi medici, la Commissione nazionale dell'appropriatezza, della Federazione nazionale degli Ordini dei medici e degli odontoiatri.

Il Sistema nazionale linee guida ha due obiettivi:

1. stabilire le linee guida di riferimento per i percorsi diagnostico terapeutici;
2. valutare l'impatto sanitario ed economico dell'introduzione di nuovi dispositivi medici e nuove tecnologie sanitarie.

Attraverso il Sistema nazionale linee guida si promuove il miglioramento della qualità nelle pratiche diagnostiche e terapeutiche in riferimento ai tempi di attesa, alla probabilità di incidenti critici ed errori clinici, alle patologie più complesse, agli effetti rilevanti sull'organizzazione dei servizi.

SICUREZZA DELLE CURE (ART. 18)

Le Regioni dovranno assicurare le condizioni per la creazione in ogni struttura sanitaria di organismi dedicati alla gestione del rischio clinico per la sicurezza

dei pazienti, dotati di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, per il loro trattamento ed per il monitoraggio nel tempo.

Gli enti territoriali dovranno altresì assicurare nei "luoghi delle cure" un servizio di ingegneria clinica unicamente riservato all'accertamento dell'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici.

RESPONSABILITÀ CIVILE (ARTT. 19, 20)

La responsabilità civile per la condotta del personale medico e non medico è estesa alla struttura sanitaria di appartenenza. Inoltre, le Regioni metteranno in atto misure idonee alla definizione stragiudiziale delle vertenze aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Ssn.

ASSR (ART. 21)

Definite le competenze dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali:

- promozione della qualità delle prestazioni e dei servizi resi al cittadino;
- valutazione dell'impiego delle risorse in relazione alla qualità erogata;
- monitoraggio e promozione della sicurezza delle cure e del rischio clinico;
- promozione dei programmi di riduzione dei tempi di attesa;
- elaborazione di linee guida cliniche e di percorsi diagnostico-assistenziali.

RIORGANIZZAZIONE DEGLI ENTI VIGILANTI (ART. 22)

Entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge il Governo è tenuto ad emanare uno o più decreti per la riorganizzazione dell'Istituto superiore di sanità, degli Istituti zooprofilattici sperimentali, della Croce Rossa italiana, della Lega italiana contro i tumori e dell'Agenzia italiana del farmaco.

I criteri di riorganizzazione dovranno mirare a semplificare e snellire la struttura amministrativa degli enti, razionalizzando spese e costi di funzionamento e prevedendo la possibilità per il Ministero della Salute di emanare indirizzi e direttive nei confronti degli enti.

La nomina del presidente di questi enti avverrà con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri su proposta del ministero della Salute.

I principi dell'ammodernamento del Ssn

Nessuna rivoluzione, come ha dichiarato più volte il ministro Livia Turco ma piuttosto un aggiornamento dei principi ispiratori del Ssn fissati nella legge istitutiva del 1978 e poi nei decreti 502/92 e 229/99. Sono queste le basi portate dal provvedimento approvato dal CdM:

- Dignità della persona in tutte le fasi della vita, anche quella terminale, con particolare attenzione alle implicazioni derivanti dalle innovazioni medico-scientifiche;
- tutela della salute attraverso una assunzione globale di responsabilità di tutte le politiche pubbliche non sanitarie che influiscono direttamente sui determinanti dello stato di salute della popolazione;
- responsabilità della singola persona, quale artefice del proprio stile di vita e delle conseguenze di salute che ne derivano;
- rafforzata la centralità del territorio nella logica di sussidiarietà tra Stato e Regioni;
- introduzione del principio del governo clinico come modalità di coinvolgimento delle professioni sanitarie nelle decisioni sulla gestione dell'azienda o dell'ospedale;
- partecipazione dei cittadini, come strumento diffuso di verifica per un costante miglioramento della qualità dei servizi;
- la valutazione diviene una funzione imprescindibile del Ssn a tutti i livelli di governo.

LA SANITÀ NELLA REGIONE

Abruzzo

Il recupero di una sanità in crisi

RISTRUTTURAZIONE DEL SISTEMA DELLE CURE DOMICILIARI E POTENZIAMENTO DI FORME ALTERNATIVE AL RICOVERO OSPEDALIERO, TAGLIO DECISO AL NUMERO DEI POSTI LETTO E RIDIMENSIONAMENTO DEL NUMERO DELLE ASL. E ANCORA, REGOLE STRINGENTI PER L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE. SONO QUESTE ALCUNE DELLE MOSSE ATTUATE DALLA REGIONE ABRUZZO PER RECUPERARE IL DEFICIT FINANZIARIO. UNA RISALITA CHE STA METTENDO A DURA PROVA IL PERSONALE DEL SSR

Ester Maragò

Non chiamatela più Regione canaglia. Perché l'Abruzzo ce la sta mettendo tutta per uscire dalle secche del deficit nelle quali l'hanno condotta anni di sperperi e l'assenza di una programmazione sanitaria incisiva. Iscritta nella lista nera delle Regioni in profonda crisi economica è riuscita, infatti, a superare grazie all'emanazione di una serie di provvedimenti lo scoglio della penultima delle verifiche sui conti regionali previste dal Piano di rientro del debito sanitario. Piano, lo ricordiamo, sottoscritto il 6 marzo scorso tra il presidente, Ottaviano Del Turco e i ministri della Salute e dell'Economia. E se otterrà il terzo "lasciapassare" dai tecnici dell'Economia potrà conquistare anche l'ultima tranche di risorse messe a disposizione dal Governo e puntare con più fiducia al riequilibrio economico previsto per il 2009.

Certo l'operazione è stata tutt'altro che indolore. Per frenare una macchina che produce mediamente 200 milioni di deficit annui e ha creato in un quinquennio un disavanzo di circa un miliardo di euro, il governo regionale ha dovuto avviare una politica di rigore che ha investito sia la sanità pubblica, sia la privata. Con un giro di vite più deciso per il privato accreditato.

Uno dei tasselli più importanti di questo percorso di rimonta è il Piano sanitario regionale 2008-2010. Varato dalla Giunta regionale ad agosto, entrerà definitivamente in porto entro la fine dell'anno o al più tardi agli inizi del 2008, dopo l'approvazione definitiva del Consiglio regionale. Allora sì che la sanità abruzzese potrà dire di aver cambiato volto.

E questo è solo l'ultimo atto del processo di riordino della sanità regionale partito con la nascita dell'Agenzia sanitaria regionale e passato attraverso la promulgazione della legge su "autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture socio-sanitarie pubbliche e private". Un provvedimento quest'ultimo arrivato dopo ben 11 anni di vuoto legislativo e fondamentale per la programmazione sanitaria regionale.

Ma se le manovre correttive stanno dando i frutti sperati, almeno per le casse regionali, per i medici del Ssr la situazione è dura, come ha spiegato nell'intervista pubblicata nella pagina seguente il segretario regionale dell'Anaa Assomed, Filippo Gianfelice. L'operazione di contenimento delle spese ha imposto, infatti, rigidi paletti al personale. Il risultato? Organici ridotti e preoccupanti ricorsi a personale precario che mettono a repentaglio la qualità delle cure. Anche la riorganizzazione della sanità prevista nel nuovo Psr, ha denunciato Gianfelice, presenta alcuni nei, quali quello

dell'accorpamento delle Asl e la creazione di due Aziende miste. Mentre per il privato accreditato servirebbero controlli ancor più rigidi.

LE CRITICITÀ DEL SISTEMA

Non sono poche le maglie deboli della sanità abruzzese che deve rispondere ai bisogni di una popolazione con un buono standard di salute ma con una presenza di over 65 superiore alla media nazionale. L'offerta ospedaliera è elevata, con forti disomogeneità di posti letto fra le varie Asl non correlate ai bisogni territoriali. Sono carenti day hospital/day surgery e lungodegenza. Mostra importanti differenze tra Asl anche l'offerta residenziale destinata a pazienti con disabilità, non autosufficienti anziani e psichiatrici (riabilitazione, residenze sanitarie assistenziali, centri residenziali). Sono scarsi i servizi di assistenza domiciliare e territoriale/ambulatoriale.

Ma è in particolare sugli alti costi del personale che hanno puntato il dito i tecnici dell'Economia nella loro operazione di controllo sulle spese regionali.

PIANO SANITARIO REGIONALE 2008-2010

Deospedalizzazione, ma anche ristrutturazione del sistema delle cure domiciliari e potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, migliorando la qualità dei servizi sanitari. Sono questi alcuni degli

obiettivi del nuovo Piano sanitario regionale 2008-2010.

Dal punto di vista tecnico, ha spiegato il direttore generale dell'Agenzia regionale sanitaria, Francesco Di Stanislao, il Piano "risponde a due esigenze primarie: la realizzazione di reti di assistenza completa verso malati e l'ampliamento dell'offerta sanitaria nel sistema territoriale verso i soggetti più fragili della società regionale".

Tra le principali novità c'è il taglio deciso dei distretti sanitari che passeranno da 74 a 24 in armonia con la norma che ne prevede uno ogni 50 mila abitanti. Crescono i ricoveri totali, dagli attuali 10.532 si giungerà a 11.769, ma per quelli ospedalieri è prevista una diminuzione (dagli attuali 6.480 si passerà a 6.055), mentre per quelli residenziali ci sarà un incremento (da 4.052 a 5.714).

Sarà ricondotto nella soglia delle previsioni di legge anche il numero dei posti letto: quelli ospedalieri passeranno dal 62 per cento al 51 per cento, quelli residenziali dal 38 per cento al 49 per cento. In particolare, per il pubblico il taglio è del 6 per cento, e per il privato del 16,7, di cui il 9,2 per cento per il riabilitativo e il 21 per gli acuti. Raddoppierà il numero delle residenze per anziani: passerà da 1.006 a 2.600 unità.

Sul fronte del miglioramento della qualità delle prestazioni, il Piano introduce il concetto di rete e ne delinea 18, una per ciascuna delle principali patologie. Si va dalla rete neurologica a quella dei trapianti, da quella nefrologica alla rete ematologia. Inoltre, partirà per sei mesi la sperimentazione del "Centro unico di accesso" che integra i servizi sociali e sanitari e, soprattutto, consentirà al cittadino di rapportarsi con un unico interlocutore.

Il restyling della sanità regionale punta inoltre ad una riorganizzazione dell'assetto del sistema sanitario, con la riduzione da sei a quattro delle Aziende sanitarie locali: l'Azienda sanitaria locale di L'Aquila, Avezzano e Sulmona (che raggruppa le attuali Asl 1 e 4); l'Azienda sanitaria locale di Chieti, Lanciano e Vasto (che raggruppa le attuali Asl 2 e 3); l'Azienda sanitaria locale di Pescara (l'attuale Asl 5) e l'Azienda sanitaria locale di Teramo (l'attuale Asl 6). Il Piano prevede anche l'istituzione delle Aziende ospedaliero-universitarie di Chieti e L'Aquila.

Prenderà il via entro la fine dell'anno il nuovo sito regionale del sindacato www.anaoabruzzo.it dove gli iscritti potranno trovare tutte le informazioni sulla sanità regionale e le comunicazioni sindacali.

Abruzzo

Popolazione 1.299.272

Asl 6

Ospedali a gestione diretta 22

Case di cura accreditate 13

Pl. pubblici 5.387

Medici 2.843

Infermieri 6.211

Mmg 1.120

Personale Ssn 15.326

Pediatri di libera scelta dl 185

Guardia medica 474

Ancora molti i nodi da sciogliere

**INTERVISTA A FILIPPO GIANFELICE,
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED ABRUZZO**

Dottor Gianfelice, la sanità regionale sta faticosamente risalendo la china, è stato un percorso faticoso?

Stiamo pagando gli errori compiuti nell'ultimo decennio di governo regionale. L'ingrui utilizzo del Fondo sanitario regionale soprattutto con eccessive aperture in favore del privato accreditato, ha alimentato la crescita del debito. Inoltre, la sanità abruzzese non ha mai beneficiato di un serio piano di riorganizzazione sanitaria, favorendo la proliferazione di strutture sanitarie in controtendenza a ciò che avveniva in altre regioni italiane. Il quadro oggi è più chiaro dopo che lo scandalo Fira, la Finanziaria regionale, è emerso in tutta la sua realtà; lì dove, grazie anche al meccanismo della cartolarizzazione, sono stati ricoperti debiti contratti con case di cura private per oltre 100 milioni di euro, debiti che non sarebbero stati tali se si fossero controllate le prestazioni offerte dalle stesse case di cura private. Insomma, le criticità sono state molteplici.

Qual è il suo parere sulle azioni messe in campo dal Piano di rientro dal deficit?

Il Piano di rientro ha individuato diversi canali di spesa da correggere ma, forse erroneamente, ha considerato la spesa del personale, che costituisce circa il 40% della spesa sanitaria totale, una delle maggiori criticità. La soluzione adottata per risolverla, di fatto, ha portato ad un blocco indiscriminato delle assunzioni: infatti, sono stati stabiliti tetti di spesa talmente bassi da non consentire alle Aziende di assumere personale, nemmeno per coprire il turn-over pensionistico. Questo inevitabilmente ha prodotto pesanti ripercussioni nelle strutture ospedaliere che, a causa di questa forte cura dimagrante, con difficoltà riescono a garantire standard minimi di assistenza.

A rendere lo scenario ancor più complesso è poi intervenuta la legge regionale sul riordino dei posti letto. Il provvedimento ha obbligato le Aziende sanitarie a ricostruire una nuova rete ospedaliera aprendo alla riabilitazione e alle

lungo-degenze. Una scelta ottimale, peccato che per realizzare questo occorrono grandi risorse attualmente non disponibili, quindi ci troviamo di fatto nella impossibilità di avviare quanto è stato presentato. Ma il tasto dolente è che per ovviare a queste carenze si ricorre a personale precario, che in Abruzzo costituisce il 15% della forza lavoro.

La Giunta regionale ha recentemente varato il Piano sanitario regionale 2008-2010. Virtù e criticità?

Il Piano nasce già con alcune criticità: è ampio e dettagliato per alcuni settori, come ad esempio quello relativo all'offerta sanitaria sul territorio, è invece generico e aspecifico per altri.

In particolare sono tre i problemi che ci preoccupano maggiormente. Il primo riguarda la previsione della costituzione di due Aziende ospedaliero-universitarie a L'Aquila e Chieti, accompagnato dalla riduzione delle sei Asl attualmente esistenti - ossia L'Aquila, Chieti, Pescara, Teramo, Avezzano-Sulmona e Lanciano-Vasto - a quattro Aziende a valenza provinciale.

In un'ottica di ammodernamento e razionalizzazione questa soluzione potrebbe anche essere positiva, ma se fosse possibile sarebbe preferibile optare per la creazione addirittura di due Aree Vaste, ossia quella di L'Aquila, Teramo, Avezzano e quella di Pescara, Chieti, Lanciano-Vasto, nel cui ambito inserire le due nascenti Aziende Ospedaliero-Universitarie. Questo favorirebbe lo sviluppo ed eviterebbe doppioni inutili. Ma questa scelta, che richiederebbe un ampio sforzo politico ed organizzativo è lontana dal realizzarsi e perciò chiediamo pari dignità alle quattro aree provinciali na-

scenti, ove vengano mantenuti e sostenuti i centri di eccellenza e riferimento esistenti. Penso al Centro trapianti e all'oncologia di L'Aquila e Chieti, alle Cardiocirurgie di Chieti e Teramo e all'Ematologia di Pescara e via dicendo.

La seconda criticità riguarda il privato accreditato. Questo dovrebbe avere una "mission" di complementarità rispetto al servizio pubblico, e non di prima posizione, soprattutto perché nel privato accreditato il 42% dei ricoveri è improprio, rispetto al 12% del pubblico, in quanto gestiscono i posti letto in maniera autonoma e indiscriminata. Sarebbe quindi opportuno che per prima cosa, invece di parlare di finanziamenti, si definiscano una volta per tutte regole precise di controllo.

Il terzo problema è legato alle gravi carenze che affliggono il territorio. In Abruzzo stiamo intraprendendo ora un percorso che le altre Regioni italiane hanno già imboccato da 15 anni.

E lo scenario è preoccupante: il territorio non è in grado di dare risposte prima e dopo il ricovero ospedaliero. Inoltre, la diagnostica e tutte le attività di prevenzione rimangono affidate all'ospedale. Per questo riteniamo che sia ancora prematuro distogliere risorse economiche alla realtà ospedaliera. Occorre che allo sviluppo del territorio si accompagni una flessibilità dell'offerta delle risorse nell'interesse del cittadino.

E con l'assessore Mazzocca?

I rapporti con l'assessorato alla Sanità e con l'Agenzia sanitaria regionale sono buoni: le proposte che abbiamo presentato sono state sempre accolte. In sostanza abbiamo un dialogo proficuo e costruttivo, speriamo che continui ad essere tale anche in futuro.

**INTERVISTA A BERNARDO MAZZOCCA,
ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE ABRUZZO**

"Tanti sacrifici, ma ne è valsa la pena: recuperati 800 milioni di euro"

Assessore Mazzocca, quali sono le strategie messe in atto per far quadrare i conti di una sanità sofferente?

In questi due anni abbiamo approvato la legge sul riordino della rete ospedaliera che ha comportato una riduzione di mille posti letto e di 100 unità operative, ed soprattutto un taglio consistente nel privato accreditato. Ancora, è stata varata la legge sull'accREDITAMENTO definitivo delle strutture sanitarie e socio sanitarie e quella sui percorsi alternativi ai ricoveri ordinari, emanati protocolli ispettivi e di appropriatezza. Tutto questo in sintonia con le misure previste dal Piano di rientro dal deficit che ci permette di recuperare importanti risorse economiche. E adesso siamo nella fase finale dell'approvazione del Piano sanitario regionale 2008-2010 che compendia tutte queste azioni messe in campo. Un Piano che contiamo di varare entro la fine dell'anno, o al massimo entro l'inizio del 2008. In sostanza, ci siamo rimessi in pari e abbiamo risistemato le regole del sistema che erano completamente saltate. Teniamo presente che dal 2001 al 2005 la Regione ha accumulato un deficit di circa un mi-

liardo di euro che stiamo recuperando solo grazie ad un duro lavoro.

Un'azione di rimonta che ha comportato molti sacrifici?

È ovvio che il taglio dei mille posti letto non è stato indolore. Ma era un obiettivo che la Regione doveva raggiungere già dal 2001 come stabilito dall'accordo Stato Regioni dell'8 agosto che ha fissato il parametro di riferimento a 4,5 posti letto ogni mille abitanti. Recuperiamo quindi un ritardo di un lustro. Il sacrificio è quotidiano, ma ne è valsa la pena, e lo testimonia il fatto che abbiamo superato le prime due fasi di verifica del tavolo di monitoraggio dei Ministeri della Salute e dell'Economia recuperando risorse per circa 800 milioni di euro.

Il Piano di rientro ha individuato nei costi del personale uno dei punti di maggiore criticità del sistema. Un settore che deve fare i conti con carenze croniche e problemi di precariato, e che ora si trova esposto al rigore dei provvedimenti messi in atto. Quali sono le possibili soluzioni?

È il nodo più duro da sciogliere. Abbiamo vincoli ben pre-

cisi posti dal Piano di rientro e ai quali dobbiamo assolvere. Sicuramente è un problema di non facile risoluzione che non si risolve neanche con una chiusura degli ospedali perché comunque il costo del personale rimane invariato. In particolare occorre essere consapevoli del fatto che effetti significativi sul risparmio non potranno manifestarsi prima di alcuni anni. In ogni modo, per dare risposte alla questione dell'insufficienza di personale stiamo accorpando reparti, ma di certo non è possibile pensare di trasformare un urologo in un rianimatore e sopperire quindi alla carenza di alcune specialità. Inoltre stiamo riducendo gradatamente il ricorso a forme precarie che sono eccessive soprattutto nelle Asl di Pescara e Chieti.

Altro tasto dolente è quello del privato accreditato Stiamo trattando con l'ospedalità privata, ma nel Piano è già previsto che dovranno essere attuati tagli consistenti del 30%: passeremo dai 130 milioni annui di spesa del triennio 2005-2007 a 101 milioni nel 2008. I privati lo sanno. Ma se vogliamo arrivare al pareggio di bilancio dobbiamo attuare necessariamente una politica di rigore.

L'ESODO PENSIONISTICO DEI DIRIGENTI MEDICI

Quali rischi per il futuro del Servizio Sanitario della Toscana?

Carlo Palermo* e Enrico Reginato**

Sono in continuo aumento le richieste di pensionamento da parte dei medici del Servizio sanitario nazionale: dal 2005 al 2006 sono cresciute ben del 72%. Un incremento che desta preoccupazioni per il funzionamento del servizio sanitario pubblico. E la situazione della Toscana, fotografata in queste pagine di Dirigenza Medica, consente di delineare i possibili scenari a cui andranno incontro anche le altre Regioni italiane

La notizia relativa ad una netta crescita delle richieste di pensionamento pervenute all'Inpdap da parte dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale (Ssn), nell'anno 2006, cresciute dalle 1.262 del 2005, alle 2.181 del 2006 con un incremento del 72% rispetto al 2005, ci ha indotti ad analizzare quali siano, in Toscana, le prospettive di funzionamento del servizio sanitario pubblico nel prossimo futuro.

L'analisi è stata condotta tenendo conto delle concrete ripercussioni che avranno, sulla qualità del servizio sanitario regionale, i flussi di pensionamento, l'insoddisfazione nei confronti del clima lavorativo, dell'inefficienza dei meccanismi formativi dei medici, dalla formazione *post-lauream* allo sviluppo professionale continuo, ed anche dell'applicazione della direttiva europea per il tempo massimo di lavoro, che impone anche per i Dirigenti medici italiani, di non superare le 48 ore lavorative settimanali.

Il presente lavoro è limitato alla realtà della regione Toscana, da un lato per la difficoltà incontrata ad ottenere i dati necessari da tutte le realtà regionali italiane, ma anche in considerazione che, se il Ssn italiano è stato definito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità fra i migliori del mondo, il Servizio sanitario regionale toscano è unanimemente ritenuto fra quelli meglio funzionanti all'interno del Servizio sanitario nazionale.

Di conseguenza riteniamo che i rischi di malfunzionamento futuro del Servizio sanitario regionale toscano non saranno un fenomeno circoscritto a que-

sta Regione, ma possano rappresentare un segnale importante per tutto il Ssn.

RUOLO REGIONALE

Abbiamo utilizzato l'elenco regionale dei ruoli dei medici dipendenti, aggiornati al 2006, distribuiti secondo la loro data di nascita, per valutare l'andamento dell'occupazione per fasce d'età. Il numero complessivo è di 7.317, di cui 6.664 ospedalieri. L'andamento della curva, come si può vedere dal grafico, ha una forma gaussiana, a sinistra si collocano i medici che sono prossimi a lasciare il servizio, tra i quali, coloro che, per precedenti norme transitorie, hanno ottenuto di rimanere in servizio fino al settantesimo anno di età. C'è poi un numero più consistente di medici che, nel 2006 avevano raggiunto 67 anni, limite massimo consentito per restare in servizio con le norme in vigore. Una crescita più significativa si avverte dai nati del 1945, con una pendenza abbastanza regolare fino ai nati del 1954. Si resta stabili a quel livello fino ai nati del 1958. Dopodiché si assiste ad un rapido calo delle assunzioni. I medici più giovani in servizio sono due, nati nel 1975.

Proiettando la situazione al 2012, vediamo che dell'attuale massa di medici in servizio, una certa quota raggiungerà l'età del pensionamento: con l'uscita dei medici nati negli anni 1947 e precedenti, degli attuali medici ne resteranno in servizio 6.810. Ma diverse sono le prospettive se decideranno di chiedere il pensionamento anche i medici di età in-

feriore ai 65 anni, dato che questa popolazione di medici gode di una situazione previdenziale privilegiata rispetto alle generazioni più giovani: in gran parte rientrano nel sistema pensionistico retributivo ed hanno potuto anche riscattare ai fini pensionistici, con costi modesti, gli anni di studio precedenti all'assunzione ospedaliera.

Il tal caso la possibilità si estenderà fino ai nati del 1952: i medici attualmente in servizio scenderanno a 5.074 (- 31%).

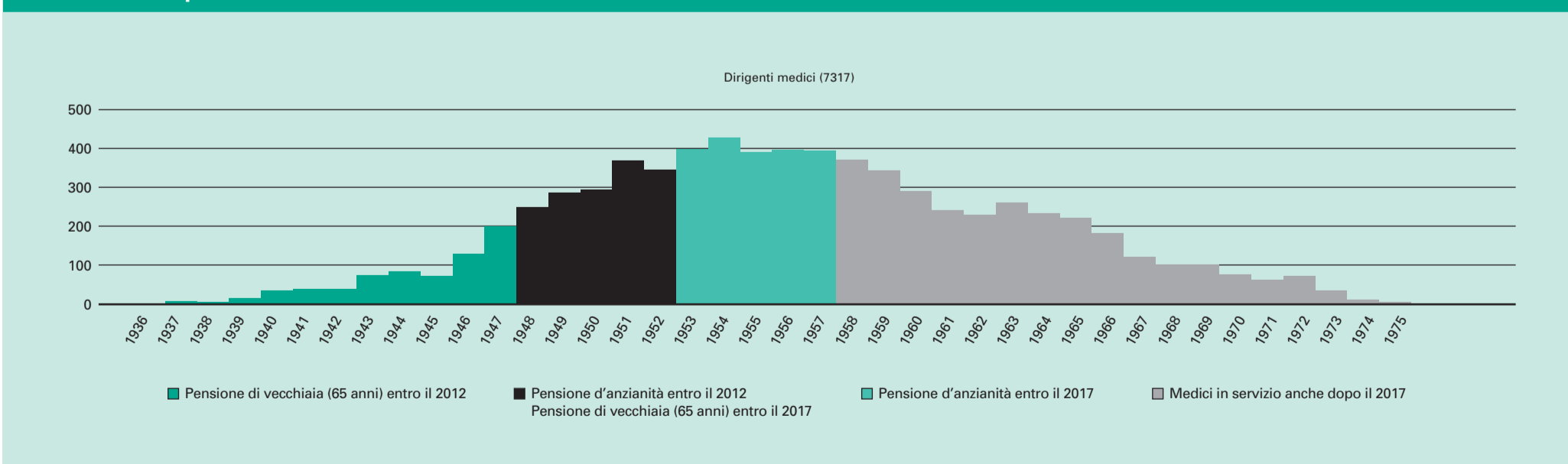
Ben più importante, numericamente, sarà l'esodo dei medici fra dieci anni, nel 2017, soprattutto se consideriamo le fasce d'età in condizioni di beneficiare anch'esse delle agevolazioni pensionistiche; a quella data avranno 60 anni e, se non tutti, almeno un elevato numero avrà riscattato gli anni precedenti l'assunzione, arrivando a 40 anni di contribuzione (qualcuno iscritto all'Università a 18 anni, potrà aver versato, a questa età, 42 anni di contributi). Dei medici attualmente in servizio (7.317), ne rimarranno 3.034 (- 59%).

Queste proiezioni tengono in considerazione la possibilità del pensionamento al raggiungimento di 40 anni di contributi, ma le norme attuali consentono il trattamento di quiescenza anche a persone con minore età ed anzianità, in tal caso le curve presentate avrebbero un andamento ancor più progressivo.

TEMPO DI LAVORO

La direttiva europea per il tempo massimo di lavo-

I medici toscani: quanti anni hanno?



ro è entrata in vigore nel 1993, stabilisce un massimo di 48 ore lavorative settimanali tra orario contrattuale e orario straordinario, tassativi periodi di riposo immediatamente successivi a turni di lavoro onerosi. L'importanza della direttiva è notevole: periodi lavorativi prolungati producono effetti significativi sulla salute degli interessati ed aumentano il rischio di errore. Con ampia probabilità, dall'eccessiva fatica deriva la perdita di interesse per il proprio lavoro e una mancanza di compassione nei confronti dei pazienti.

La privazione del sonno durante il servizio notturno, ha effetti ancora più negativi nelle persone di età più elevata, che, in base ai dati riportati in questo lavoro, rappresentano un'ampia maggioranza della popolazione medica della Toscana. Attualmente, il lavoro straordinario dei medici ospedalieri eccede abbondantemente i limiti posti dalla direttiva.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DEL CLIMA INTERNO DI LAVORO

Abbiamo distribuito ai medici ospedalieri della Toscana un questionario, elaborato da parte di un ristretto gruppo di psicologi dell'Azienda ospedaliera Meyer di Firenze.

Dalle risposte non sembrano esistere dubbi sull'insoddisfazione sullo spazio loro consentito, in merito all'autonomia professionale e alla reale possibilità di assumere decisioni strategiche. Come sappiamo, stiamo parlando di una popolazione di medici la cui anzianità professionale è mediamente molto elevata.

Pur in presenza di rapporti con i propri superiori gerarchici in maggioranza soddisfacenti, l'insoddisfazione per lo sviluppo del proprio ruolo all'interno della struttura è presente in un'ampia percentuale di intervistati.

FORMAZIONE POST-LAUREAM

La Formazione specialistica *post-lauream* rappresenta un punto debolissimo del nostro sistema formativo, oltre che un'assoluta unicità in ambito comunitario; infatti solo nel nostro Paese la specializzazione, indispensabile per poter entrare in ospedale, è nelle mani dell'Università. In tutti i Paesi della Unione Europea la formazione specialistica avviene all'interno degli ospedali, in pochi casi con il coinvolgimento paritetico dell'Università, con precisi iter formativi e con un rapporto di lavoro riconosciuto.

Il percorso formativo è definito da norme comunitarie e dalla loro applicazione in ambito nazionale, ma l'effettivo raggiungimento degli obiettivi formativi è discutibile.

Nella formazione *post-lauream*, le norme in vigore nella Ue, prevedono, ad esempio, che gli specializzandi delle branche chirurgiche abbiano effettuato, entro il periodo di formazione, un numero abbastanza elevato di interventi definiti di "alta chirurgia", di cui un significativo numero come primo operatore; l'esperienza quotidiana ci fa dire che ciò non accade.

La causa di ciò risiede, da un lato, dallo scarso rispetto della normativa, in assenza di controlli, dall'altro lato, circoscrivendo la presenza degli specializzandi all'interno dei soli reparti universitari, è ve-

rosimile che non ci sia casistica sufficiente a raggiungere tali obiettivi.

Per l'anno accademico 2005-06 gli specializzandi ammessi nelle università toscane di Firenze, Pisa e Siena, sono complessivamente 424 (in Italia sono complessivamente 4.999), il numero complessivo si aggira quindi attorno a 2000 medici, pari a poco meno di un terzo di quelli in servizio negli oltre 40 ospedali toscani, eppure ammassati in soli tre ospedali universitari. Per fare alcuni esempi, ci sono 48 specializzandi al 1° anno di Anestesia e Rianimazione, 17 in Cardiologia, 19 in chirurgia generale. Se li moltiplichiamo per gli anni di corso, abbiamo rispettivamente 192 specializzandi in Anestesia, 68 in cardiologia e 95 in Chirurgia generale/addominale. È intuitivo comprendere quale possibilità di apprendimento esistano in queste condizioni.

Il medico specializzando, al momento nel nostro Paese, non ha alcun rapporto di lavoro riconosciuto, con ricadute negative anche sul sistema previdenziale.

Lo specialista che entra in Ospedale è, contrattualmente, considerato, per altri 5 anni, come medico in formazione, con nessuna possibilità di spazi di autonomia.

FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA

La formazione del medico ospedaliero, che prevede l'accumulo di crediti derivanti dalla frequenza di corsi di formazione, basati essenzialmente su lezioni frontali è, anche in Toscana, al centro dell'attività di aggiornamento del medico; nonostante che la Regione Toscana, con delibera del 2002, abbia deciso di riconoscere crediti anche per altre forme di aggiornamento, tra cui la frequenza di altre strutture, italiane od estere, l'attività di ricerca clinica, gli audit interni. Ma è noto da almeno un ventennio che il metodo di formazione del medico basato sulle lezioni frontali non ne modifica il comportamento.

Come abbiamo visto nel nostro questionario, gli aspetti relativi alla mancata autonomia professionale sono molto sentiti e del tutto insoddisfacenti. Purtroppo questa situazione di relativo arresto dello sviluppo professionale, sconosciuto negli altri Paesi della Ue e nelle altre Nazioni progredite, per chi non raggiunge posizioni lavorative apicali, con aspetti di demansionamento, è un fenomeno antico, che si continua a manifestare nel disinteresse collettivo.

Le difficoltà di raggiungimento dell'autonomia professionale, attestata dal nostro questionario, si pone in contrasto con la normativa vigente, in particolare con l'articolo 15 del D.L. 229/99; ma, di fatto, dobbiamo constatare che la struttura organizzativa di tipo gerarchico in vigore al momento della riforma ospedaliera di quasi quarant'anni fa, continua indisturbata. È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative, a fare turni di guardia ed una mole elevata di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 60 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione.

CONCLUSIONI

La convergenza degli aspetti descritti è in condizio-

ni di creare sicuri problemi al futuro dell'assistenza sanitaria in Toscana.

Non solo ci troviamo di fronte ad una massiccia fuoriuscita di medici dal sistema entro un decennio, ma la ridotta quota di medici che resterà in servizio soffre di aspetti poco accettabili di dequalificazione, attestata dalla limitata autonomia professionale di cui godono.

Senza una modifica radicale delle assunzioni nel Ssr, un grande numero di giovani medici (ma a 32 anni un medico non è più così giovane da poter essere considerato per altri 5 anni "medico in formazione") potrà trovare una propria collocazione lavorativa stabile solo quando una grande massa di medici in servizio uscirà dal lavoro. Il che avverrà non prima del 2012, se non nel 2017. A quel momento un grande numero di specialisti sarà rimasto per lungo tempo in attesa di un posto, con una pratica effettiva della propria specialità, nel frattempo, di dubbio valore.

Questo per quanto riguarda le assunzioni di personale, che, indubbiamente rappresentano un costo elevato, ma anche un necessario investimento.

Tuttavia, ai fini del funzionamento del sistema, gli aspetti legati alla qualità e alla capacità professionale: formazione *post-lauream*, autonomia decisionale ed operativa, educazione medica continua, (che sarebbe più opportuno definire "sviluppo professionale continuo") non hanno costi economici aggiuntivi, con ampi vantaggi.

La formazione *post-laurea*, così com'è adesso, rappresenta, di fatto, un'area di parcheggio in cui collocare un ampio numero di medici fra i 25 ed i 32 anni, cioè nella fascia di età in cui le capacità di apprendimento, che, nel caso delle specialità mediche, richiedono anche un notevole impegno fisico, sarebbero le più favorevoli. Non vi è alternativa, se non quella di inserire i medici in formazione in tutte le realtà ospedaliere e non solo nell'Università. Facendo una vera formazione, come avviene in tutti gli altri Paesi della Ue.

L'altro aspetto formativo per i medici è rappresentato dalla progressione professionale nell'ambiente lavorativo. Il meccanismo dei crediti, che si ottengono con la partecipazione ad eventi formativi, mette in qualche modo in pace la coscienza del Sistema, ma i fenomeni di demansionamento sono molto frequenti, ed il nostro questionario ne fornisce una tangibile dimostrazione. Un diverso atteggiamento da parte di chi dirige i servizi e i dipartimenti, che portasse ad ottenere ciò che negli altri Paesi della Ue è normalmente in atto, non avrebbe costi economici, e porterebbe ad un costante e progressivo miglioramento della qualità complessiva delle equipe ospedaliere.

Vediamo quindi che il salvataggio del Servizio sanitario da un prossimo degrado non trova ostacolo esclusivamente nei costi economici per l'incremento di assunzioni negli ospedali, ma anche, ed in misura sicuramente molto significativa, nel miglioramento radicale dell'organizzazione.

* *Coordinatore della Conferenza permanente dei Segretari Anaa Assomed delle Regioni e delle Province autonome*
** *Responsabile Settore formazione, Segreteria Anaa Assomed della Toscana*

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:
Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia, Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:
Lorena Giudici, Ester Maragò,
Carlo Palermo, Enrico Reginato

progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
Società per azioni a partecipazione paritetica
Sede: Roma - Via Veneto, 100 - Tel. 06.47.92.11.11



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)
Finito di stampare nel mese di dicembre 2007