

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DCB ANCONA

Editoriale

I MEDICI SI SONO SVEGLIATI

di **Serafino Zucchelli**

Finalmente, dopo tanto tempo, la gravità della situazione presente ha indotto le componenti anche più diverse del mondo medico ad una riflessione comune da cui sono scaturite decisioni comuni di proposta e di lotta. È esplosa la "vertenza salute".

È stato bello e confortante vedere il teatro Capranica di Roma gremito di un migliaio di medici di tutte le età prima timidi poi sempre più determinati e partecipi. È stato bello che molti abbiano finalmente capito che è questa l'ora di abbandonare il solitario e deluso mugugno per riunirsi e gridare orgogliosamente insieme basta a chi non rispetta il diritto alla salute di tutti i cittadini e a chi mortifica la nostra professione.

I destinatari della protesta dei dirigenti tutti sono stati in quella mattinata, da una parte il Governo e la maggioranza parlamentare, dall'altra le Regioni.

Abbiamo accusato l'esecutivo e la maggioranza di operare per la distruzione del Ssn attraverso il suo sottofinanziamento con la legge finanziaria e con i ritardi dei trasferimenti alle Regioni e con la decisione di procedere sulla strada della devoluzione che porterà alla sua frantumazione definitiva.

Altre accuse rivolte al Governo e alla maggioranza sono state:

- l'aver approvato nel decreto di accompagnamento alla finanziaria l'istituzione di un super controllo centralizzato, affidato all'economia e alla guardia di finanza, di tutte le prescrizioni mediche;
- l'aver proposto alcune modifiche previdenziali che ridurranno la pensione del 20% degli ultra 50enni e costringeranno i più giovani a lavorare fino a 70-75 anni per avere una pensione ridotta del 50% rispetto alle attuali, senza che venga favorita fiscalmente la creazione di pensioni integrative;
- non aver previsto in finanziaria i fondi per il rinnovo contrattuale del biennio 2004-2005.

Le Regioni sono state accusate di:

- avere elaborato un'inaccettabile atto di indirizzo per il rinnovo del contratto;
- indurre i direttori generali, spinti dalla scarsità dei finanziamenti, ad un progressivo imbarbarimento della conduzione delle aziende sanitarie sempre più indirizzate al brutale contenimento delle spese, molto spesso a scapito della quantità e qualità delle prestazioni e della centralità e autonomia della professione medica sempre più marginalizzata dai ruoli di responsabilità decisionale.

segue a pag. 4

MANIFESTAZIONE NAZIONALE UNITARIA - ROMA 3 DICEMBRE 2003

I medici aprono la "vertenza per la salute"

La manifestazione unitaria del 3 dicembre al Cinema Capranica costituisce il punto di partenza di una grande "VERTENZA" per la salvaguardia e la tutela della "SALUTE" dei cittadini. La sopravvivenza stessa del sistema della sanità pubblica è posta in discussione dal grave e continuo sottodimensionamento delle risorse correnti, dall'assenza di una politica di investimenti, da un sistema di gestione in gran parte politicizzato delle aziende sanitarie. I dirigenti medici, veterinari, sanitari e tecnico-amministrativi hanno deciso di unirsi ai cittadini, ai malati, agli anziani, alle fasce deboli della popolazione, contro un disegno che va progressivamente realizzandosi, teso a ridimensionare i vari livelli di assistenza, ad abbassare la qualità della medicina pubblica, a privilegiare la medicina privata, sottraendo la tutela della salute dai diritti di cittadinanza.

È su queste basi e per contrastare queste prospettive di "inciviltà sociale", che i dirigenti medici, veterinari, sanitari e tecnico-amministrativi, il cui ruolo è posto da più parti fortemente in discussione, non avendo avuto risposte convincenti alle proprie richieste di provvedimenti atti a favorire il rilancio del Ssn, dichiarano lo stato di agitazione ed entrano in lotta con tutti i mezzi disponibili, comunque "insieme" ai cittadini.

Gli obiettivi della nostra azione sindacale sono:

- l'abolizione della norma recentemente approvata che prevede l'istituzione di un super controllo centralizzato dal ministero dell'Economia di tutte le prescrizioni mediche;
- la modifica della legge finanziaria 2004, che preveda lo stanziamento di fondi adeguati, come richiesto anche dalle Regioni e finanziamenti idonei al rinnovo del secondo biennio economico del contratto della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e tecnico-amministrativa;
- l'eliminazione delle proposte di legge di modifica costituzionale tese a dar vita ad una devoluzione selvaggia;
- l'eliminazione delle ingiuste penalizzazioni categoriali previste dalla riforma previdenziale;
- l'applicazione di un corretto concetto di aziendalizzazione inteso oggi, invece, come esclusivo obiettivo di contenimento economico conseguito attraverso l'eccessivo potere monocratico dei direttori generali;
- la reale partecipazione dei dirigenti medici, veterinari, sanitari e tecnico-amministrativi alla gestione delle aziende sanitarie;

segue a pag. 2

Il documento finale della Conferenza organizzativa

La Conferenza organizzativa dell'Anaa Assomed, riunita a Roma il giorno 2 dicembre 2003, si riconosce nella relazione del Segretario nazionale e nel documento alla base della manifestazione unitaria del 3 dicembre.

Condivide le iniziative adottate dalla Segreteria nazionale di intesa con le altre Organizzazioni sindacali per la conduzione della "Vertenza per la salute" nei confronti del Governo e delle Regioni. Il primo sottopone il Servizio sanitario nazionale ad uno strisciante processo di impoverimento delle risorse economiche e professionali mettendo a rischio la stessa sopravvivenza del sistema e le condizioni professionali dei medici dipendenti. Le seconde ribattono le conseguenze di un accordo sulle risorse palesemente insufficiente sui professionisti, esasperando modelli organizzativi economicistici ed autoritari, e sui cittadini razionando le prestazioni. Si impegna, quale espressione degli organismi dirigenti locali, ad operare per una stagione di iniziativa sindacale che, anche attraverso il rinnovo contrattuale, affronti le allarmanti dimensioni di un disagio professionale sempre più marcato e recuperi il ruolo imprescindibile della dirigenza medica. Considera inoltre, l'attuale fase un passaggio cruciale per il presente ed il futuro prossimo del Servizio sanitario nazionale nel quale si sta verificando una progressiva sottrazione di garanzie ai cittadini e ai medici pubblici, la cui autonomia e responsabilità costituisce un pilastro irrinunciabile per un sistema di tutela del diritto alla salute che salvaguardi le caratteristiche costituzionali di equità e solidarietà.

3 DICEMBRE 2003/1

Serafino Zucchelli:
"Il Ssn ha bisogno di finanziamenti adeguati; il Governo deve dare risposte concrete e aprire seriamente la stagione dei contratti"

L'INTERVENTO ALLE PAGINE 2-3

3 DICEMBRE 2003/2

Sindacalisti, ma anche politici di maggioranza di opposizione e rappresentanti delle Regioni che hanno animato la manifestazione

SERVIZIO A PAGINA 4

INTERVISTA

Gianluigi Negri, sottosegretario al Tesoro, l'unico esponente dell'Esecutivo a partecipare alla manifestazione. "La difficoltà oggi è trovare una posizione univoca tra Governo e Regioni"

PAGINA 5

SPECIALIZZANDI

Ancora una volta i medici specializzandi non trovano spazio tra le voci della legge Finanziaria, malgrado le promesse e le indicazioni della direttiva europea

PAGINA 11

MANIFESTAZIONE NAZIONALE UNITARIA - ROMA 3 DICEMBRE 2003/1

Rinasce l'unità sindacale

Mille persone in rappresentanza di 42 sigle sindacali hanno protestato contro il Governo per ottenere modifiche alla finanziaria, investimenti per rilanciare il sistema sanitario, finanziamenti per il contratto di lavoro. La mancanza di risposte da parte del Governo porta ad azioni sindacali a partire dal 20 gennaio 2004

Sono arrivati alla spicciolata di buon mattino, un po' assonnati, un po' timorosi. Alle 9.30, ora fissata per l'inizio della manifestazione, erano, però, solo poco più di 200 persone. L'incognita della partecipazione dei medici ha pesato sin dall'inizio sulla decisione di organizzare un evento così importante e maestoso, anche se poi l'ottimismo ha avuto la meglio e si è deciso di portare a termine questa avventura. Ed infatti il coraggio è stato premiato: nel giro di pochi minuti lo storico Cinema Capranica di Roma si è riempito di una folla quasi festante che, "armata" di bandiere, alcune dell'Italia, ma molte della propria associazione, ha colorato platea e galleria. Alla fine si sono contate più di mille persone, di cui quasi la metà appartenenti all'Anaa Assomed. Una risposta inaspettata, e quindi ancor più emozionante al richiamo dell'Associazione su temi che, evidentemente, stanno a cuore a molti, molto più di quanto si possa immaginare. La scenografia scelta per rappresentare l'evento ha avuto un ruolo importante: colori forti, arancio e nero, slogan incisivi per lanciare un monito: "Allarme per il Ssn e per la nostra professione. Basta con chi non rispetta il diritto alla salute di tutti i cittadini, basta con chi non rispetta la nostra professione". La voce questa volta non è solo dell'Anaa, ma di ben 42 sigle sindacali, che, sebbene appartenenti a schieramenti politici diversi, non hanno potuto fare a meno di accantonare stemmi e vessilli ed unirsi per la prima volta nella storia del sindacalismo medico per difendere il loro diritto di cittadinanza nella terra della salute.

L'INTERVENTO DEL SEGRETARIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

E proprio questo è stato l'aspetto che ha segnato l'esordio dell'intervento di Serafino Zucchelli. "Dichiariamo aperta questa mattinata che vuole essere un momento di civile protesta rivolta dai dirigenti tutti del Servizio sanitario nazionale, medici, non medici, tecnici e amministrativi agli uomini del Governo, delle istituzioni, della politica. Il dato politico principale sul quale richiamiamo l'attenzione di tutti, è che oggi su questo palco, in modo incredibile ed inusitato a sottolineare l'eccezionalità del momento, sono rappresentate tutte le sigle della dirigenza, consapevoli di compiere un atto politico attraverso precisi e mirati giudizi su quello che sta accadendo oggi nel nostro Paese, nel mondo della sanità e nel mondo del sociale. Non siamo così farisaici e falsi da non ammettere che, quando una categoria tutta si esprime su quel-

lo che accade, non compia un atto politico rilevante! Nello stesso tempo, però, l'eterogeneità della composizione di questo tavolo, sta a significare l'onestà intellettuale con cui non vogliamo fare in modo che questo giudizio politico serva ad alcune parti politiche.

Vogliamo rivendicare che non siamo collaterali a nessuno, ma che oggi, qui, facciamo il nostro mestiere di dirigenti sindacali compiendo un atto di denuncia: quello che è stato fatto e quello che si sta per fare in questo Paese in ambito sanitario e sociale non ci trova assolutamente concordi. Stiamo andando su una strada sbagliata. Il decreto legge di accompagnamento alla finanziaria è stato appena approvato con la fiducia dei due rami del Parlamento. La legge finanziaria sta per essere approvata; le modifiche previdenziali saranno definite entro il 31 gennaio; esiste un sistema di aziendalizzazione distorto; esiste una politica contrattuale; esiste il problema del sistema delle assicurazioni e del sistema Ecm. Tutti questi elementi insieme, precipitati in uno strano aggregato chimico alla fine di questo anno, definiscono una situazione di estrema gravità. Veniamo nel dettaglio ai punti più critici.

Decreto di accompagnamento alla finanziaria 2004

Alcune disposizioni sono state purtroppo approvate. Nel decreto di accompagnamento alla finanziaria 2004 è prevista l'introduzione di un lettore ottico, sotto la responsabilità del ministero del Tesoro, gestito dalla Finanza. Si tratta di una specie di "grande fratello" con il compito di controllare l'adeguatezza degli atti medici di tipo prescrittivi per ciò che riguarda i farmaci e gli esami. Noi, nell'autonomia della nostra professione, non vogliamo essere sottoposti a controlli: non è il ministero del Tesoro, tantomeno la Finanza, che deve controllare gli atti medici. Ma questa è legge dello Stato italiano e questo vogliamo che venga abolito; è qualcosa che non possiamo tollerare nell'interesse dei cittadini e dell'autonomia della nostra professione.

Finanziaria 2004 e sottofinanziamento del sistema

Si apre qui il grande capitolo dei finanziamenti. All'appello mancano dai 50 ai 60mila miliardi di vecchie lire. Anzi-tutto, nelle casse del sistema sanitario mancano 30mila miliardi (sempre di lire) che lo Stato si era impegnato a versare in base all'accordo dell'8 agosto del 2001. Le promesse dell'accordo ci fecero salutare con accenti di speranza le prime mosse di questo Governo in campo sanitario. Purtroppo, alle parole non sono seguiti gli atti concreti. La

mancanza di fondi costringe le Regioni e le aziende ad indebitarsi con le banche e a pagare forti interessi.

In secondo luogo, c'è un deficit di bilancio successivo di 20mila miliardi fino al 31 dicembre 2003 e si presume che nel 2004 sia di 10mila miliardi. Come può sopravvivere un sistema che costa ogni anno 150-160mila miliardi quando mancano all'appello 60mila miliardi? Ci sono cinque Regioni (Lazio, Sicilia, Campania, Abruzzo, Molise) che, dichiarate non virtuose, non godranno dei finanziamenti destinati alle Regioni virtuose in base all'accordo dell'8 agosto. Ebbene in queste Regioni vivono 15/20 milioni di cittadini per i quali il diritto alla salute si sta trasformando in un diritto non esigibile. Chi darà a questi cittadini la soddisfazione dei loro diritti, quando la situazione economica è fallimentare? Noi stiamo parlando di un sistema che se fosse un sistema privato sarebbe sul punto di portare i libri in tribunale. Questo è un appello al Governo ed in questo caso siamo a fianco delle Regioni dei comuni e delle province che hanno fatto della finanziaria e della situazione economica un'analisi identica alla nostra.

Qualcuno ci deve dire, il Governo ci deve dire come intende fare in modo che questo diritto sia rispettato. Con questa situazione di bilancio il diritto non può essere rispettato, il sistema non può funzionare. Noi viviamo come cittadini e come operatori professionali questa vicenda. E se come cittadini e dirigenti di questa collettività additiamo ai cittadini questo gravissimo problema. Siamo profondamente stupiti che la stampa e le televisioni che si occupano di cose insignificanti e minime non colgano nella loro cecità un elemento così fortemente dirompente. Nessuno dice ai cittadini italiani quello che stanno per perdere, nessuno dice ai cittadini italiani che non compiendo degli atti, ma al contrario attraverso le omissioni, si arriva alla distruzione del sistema sanitario nazionale.

Devoluzione

Si aggiunga che mentre noi stiamo parlando il Parlamento ha in esame una proposta di devoluzione estrema che, lo sappiamo certamente, se questa legislatura durerà due anni la devoluzione sarà affermata e verrà sancito in maniera inequivocabile che non esiste più l'unitarietà del sistema sanitario nazionale. Sottofinanziamento e devoluzione sono i grandi nemici della sopravvivenza del Ssn. Noi oggi vogliamo una risposta dal Governo e diciamo che faremo di tutto per saldare tra noi e i cittadini la consapevolezza di questi fatti che assolutamente devono arri-

segue dalla prima

I medici aprono la "vertenza per la salute"

- la copertura economica alla specifica legge (dlgs 368/99) e la stipula dei contratti di lavoro subordinato finalizzati alla formazione specialistica, prevedendo lo svolgimento dei corsi di specializzazione anche nelle strutture ospedaliere accreditate;
- l'introduzione di una politica obbligatoria di tutela assicurativa dell'attività medica, nell'interesse anche dei cittadini;
- la realizzazione di una seria politica contrattuale, che porti ad una rapida definizione dei rinnovi contrattuali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e tecnico-amministrativa e dei medici e veterinari del ministero della salute, fermi da anni.

I medici, i veterinari, i sanitari e i tecnico-amministrativi del

Ssn vogliono ripristinare un quadro di regole certe e di legalità e rivalizzare il Servizio Sanitario Nazionale, mettendo a disposizione dei cittadini in tutte le regioni, strutture sanitarie adeguate ai bisogni ed in possesso di tutte le strumentazioni che l'evoluzione tecnico-scientifica della medicina ha reso disponibili troppo spesso per pochi. Tali regole certe e tali risposte strutturali non sono prevedibili se non ripristinando un quadro di confronto serio tra Stato, Regioni e rappresentanze professionali.

Il calendario delle iniziative

La "Vertenza per la Salute" prevede il seguente calendario di iniziative:

- martedì 20 gennaio 2004: giornata di assemblee unita-

rie in tutte le strutture sanitarie

- lunedì 9 febbraio 2004: prima giornata di sciopero generale
- lunedì 8 e Martedì 9 Marzo 2004: due giorni ulteriori di sciopero generale.

Per segnare la conclusione della prima fase della VERTENZA, i dirigenti medici, veterinari, sanitari e tecnico-amministrativi, insieme alle organizzazioni dei cittadini e dei malati, daranno vita ad una grande MANIFESTAZIONE NAZIONALE A ROMA IL 2 APRILE 2004.

La "Vertenza per la Salute" sceglie la propria idea-forza nell'unità di tutti i medici e dirigenti e nella solidarietà tra essi ed i cittadini.

vare alla loro conoscenza. Negli studi professionali dei medici, negli ospedali, negli ambulatori noi ci faremo portatori di questa verità anche perché come operatori non vogliamo essere compartecipi di questa vicenda, compartecipi muti e in fondo mantengoli, perché se accettiamo di vivere la nostra realtà professionale in situazioni in cui è così strozzata la possibilità di erogare le prestazioni, con quale faccia ci poniamo di fronte ai cittadini che ci chiedono prestazioni? La Corte dei Conti dice che con questi soldi non si possono soddisfare i livelli essenziali di assistenza. Ma i Lea non li eroga il direttore generale e neanche l'assessore, li eroghiamo materialmente noi e noi non vogliamo essere complici di un sistema che non funziona e non dà ai cittadini quello che i cittadini vogliono.

Sistema aziendale

Sono finite qui le convergenze con le Regioni rispetto alla medesima analisi degli aspetti economici del sistema. E adesso ci rivolgiamo loro per dire che siamo ben consapevoli delle difficoltà in cui vivono, ma stiano attente: sono costrette, dalla carenza che abbiamo appena denunciato, a fare in modo che il cattivo sistema aziendale nato male con fini quasi esclusivamente economicistici tanto che la 229 si prometteva di correggere, si sono barbaramente incrementate. Quando mancano i soldi la lotta diventa fratricida. Quando le leggi dicono che il Direttore generale è costretto non all'equilibrio di bilancio ma al pareggio di bilancio se non viene cacciato, non c'è nessuno spazio per la qualità e per l'autonomia professionale. All'interno di queste aziende si vive barbaramente nel disperato tentativo quotidiano di risparmiare soldi. E i difetti di un sistema aziendale nato male si stanno accentuando. Noi vogliamo esprimere il gravissimo disagio di tutti i medici e operatori della sanità perché all'interno di questo sistema aziendale non ci sentiamo di esprimere con completezza la nostra autonomia. Capiamo benissimo che ci sono necessità di tipo economico, ma chiediamo che il sistema aziendale sia governato sia corretto, sia gestito virtuosamente perché altrimenti il disagio crescerà enormemente.

Rinnovo del Contratto

Una politica contrattuale, e mi riferisco in particolare alle Regioni, che inizia sotto cattivi auspici. Da una parte le Regioni sono complici di un atto di indirizzo che noi respingiamo. Secondo, il Governo nella finanziaria non prevede una lira per il II biennio economico. Terzo, il ministro della Salute che è diretto responsabile e che è datore di lavoro dei medici del ministero della Salute permette che non abbiano rinnovato il contratto da ben sette anni.

Sistema previdenziale

Il sistema previdenziale viene attaccato nelle sue garanzie. Ci viene detto che il medico deve andare in pensione dopo 40 anni di lavoro come tutti gli altri, dimenticando che il medico mediamente inizia a lavorare tra i 30 e i 35 anni dopo di che il riscatto degli anni passati diventa improponibile vista la onerosità che c'è. La apparente giustizia del processo di equiparazione delle pensioni tra pubblico e privato, che non tiene conto del nostro sistema previdenziale passato al quale abbiamo versato il 33% dei nostri guadagni e dell'esistenza di una cassa pensione in forte attivo di 1000 miliardi di lire l'anno, questa apparente giustizia farà in modo che coloro che hanno una media età andranno in pensione con una pensione decurtata del 20-25% ed i giovani, per il sistema contributivo voluto dal centro-sinistra, andranno in pensione con

una pensione che a parità di versamenti previdenziali, sarà del 60% rispetto a quella attuale. Nulla è stato fatto dal Governo per incrementare la previdenza integrativa. Questo attacco previdenziale alla categoria noi non lo possiamo sopportare.

Assicurazioni

Le assicurazioni che tormentano la nostra vita professionale e alterano e distorcono l'autonomia della professione inducendo i medici ad un atteggiamento di tipo difensivo è un altro argomento gravissimo che non è stato affrontato.

Cosa vogliamo?

Vogliamo che il Governo ci risponda sul destino del Servizio sanitario nazionale, vogliamo che ci dica cosa vuole fare. Sono due anni e mezzo che va affermando "Viva il Ssn!", ma, nei fatti, sono due anni e mezzo che si adopera per la morte del sistema sanitario nazionale.

Vogliamo che venga ritirato quanto appena sancito dalle leggi. Vogliamo che il "grande fratello" che vive al ministero del Tesoro sia cancellato.

Vogliamo che sia modificata la finanziaria 2004 per prevedere ulteriori finanziamenti per consentire la sopravvivenza del sistema, per i rinnovi contrattuali, ma anche per i giovani medici specializzandi, che sono stati presi in giro ripetutamente per anni da tutti e per i quali mancano 300 miliardi di vecchie lire per trasformare le loro borse di studio in un rapporto di formazione lavoro.

Vogliamo che vengano ritirate le proposte di modifica previdenziale che giudichiamo inaccettabili.

Vogliamo che si instauri una stagione contrattuale seria e corretta che porti al miglioramento delle condizioni economiche e normative e all'aumento della qualità delle prestazioni.

Per fare questo siamo disposti a dare inizio ad una azione civile di profonda protesta che inizierà con assemblee negli ospedali, per proseguire con scioperi e chiudere con una grande manifestazione che coinvolgerà anche tutti i cittadini che vorranno seguirci.

Se non saremo ascoltati, se la politica ed il Governo non ci daranno risposte adeguate, non è escluso che si decida di andare a manifestazioni più gravi quali la denuncia del codice di autoregolamentazione.

A chiusura della manifestazione Zucchelli ha espresso anzitutto parole di soddisfazione sia per la notevole affluenza di pubblico, sia per la presenza di molti esponenti del mondo della politica e delle istituzioni (per la sintesi degli interventi si rimanda a pagina 4): dei rappresentanti del Parlamento (Turco, Bindi, Rutelli, Massidda, Moroni, Valpiana, Palumbo, La Russa, Aurora, Gianni, Conti, Battaglia), del ministero dell'Economia (Magri), delle Regioni (Gava, Bissoni), della Fiaso (Buonamico), della Federsanità Anci (Fioroni), del Tdm (Inglese). Sebbene non tutti siano potuti intervenire portando un contributo diretto, la sola presenza ha testimoniato interesse e sensibilità verso i problemi denunciati. Sensibilità che, invece, - ha fatto notare Zucchelli - non è stata affatto dimostrata dal Governo, con la totale assenza di rappresentanti del ministero della Salute (ufficialmente Sirchia era impegnato a Bruxelles... e i suoi sottosegretari altrove) e, quando si dice la coincidenza, della maggior parte della stampa nazionale. Resta, comunque, l'amaro per aver ricevuto risposte deludenti e scarsamente concrete. Non resta, allora, che darsi appuntamento al nuovo anno, per dar vita alle assemblee, agli scioperi e alla manifestazione nazionale del 2 aprile.

IL GOVERNO APPROVA UN DISEGNO DI LEGGE

Nuove norme per il governo clinico

Riequilibrare il rapporto di forza all'interno delle Asl e degli ospedali fra medici e manager. Questo il principale obiettivo del disegno di legge approvato alla fine dello scorso anno dal Consiglio dei Ministri (seduta del 19 dicembre). In soli due articoli si mettono le mani nella gerarchia ospedaliera, ridisegnando ambiti e competenze.

Il disegno di legge muove da un principio cardine: "Il governo delle attività cliniche, la programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e ad alta integrazione sanitaria, è assicurato con il diretto coinvolgimento del Collegio di direzione dell'azienda". Viene inaugurato, quindi, il coordinamento clinico con a capo il "coordinatore clinico aziendale", che sarà nominato dal direttore generale su proposta dei dirigenti di struttura complessa, tra i quali dovrà essere scelto.

Il super coordinatore clinico potrà svolgere le attuali funzioni del direttore sanitario, che la Regione potrà decidere di sopprimere in tutte le Asl o solo negli ospedali-azienda, e resterà titolare della struttura che dirige solo nel caso non assuma le funzioni del direttore sanitario. Il coordinatore darà pareri obbligatori al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgerà funzioni di indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti dei medici responsabili di strutture aziendali su aspetti sanitari, clinico-organizzativi, programmi di tutela della salute. Inoltre elaborerà indirizzi sulle strategie di assistenza e sui percorsi diagnostico-terapeutici per la sistematica revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale, con un occhio particolare per i risultati ottenuti rispetto a obiettivi clinici e taglio delle liste d'attesa.

Ulteriori poteri del coordinatore clinico saranno la presidenza dei collegi tecnici per la verifica delle attività professionali e delle commissioni per affidare gli incarichi di primariato: commissioni che dovranno selezionare una terna di nomi dalla quale il direttore generale dovrà scegliere "salvo diversa motivata determinazione". Varranno titoli professionali, scientifici e di carriera nonché i crediti di formazione continua (Ecm) posseduti. Il coordinatore clinico aziendale presiederà inoltre il collegio di direzione, le cui decisioni il direttore generale potrà non seguire, ma ancora una volta solo con un "provvedimento motivato".

Il disegno di legge prevede anche novità per l'età pensionabile, prevedendone l'allungamento: per particolari esigenze assistenziali, le aziende sanitarie potranno mantenere in servizio fino a 70 anni, anche di anno in anno e su richiesta dei medici interessati, i dirigenti medici di struttura complessa. Possibilità che viene estesa ai medici universitari.

Il personale universitario con responsabilità apicali sarà mantenuto in servizio fino a 70 anni più due per esigenze didattiche.

Il commento di Serafino Zucchelli, Segretario Nazionale Anaa Assomed

L'Anaa Assomed, riservandosi di commentare dopo una analisi approfondita il disegno di legge sul governo clinico, registra, comunque con piacere, che si fa strada la convinzione della necessità di rimettere mano alla riorganizzazione, per meglio valorizzare il ruolo dei medici nell'ambito del governo clinico delle aziende.

Fin da adesso si può, tuttavia, osservare quanto segue. È pericoloso affidare alle Regioni, come previsto dall'articolo 1 comma 1, la disciplina del rapporto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria delle aziende prima che il Governo adotti, come prevede l'articolo 1 comma 4 della legge 131 (riforma del federalismo), i decreti legislativi ricognitivi dei principi fondamentali. Ci può essere, infatti, il pericolo di una fuga in avanti di ogni singola regione, che, in assenza della definizione dei principi fondamentali, stabilisca norme sullo stato giuridico diverse una dall'altra.

Sembra, ad una prima lettura, che i poteri attribuiti alla nuova figura di coordinatore clinico, che pure ha una sua originalità ed interesse, siano inferiori a quelli di cui è titolare attualmente il Direttore sanitario di azienda.

Ribadiamo, inoltre, la nostra contrarietà a quanto previsto sui limiti di età (articolo 2). Siamo contrari a concedere la direzione di struttura fino a 70 anni di età e per di più legandola ad una richiesta annuale dell'interessato.

Ancora più grave ci pare, infine, il mantenimento in servizio del personale medico universitario con responsabilità di struttura complessa fino al 72esimo anno di età.

Il testo è disponibile sul sito www.anaao.it

MANIFESTAZIONE NAZIONALE UNITARIA - ROMA 3 DICEMBRE 2003/2

Interventi, fischi e applausi: ma il Governo non risponde

Una cronaca degli interventi che hanno animato la giornata del 3 dicembre. Gava e Bissoni garantiscono l'impegno delle Regioni per il rinnovo del contratto della Dirigenza medica, ma lanciano l'allarme sulla mancanza di fondi. Tanti i politici intervenuti da parte di tutti gli schieramenti.

Le quarantadue sigle che compongono il cartello sindacale unitario dei dirigenti medici, veterinari, sanitari e del personale tecnico-amministrativo hanno deciso di cambiare strategia e il prossimo anno sarà all'insegna di agitazioni, scioperi e manifestazioni.

La manifestazione, una sorta di "stati generali" della sanità, ha visto la presenza anche di rappresentanti politici e delle Regioni.

Si apre così la parte più dura della vertenza dei medici che, dopo aver aspettato per settimane le risposte da parte dell'Esecutivo su contratto e tutela del Ssn, hanno deciso di forzare la mano per ottenere lo sblocco della situazione. E la presenza all'incontro del Capranica del solo Gianluigi Magri, sottosegretario del ministero dell'Economia e unico esponente governativo presente in sala, non è certo stata d'aiuto a ricomporre un clima disteso tra il Governo e i Sindacati medici.

Un Governo che latita

"I sindacati continuano ad attaccare il governo - ha detto Magri alla platea di medici - ma sbagliano, perché in questi due anni le iniziative del Governo sono state bloccate dalle Regioni". E Magri, facendo i conti di quanto l'indennità di esclusività di lavoro dei medici è costato alle casse dello Stato (circa un miliardo e mezzo di euro a fronte di un incasso di novanta milioni di euro recuperato con il lavoro in intramoenia), ha ribadito la necessità, in linea con quanto detto più volte dal ministro della Salute Girolamo Sirchia, di intervenire con la riforma del lavoro medico. Ma le organizzazioni sindacali continuano a denunciare "l'assenza" e "il silenzio" del Governo sull'intera vicenda.

Particolarmente deluso Serafino Zucchelli, leader dell'Anao-Assomed "Questa è una manifestazione di civile protesta - ha esordito Zucchelli di cui riportiamo l'intervento integrale alle pagine 2 e 3 - oggi denunciando quello che sta facendo il Governo".

In linea con le critiche di Zucchelli al Governo, anche Stefano Biasioli, segretario nazionale della Cimo-Asmd, che ha rimarcato come "il problema della mancanza di finanziamenti è la cronica asfissia del sistema: siamo alla frutta. Per l'esecutivo la sanità continua a rappresentare una spesa e non un investimento. Il patto dell'8 agosto è un patto scellerato così come l'atto di indirizzo, presentato dalle regioni all'Aran, è la dimostrazione di come le Regioni siano diventate la nostra controparte".

Parlamento e Regioni

Giuseppe Fioroni, parlamentare della Margherita, ha colto il dato di grande preoccupazione espresso dalla manifestazione ed ha suggerito un cambiamento di rotta: "per prima cosa occorre cambiare mentalità altrimenti non se ne esce, la sanità non può essere solo una voce di spesa". Fioroni ha richiamato i criteri di fondo dell'attuale Ssn, ricordando come "l'aziendalizzazione è stata creata per dare elementi di competitività al sistema e non per fare analisi costi-benefici e produrre business sui malati".

Se il sottosegretario Magri, come detto, ha deluso, le Regioni hanno invece lanciato messaggi maggiormente distensivi aprendo sulla possibilità di un prossimo rinnovo contrattuale per la dirigenza. Primo ad intervenire Giovanni Bissoni, assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna: "il contratto - sono state le sue parole - non può essere ostaggio della sottostima del Fondo sanitario nazionale. I fondi non ci sono ma le Regioni si impegnano a utilizzare per il rinnovo le risorse disponibili, assumendosi la responsabilità di ripianare i disavanzi". Anche il coordinatore degli assessori regionali alla sanità, il veneto Fabio Gava, ha espresso ai medici disponibilità, seppur in un contesto di complessità e sofferenza economica: "il 70-80% dei problemi - ha ricordato Gava - sono legati alla mancanza di fondi. La strada che abbiamo di fronte deve tener conto del rigore". Inoltre Gava ha anche mosso un appunto al Governo, riferendosi alla gestione dell'Accordo dell'8 agosto, che a suo parere "è un accordo dinamico che può essere modificato; l'atteggiamento del Governo, invece, è tale escludere ogni ipotesi di rinegoziazione quando invece sarebbe più utile prendere atto del fatto che non ha funzionato e rivederlo".

La condizione degli specializzandi

Oltre ai dirigenti medici, veterinari, sanitari e il personale tecnico-amministrativo hanno preso parte alla giornata anche i medici specializzandi, che da tempo lamentano una situazione di forte crisi. "Siamo esasperati, stanchi e arrabbiati. È da dieci anni che lottiamo per ottenere qualcosa che solo in Italia manca. All'estero ridono di noi, della nostra condizione e della nostra categoria.

A questo punto chiediamo due cose: che venga migliorato il livello della formazione e che vengano trasformate le borse di studio in contratti di formazione lavoro.

Per noi oggi - ha concluso il portavoce degli specializzandi - oltre al Governo manca un altro interlocutore, vale a dire le facoltà di medicina, l'Università".

Maggioranza e opposizione gli interventi dei politici

Alla manifestazione romana c'è stata anche una forte presenza politica, con rappresentati di maggioranza e opposizione che si sono alternati dal palco. Sono intervenuti Rosy Bindi, responsabile politiche sociali della Margherita, Livia Turco dei Ds, Piergiorgio Massidda di Forza Italia, Chiara Moroni del nuovo Psi, e Ignazio La Russa, coordinatore nazionale di Alleanza nazionale.

"No ad una controriforma della sanità surrettizia e silenziosa, poiché non è democratica", ha esordito Bindi, proseguendo poi con critiche dure nei confronti della politica sanitaria dell'attuale Esecutivo: "l'accordo dell'8 agosto del 2001 tra Governo e Regioni non è stato rispettato e serve dare priorità alle risorse per la salute, il sociale, l'assistenza e per il Sistema pensionistico". Di fronte alla platea di medici giunti da tutta Italia per la manifestazione, Rosy Bindi ha anche lanciato un appello ai media, assenti sulla vertenza dei camici bianchi: "ci auguriamo che tv e giornali facciano la loro parte su questa manifestazione unitaria; il silenzio dei media su queste richieste legittime potrebbe considerarsi complice".

Ignazio La Russa, il coordinatore di An ha garantito "l'impegno a rivedere, dopo il semestre di presidenza italiana dell'Ue, le priorità di Governo. Dopo la finanziaria e la sicurezza nazionale, ci sono le famiglie e la sanità. An - ha concluso La Russa - non abbandonerà i medici, categoria di riferimento".

"Questa manifestazione come cittadina mi dà fiducia e come politico mi dà responsabilità - così Livia Turco, parlamentare Ds - la tutela della salute nel nostro paese non è scontata. La difesa del Ssn non è un'utopia ideologica ma è un bene di tutti. La maggioranza non può più eludere il problema e deve dirci con chiarezza cosa intende fare del Ssn".

A chiusura della giornata l'intervento di Buonamico, presidente della Fiaso, che dopo essersi difeso dagli attacchi che da più parti gli sono piovuti, affermando che "è ora di finirla con il dare la colpa di tutto quanto a noi", ha rilanciato con forza il ruolo politico della Fiaso: "rivendichiamo la nostra presenza nei tavoli che contano, dove si prendono le decisioni".

(S.S.)

segue dalla prima

I MEDICI SI SONO SVEGLIATI

L'analisi politica di quanto accaduto al Capranica impone di mettere in rilievo la sostanziale assenza dal confronto del Governo, rappresentato significativamente soltanto dal sottosegretario al Tesoro, per fare intendere, anche a chi non lo avesse ancora capito, che il vero gestore della politica sanitaria del Paese è il ministro Tremonti.

Altri elementi da rilevare sono state le aperture di Gava e Bissoni, i due assessori alla sanità intervenuti, sul piano contrattuale e dell'organizzazione aziendale.

Tutti i parlamentari intervenuti, della maggioranza e dell'opposizione, hanno fatto a gara nel consentire con la vasta platea sulla necessità di salvaguardare la vita del Ssn e di valorizzare il ruolo e la funzione dei medici all'interno delle aziende.

La manifestazione ha dimostrato, nonostante la colpevole scarsità del rilievo mediatico, che quando la categoria si scuote dal suo torpore e sa porsi come interlocutore intelligente ed appassionato, non può essere ignorata dalle istituzioni e dalla politica.

Bisogna continuare, con il maggior grado di unità possibile, nella strada intrapresa. Le manifestazioni in calendario, la prima con assemblee comuni sul luogo di lavoro il 20 gennaio 2004, devono vedere la partecipazione più ampia e consapevole; dobbiamo coinvolgere i cittadini e le loro organizzazioni convincendoli che la nostra azione si propone di tutelare il loro diritto alla salute.

Noi non vogliamo vivere la nostra professione fra le macerie di un sistema che ci costringe a razionare le prestazioni ai cittadini ed a scendere a compromessi con la nostra coscienza.

Serafino Zucchelli

INTERVISTA A GIANLUIGI MAGRI

“Occorre ridare dignità professionale al medico”

Rendere il medico più libero da un sistema di lacci e laccioli che lo vedono sempre meno protagonista del Ssn e sempre più dipendente dalla macchina amministrativa.

Questo il pensiero espresso da Gianluigi Magri, sottosegretario al Tesoro, nel corso di quest'intervista, nella quale si dice anche convinto che sia giunto il momento di chiudere il contenzioso economico tra Governo e Regioni che si riverbera sulla sanità italiana

di Stefano Simoni

Sottosegretario Magri, lo scorso 3 dicembre si è svolta una manifestazione nazionale della dirigenza medica a difesa del Ssn, nella quale lei è stato l'unico membro del Governo a intervenire. Questo sembrerebbe confermare il disinteresse, lamentato dalle organizzazioni sindacali, dell'esecutivo verso queste tematiche...

Assolutamente no. Io credo che occorra ridare dignità professionale al medico. L'irreversibilità della scelta di esclusività e le incursioni sulla libertà di prescrizione, ovvero i patti con le Regioni e le Agenzie regionali per limitare la libertà di prescrizione, formano un sistema che rende il medico sempre meno protagonista del Servizio sanitario nazionale e sempre più dipendente dalla macchina amministrativa. Queste sono condizioni che oggi minano alla base la figura del professionista, e che sono convinto debbano cambiare.

Il medico italiano è il meno pagato d'Europa. Ritieni che il Governo, con i prossimi rinnovi contrattuali, abbia intenzione di intervenire riguardo a questo?

Sappiamo di dover ridiscutere il rinnovo contrattuale della classe medica e di doverlo fare necessariamente con le Regioni, che si assumono una quota parte della retribuzione del medico. È importante, quindi, che l'Esecutivo raggiunga con le Regioni una piattaforma che per i medici sia più soddisfacente sul versante economico e se possibile più incentivante sotto il profilo professionale.

Questo come è possibile farlo?

Prima di tutto è necessario arrivare ad un chiarimento con le Regioni. Il Governo e gli Enti locali devono interrompere il contenzioso sui 10 miliardi di euro che, secondo quanto affermano le Regioni, mancano. Mi rendo conto che non è un ostacolo piccolo da superare, ma solo allora potremo sapere quanto possiamo dare ai medici.

Inoltre, l'intramoenia ci costa circa un miliardo e mezzo di euro. Con ciò non intendo dire che si devono togliere quei soldi e usarli per qualcosa d'altro, dico solo che se una parte di quel miliardo e mezzo va all'extramoenia e al gettone di reversibilità si può creare un circolo di denaro che resta a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Insomma è necessario sapere chiaramente quanti soldi abbiamo a disposizione per poi poterli redistribuire.

Ma è possibile che il ministero del Tesoro, di cui lei è sottosegretario, non sia in

grado di quantificare il fabbisogno?

No, non lo sappiamo e le spiego perché. La Ragioneria Centrale afferma che c'è un contenzioso con le Regioni. Appurato ciò si tratta di capire se questo porta via 10 miliardi di euro oppure un'altra cifra che può essere la metà, un terzo e così via. Al momento quindi non si sa può quantificare. Seconda cosa: bisogna rifare il contratto. La reversibilità sarà inclusa oppure no? Se verrà inclusa è probabile che ci saranno fondi aggiuntivi da redistribuire. Queste sono cose importanti da capire per stabilire il fabbisogno, che quindi ad oggi non siamo in grado di quantificare.

Il suo, quindi, è un invito alle Regioni a mettervi intorno ad un tavolo per trovare il momento di sintesi necessario a stringere l'accordo.

Questo è l'unico modo per uscirne. Sono davvero convinto che oggi la situazione sia bloccata per la difficoltà di trovare, come ho già detto prima, una posizione univoca tra Governo e Regioni. In questo, però, le organizzazioni sindacali sono allo stesso tempo vittime ma anche carnefici. Sono vittime perché è la prima volta che si trovano davanti ad un interlocutore realmente a due teste, e quindi pagano lo scotto dell'innovazione. Sono però anche un po' carnefici, perché fra di loro continuano a trovarsi d'accordo solo sulla problematica economica. Tra contenziosi istituzionali tra Stato e Regioni e sindacati, a suo dire, "economicisti", quello che sembra rimetterci di più è il medico.

Io credo che la burocrazia stia uccidendo la professione medica. Il medico ufficialmente è un dirigente ma in realtà viene trattato dalle aziende come un salariato, come un prestatore d'opera più o meno obbligato e che ha uno stipendio neanche poi così alto. È normale che, in una situazione del genere, un medico non sia soddisfatto nella sua dignità professionale considerato che, inoltre, la sua è la figura professionale che ha perso maggiore autonomia in questo paese.

Una delle maggiori preoccupazioni espresse dal cartello delle sigle sindacali è la tutela del Servizio sanitario nazionale e molti sono convinti che, di fatto, il Governo operi per uno smantellamento. Lei ritiene di poter offrire rassicurazioni?

Oggi, in vista del 2004, abbiamo forse per la prima volta un momento di sottofinanziamento. Se però andiamo a vedere i precedenti anni dunque, 2001, 2002 e 2003, ci si rende conto come abbiamo ripianato

regolarmente il debito pregresso delle aziende. Prima dei nostri interventi non c'erano neanche i conti definitivi.

La misura del finanziamento è un problema che abbiamo anche nei confronti delle Regioni. Gli enti locali hanno due problemi: il primo è che non riuscivano a fornire i bilanci completi perché evidentemente non li conoscevano bene neanche loro; il secondo è che hanno assunto degli impegni nel contenere la spesa ma non li hanno rispettati in ben sei casi su venti.

Il Governo non ha intenzione di processare le Regioni, però è arrivato il momento di dire che non può esserci una situazione in cui noi abbiamo solo doveri, mentre gli altri hanno solo diritti.

Serafino Zucchelli, segretario nazionale dell'Anaa, nel corso della manifestazione dello scorso 3 dicembre ha fatto riferimento ad una cifra impressionante, 30 miliardi di euro, che manca per il Ssn. Crede che sia una stima accettabile?

Qui c'è un problema, considerato che il Governo non spende direttamente ma spendono invece le Regioni. Per quello che vediamo a posteriori tramite i conti fatti dalla Ragioneria Generale dello Stato le cifre mi sembrano abbastanza attendibili, ma chiaramente è tutto da vedere se le spese siano completamente giustificate.

Lei ha partecipato a quella manifestazione, ma non è riuscito a concludere il suo intervento. Oggi cosa vorrebbe dire medici dell'Anaa?

Occorre trovarsi intorno ad un tavolo con le Regioni e costruire un nuovo modello in cui i medici devono tornare a fare i medici. Credo che debbano lottare per la loro dignità professionale e non solo per i problemi economici, perché fino a quando il medico non acquisterà autorevolezza sarà sempre un interlocutore svantaggiato. Sono le Regioni che attraverso le Aziende riempiono i medici con carte e balzelli, lacci e laccioli, impegni e obblighi che rendono la situazione insostenibile.

I medici dovrebbero assumersi maggiori responsabilità, spingendo anche Governo e Regioni a trovare un accordo, perché la situazione di riequilibrio di poteri che stiamo vivendo ancora non funziona bene. C'è un deficit di ingegneria istituzionale, perché il meccanismo del federalismo non è ancora oliato, e noi stiamo pagando i prezzi di una fase di transizione. Io, che sono un ottimista nato, spero che si chiuda entro i primi sei mesi del 2004.

SPESA SANITARIA

Gli strani metodi del Governo per controllare la spesa

Dall'analisi dell'esistente risulta originale la scelta del Governo di adottare sistemi repressivi di controllo della spesa. Nessuno pensa di opporsi al principio del controllo, ma manca il presupposto fondamentale: la stretta collaborazione con i medici

Dice il rapporto Ceis-Università di Tor Vergata recentemente presentato che nel 2004 il deficit nella Sanità raggiungerà i 7 miliardi di euro con un prevedibile incremento di crescita di oltre il 50% nei prossimi 10 anni. Quasi contemporaneamente la Conferenza Stato Regioni denuncia la ampia sottostima del finanziamento per la Sanità per il 2004 (81 miliardi di euro) che comporterà per il prossimo anno un altro buco di almeno 4 miliardi con la prospettiva di un ulteriore massiccio ricorso a ticket e compartecipazioni varie per poter conservare almeno la garanzia della erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Lea che risultavano già seriamente minacciati per una cronica sottostima della spesa, così come chiaramente evidenziato dal primo Rapporto del "Tavolo di Monitoraggio Stato-Regioni sui Lea" che, pur riferendosi ad un'analisi di carattere sperimentale riportata su dati del 2001, denunciava una grave sottostima del finanziamento del Fsn che aveva prodotto un "buco" di 8 miliardi rispetto alla spesa prevista. Insomma un incremento della spesa sanitaria in gran parte incompressibile (per l'invecchiamento della popolazione, l'evoluzione delle tecnologie e l'incremento delle consapevolezze ed esigenze dei cittadini) che i piani di finanziamento non riescono a coprire adeguatamente. Male comune quello italiano, come chiaramente si evince dal "Rapporto Annuale sulla Sanità nei paesi Ocse" del 2003, nel quale è riportata nel decennio 1989-1999 una crescita della spesa sanitaria in tutti i paesi Ocse superiore alla crescita economica (3,3% contro una crescita del Pil del 2%). Tuttavia resta originale la soluzione adottata dal nostro Governo che anziché adoperarsi per una politica sanitaria di "proposta" e di sviluppo (razionalizzazione della spesa, nuove sperimentazioni gestionali ed organizzative, competizione più o meno amministrata tra erogatori pubblici e privati, ecc.) sceglie decisamente di percorrere due strade: la strada del co-payment, con il conseguente trasferimento di quote della spesa sanitaria sulle spalle delle famiglie, ben sapendo come questo significhi colpire maggiormente le fasce più deboli della popolazione (famiglie a basso reddito, anziani, pensionati) e la strada del controllo della spesa, con una importante novità rispetto al passato: la repressione. Nel segno della politica di controllo-repressione della spesa, il Parlamento è intervenuto a più riprese con una serie di provvedimenti legislativi.

Dice l'articolo 87 della Legge 388/ 2000 (Legge finanziaria 2001):

"Al fine di migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nelle sue componenti farmaceutica, diagnostica e specialistica (...) è introdotta la gestione informatizzata delle prescrizioni relative alle prestazioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e ospedaliere erogate da soggetti pubblici e privati accreditati (...). Entro novanta giorni il ministero della Sanità di concerto con il ministro del Tesoro emana i regolamenti e di decreti attuativi (mai emanati ndr)".

Dice l'articolo 5 del Decreto legge 347 /2001 (interventi urgenti in materia di spesa sanitaria): che il citato articolo della finanziaria 2001 è così modificato *"le Regioni adottano le necessarie iniziative per attivare nel proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere, assicurando*

do la tempestiva disponibilità delle informazioni, anche per via telematica, ai ministeri della salute e della economia e delle finanze, nonché alla Presidenza del Consiglio."

Dice il comma 4-5 dell'articolo 48 della legge 326 del 24-11-2003:

"Le Asl, le Ao e, ove autorizzati dalle Regioni, gli Irccs e i policlinici universitari consegnano i ricettari ai medici (...) e comunicano immediatamente al Ministero della Economia delle Finanze in via telematica, il nome, il cognome, il codice fiscale dei medici ai quali è effettuata la consegna, l'indirizzo dello studio del laboratorio ovvero l'identificativo della struttura sanitaria nei quali operano nonché la data della consegna e i numeri progressivi regionali delle ricette consegnate (...) il ministero dell'Economia e delle finanze crea il collegamento mediante la propria rete telematica delle Asl, delle Aziende Ospedaliere degli Irccs dei policlinici Universitari delle Farmacie pubbliche e private, dei presidi di specialistica ambulatoriale e degli altri presidi e strutture accreditate per l'erogazione dei servizi sanitari."

Tre colpi in rapida successione sempre più espliciti e inequivocabili nel loro significato, con una costante caratteristica: cambia ogni volta il destinatario della legge. Prima il ministero della Salute emana i regolamenti, poi le Regioni adottano e poi in ultimo, ecco la definitiva novità, le singole Asl raccolgono ed inviano al ministero della Economia e delle Finanze i dati informativi inerenti la identificazione dei soggetti prescrittori, delle singole prescrizioni e di tutte le strutture erogatrici pubbliche e private. Immediatamente (come meriterebbero altri interventi di maggiore impatto sociale) alcuni Direttori Generali di Asl particolarmente solerti e meritevoli interpretano il dettato ed il volere del legislatore, traducendo in forma esplicita il mandato di "capillare sorveglianza" (implicitamente poliziesca) contenuto nel dettato legislativo. Se controllo ci deve essere che sia forte e chiaro.

Ecco quindi che il Direttore Generale della Asl di Frosinone, tanto per citarne uno come esempio, sottoscrive un "Protocollo di Intesa con il Comando Provinciale della Guardia di Finanza in materia di controllo della Spesa Sanitaria".

Dice il suddetto protocollo il Protocollo di Intesa:

"La Asl comunica entro i mesi di gennaio, maggio, settembre di ogni anno al comando provinciale della GdF i seguenti dati informativi: (...) elenchi dei dipendenti che svolgono anche attività libero professionale (c.d. attività intramoenia), tabulati riportanti oltre i dati di ogni singolo medico i farmaci prescritti, la loro quantità, nonché la casa farmaceutica produttrice, (...) elenco riportante le consulenze di carattere medico, elenco delle attrezzature di diagnostica specialistica in dotazione alle strutture ospedaliere e relativo numero di prestazioni assicurate".

Dice l'articolo 5 del suddetto protocollo di Intesa:

"che la GdF si impegna, nel caso individui fattispecie penalmente rilevanti, a comunicare alla Asl le generalità delle persone fisiche e giuridiche coinvolte ai fini dell'avvio di procedure per il recupero delle somme indebitamente percepite".

Idem per quanto riguarda violazioni di natura amministrativa (art.6).

Dice la home-page del sito www.GdF.it che la Guardia di finanza è uno: *"speciale Corpo di Polizia che dipende direttamente dal ministero dell'Economia e delle Finanze ed è organizzato secondo assetto militare e fa parte integrante delle Forze Armate dello Stato oltre che della Forza Pubblica. I compiti prioritari sono la prevenzione, la ricerca, la denuncia delle evasioni e delle violazioni finanziarie, la vigilanza sulle disposizioni di interesse politico-economico"*.

E così è dimostrato come alla fine il percorso "monitoraggio della spesa- vigilanza- intervento sulle criticità" si traduce in una operazione di polizia finalizzata ad individuare fatti di rilevanza penale ed amministrativa.

Si dirà che sicuramente non è questa l'intenzione del legislatore e meno che meno del ministero dell'Economia che tutto accentra e raccoglie per il bene e l'interesse comune della Sanità pubblica.

Dice l'Avvocato con cui Medici preoccupati si sono consultati, *"È tutto in regola, le leggi consentono l'operato del Direttore Generale della Asl di Frosinone (e quanti altri a venire), in definitiva si tratta di una esternalizzazione del controllo di gestione che compete alla Asl e che essa affida a soggetto esterno"*. Del resto non avviene così anche per la lavanderia, le mense, le consulenze legali ecc. Il problema vero e più drammatico però è che il soggetto controllore è un Corpo di Polizia estraneo per sua natura alla professione medica, di cui ignora la finalità e i percorsi clinico-diagnostici, che in ogni caso non ha alcun interesse e obbligo a conoscere, e che ha come specifico mandato il controllo dell'atto medico.

Con tali provvedimenti legislativi, come dimostrato dalle prime applicazioni locali, si avvia una operazione di criminalizzazione della categoria medica, che è indicata come principale responsabile dei disavanzi in sanità e quindi di conseguenza si applica un gigantesco sistema di controllo similpoliziesco su atti, come le prescrizioni mediche, che per loro intrinseca natura, per essere efficaci, devono essere autonomi, liberi da condizionamenti, lontani da sguardi intimidatori. I primi a subire gli effetti negativi di un simile provvedimento saranno, come sempre quando si gioca "alla caccia al ladro", i cittadini più deboli e indifesi, i malati cronici e gli anziani bisognosi di lunghe e continue terapie. Infatti quanti medici si sentiranno ancora di sfidare la Guardia di Finanza per la prescrizione di un farmaco o di una prolungata e costosa terapia? Nessuno si sogna di rifiutare o addirittura opporsi a sistemi di monitoraggio e controllo della spesa, ma essi devono essere fatti con la stretta collaborazione dei Medici il cui primo dovere è garantire l'interesse del paziente, assicurare la sua cura, salvaguardare la sua integrità fisica e psichica, difendere il suo equilibrio esistenziale, quello degli affetti e della vita sociale. Tutto questo non interesserà molto il ministro della Economia e Finanza, ma ci è sembrato utile ricordarlo a noi stessi per la nostra dignità professionale e per poter poi dire, quando anche questi provvedimenti si saranno rilevati una inutile e goffa messinscena, che noi l'avevamo detto.

Domenico Iscaro
Vice segretario nazionale Anaa Assomed

VOLONTARIATO E SALUTE

Agli italiani piace il volontariato

Presentato il primo rapporto sull'esperienza sociale del volontariato sanitario e assistenziale. Un lavoro che analizza le opinioni delle famiglie italiane, il loro grado di conoscenza del fenomeno e le loro esperienze dirette con il volontariato. Un occhio particolare anche al vissuto dei volontari attraverso la loro opera

Un "esercito", così possono essere definite le 860 mila persone, operative in 10 mila organizzazioni attive in tutt'Italia. In queste cifre si racchiude il mondo del volontariato sanitario oggetto di questo primo rapporto effettuato da Ilesis, con il contributo di Farindustria, un'analisi che offre la prima rilevazione demoscopica sul "vissuto" di chi ha usufruito di servizi sanitari e assistenziali da parte di volontari e di chi è volontario impegnato in interventi di carattere sanitario e assistenziale in genere.

L'indagine parte dalla constatazione di come l'attuale presenza del volontariato socio-sanitario costituisca uno dei fattori importanti che entrano in gioco nella tutela della salute della popolazione. Tanto più che la domanda di assistenza, al di là del puro "atto sanitario", sta aumentando velocemente in connessione con le trasformazioni sociali in corso: più persone anziane, più donne al lavoro, più attese di servizi da parte della popolazione costituiscono altrettante spinte verso l'allargamento del ruolo del volontariato.

Questi i motivi alla base del lavoro, "fare il punto" su tale fenomenologia, assumendo come ottica prevalente, quella delle famiglie italiane e quella delle persone direttamente coinvolte in attività di volontariato.

L'analisi ha messo a confronto le esperienze e le opinioni della popolazione, da un lato e quelle dei volontari, dall'altro: due punti di vista diversi, ma incrociati, tra chi domanda e chi offre servizi di sostegno solidale e gratuito nel campo sanitario e socio-assistenziale.

I punti maggiormente significativi dell'indagine

L'universo di riferimento (i volontari) sono circa 860 mila (raggruppati in più di 10 mila organizzazioni), di cui 540 mila sono da considerare come "volontari assidui"; questi sembrano registrare una continua crescita, insieme ad un aumento anche del numero delle organizzazioni di appartenenza, con un conseguente fenomeno di frammentazione e di localizzazione spinta delle nuove iniziative associative;

I 540 mila volontari assidui fanno parte del più vasto mondo di attività solidali e gratuite che occupano in totale circa 7 milioni di cittadini italiani, che possono essere così schematizzati per tipologia di attività: 540 mila volontari che operano nel campo sanitario e socio-assistenziale.

Il numero cresce a 3,2 milioni di volontari (6,8% della popolazione adulta) se si considera l'insieme di coloro che donano tempo e competenza personale per aiutare gli altri o realizzano attività di utilità sociale in modo non occasionale, nei diversi campi;

Sale ulteriormente a 5,4 milioni il numero di volontari considerando coloro che, a vario titolo ed impegno (11,4% della popolazione adulta), sono coinvolti in azioni di volontariato o in azioni singole di solidarietà di tanto in tanto;

Si arriva infine a 7 milioni circa di volontari (15%

della popolazione adulta), se si considera l'ambito più ampio ed esteso dell'insieme del no-profit, che comprende tutte le persone, anche quelle non attive che fanno parte di questo mondo;

Il vasto insediamento sociale del volontariato è dimostrato dall'elevata proporzione di persone che conoscono tale fenomeno in generale (84,2%) e quello sanitario e socio-assistenziale in particolare (55% circa), mentre il 27,3% ha avuto esperienze dirette o indirette di impiego di volontari.

La valutazione da parte delle famiglie italiane in tema di utilizzo dei volontari fornisce un risultato estremamente positivo: tra l'80% e il 90% degli intervistati giudica favorevolmente le esperienze avute direttamente o per sentito dire;

Anche il coinvolgimento da parte degli italiani come volontari-protagonisti è decisamente elevato considerato che un italiano su cinque (20,9%) dichiara di svolgere oggi questo tipo di attività oppure di essersi impegnato in passato in tal senso.

A questo va ad aggiungersi il 14,8% di persone che dichiara di non essere un volontario attivo ma di pensare di diventarlo: più di un terzo dunque delle persone intervistate (20,9% + 14,8%) costituisce una sorta di "fascia sensibile" nei confronti del tema. Se poi si va a verificare quali siano le esperienze maturate dagli intervistati nel campo del volontariato, è possibile vedere come quello sanitario e socio-assistenziale rappresentino la componente decisamente più forte e di maggior traino.

Quanto all'augurabile estensione della pratica del volontariato, i dati mettono in evidenza come ci sia un'elevata sensibilità, da parte degli intervistati, verso una funzione non puramente "sostitutiva" nei confronti del Sistema sanitario nazionale. Questo sottolinea l'importanza dei valori relazionali e non solo puramente sanitari nell'assistenza alle persone in stato di bisogno.

Sì a politiche di sviluppo nei confronti dei volontari

Bisogna infine registrare un orientamento positivo degli intervistati per quanto riguarda le politiche di aiuto da sviluppare sia nei confronti dei singoli volontari, che delle aziende che favoriscono lo sviluppo di questa attività e delle stesse organizzazioni di volontariato. Poco meno di due terzi della popolazione risulta, infatti, favorevole all'ampliamento delle forme di sostegno ai volontari, valore che tende a salire ulteriormente nel caso dei testimoni privilegiati intervistati, costituiti da volontari attivi. In particolare raccoglie consenso la possibilità di dedurre fiscalmente le donazioni e anche la possibilità di usufruire di agevolazioni per le imprese che aiutino il volontariato. Consenso anche per l'ipotesi di concedere flessibilità di orario e permessi lavorativi ai lavoratori impegnati nel volontariato, fino a prevedere specifici rimborsi spese per chi è impegnato in situazioni di emergenza.

Percentuali di consenso ancora più consistenti si manifestano nei confronti di un necessario sostegno delle istituzioni verso le organizzazioni di volontariato, in una logica contemporanea di qualificazione delle prestazioni e di qualificazione delle persone.

Siamo dunque in presenza di un livello di visibilità e di elevata accettazione sociale del ruolo del volontariato che rappresenta un patrimonio collettivo da coltivare e da reinvestire opportunamente. Questo peraltro richiede un impegno lucido da parte di tutti i protagonisti coinvolti, a partire dai volontari in primo luogo, per arrivare alle istituzioni e alle stesse imprese che oggi guardano con rinnovata attenzione allo sviluppo della responsabilità sociale nei confronti del territorio che le ospita. **(S.S.)**

La conoscenza del fenomeno-volontariato nella popolazione italiana (val. %)

Conoscono l'esistenza delle associazioni di volontari che prestano gratuitamente servizi	
Sì	84,2
No	15,8
Totale	100,0
Hanno sentito parlare del volontariato sanitario e socio-assistenziale	
Sì, del volontariato sanitario	56,8
Sì, del volontariato socio-assistenziale	54,0
No di nessuno dei due	25,3
Hanno sperimentato l'aiuto di volontari direttamente o indirettamente	
Sì, ho avuto esperienza diretta	9,0
Sì, ho avuto esperienza indiretta in quanto ne ho sentito parlare presso parenti e amici	13,8
Sì, ho avuto esperienze sia dirette che indirette	4,5
No, non ho avuto esperienze né dirette né indirette	72,7
Totale	100,0

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte
Fonte: Indagine Ilesis/Farindustria, 2003

di Eva Antoniotti e Lucia Conti

Basilicata

LA SANITÀ NELLA REGIONE BASILICATA

Rafforzare il territorio, mettendo a disposizione i piccoli ospedali

LA BASILICATA HA DIMOSTRATO DI AVERE CONTI IN ORDINE E SOTTO CONTROLLO ED È QUINDI TRA LE REGIONI VIRTUOSE. UN ESEMPIO POSITIVO NEL PANORAMA DELLA SANITÀ MERIDIONALE, CHE PERÒ DEVE RISOLVERE LA QUESTIONE POSTA DALLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA: TRASFORMARE I PICCOLI PRESIDI OSPEDALIERI IN STRUTTURE DI SUPPORTO ALL'ASSISTENZA TERRITORIALE E POTENZIARE, ATTRAVERSO I RISPARMI OTTENUTI, LE DOTAZIONI TECNOLOGICHE DELL'UNICA AZIENDA OSPEDALIERA

La Basilicata ha buona fama: conti in ordine, servizi adeguati, programmazione sanitaria condivisa tra amministratori e parti sociali. Eppure l'obiettivo della ristrutturazione della rete ospedaliera, avviata nel 1992, è ancora lontano dall'essere raggiunto. Perché le resistenze sono sempre molte quando si toccano i piccoli ospedali locali, anche se l'assessore Gennaro Straziuso assicura che non ci saranno chiusure, ma riconversioni. Riconversioni necessarie per due ragioni: la prima è rispondere alla carenza di posti letto per lungo degenze e riabilitazioni, delle quali c'è una domanda crescente come nel resto del Paese; la seconda è che si potrebbero ottenere dei risparmi, da reinvestire in adeguamenti tecnologici per l'unica azienda ospedaliera, che manterrebbe il ruolo di ospedale rivolto alle acuzie. Il nuovo Piano socio sanitario regionale, che dovrebbe essere approvato nei primi mesi del 2004, muove proprio da questa considerazione, ipotizzando di conseguenza una ristrutturazione dell'assistenza sanitaria territoriale, per la quale sono stati coinvolti i medici di famiglia, firmando con loro un accordo integrativo che incentiva la medicina di gruppo, così da assi-

curare una più efficace e articolata risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

La convinzione degli amministratori lucani, a cominciare dall'assessore Straziuso, è che si possa migliorare l'offerta sanitaria, utilizzando al meglio le risorse disponibili e quindi valorizzando l'appropriatezza. Se il territorio fornisce risposte di buon livello, se l'assistenza socio sanitaria integrata, sul modello di quanto proposto nella Legge 328, fa sì che sugli ospedali non si scarichino ricoveri impropri, se nelle strutture ospedaliere si attivano i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni allora si potrebbero persino realizzare dei risparmi, da reinvestire in tecnologia e in qualità. Come spiega anche il segretario regionale dell'Anao Mario Russo, potrebbe essere questo il circuito virtuoso capace di frenare quella tendenza all'emigrazione sanitaria, che continua ad essere una realtà consistente, anche se in calo. Nella speranza che i cittadini lucani, nelle recenti manifestazioni contro la creazione di una discarica nucleare a Scanzano Ionico hanno mostrato di essere davvero orgogliosi della propria terra, possano essere orgogliosi anche della propria sanità regionale.

Basilicata

Popolazione: 609.092 abitanti**Aziende Sanitarie Locali:** 5 (Matera, Potenza, Lagonegro, Venosa, Montalbano)**Aziende Ospedaliere:** 1**Medici dipendenti del Ssn:** 1190**Medici in convenzione:**

544 medici di base, 67 pediatri, 31 specialisti

Dopo un periodo problematico, l'assessorato alla sanità della Regione Basilicata ha da più di un anno una guida stabile con l'assessore Gennaro Straziuso, al quale abbiamo rivolto alcune domande.

Assessore Straziuso, la sanità lucana ha una buona fama, tra le migliori in area meridionale. E le cose vanno bene anche sotto il profilo dei bilanci economici, visto che la Basilicata è stata inserita tra le regioni "virtuose" e accederà dunque ai finanziamenti aggiuntivi previsti. Qual è il segreto di questa riuscita?

Non ci sono segreti per i risultati raggiunti dalla Basilicata, se non quello di aver avuto dei buoni amministratori. Inoltre abbiamo alcuni vantaggi: la Basilicata è una Regione piccola e perciò dinamica, dove sono facilmente individuabili le criticità; inoltre non abbiamo Università e questo, se per un verso è un limite, per un altro facilita l'amministrazione. Certo, abbiamo difficoltà a fare "massa critica", ma l'assenza di strutture private di una certa importanza (c'è una sola clinica privata a Potenza) concorre a rinsaldare il sistema pubblico.

Sono anni che si parla di un nuovo Piano sanitario regionale, che però non è ancora stato approvato. Perché questo ritardo?

Il nuovo Psr ormai è in dirittura d'arrivo e dovrebbe rispondere alla domanda che viene da tutte le componenti, cioè quella di una maggiore integrazione tra territorio e ospedale. Fino a oggi, come dappertutto, si è un po' privilegiata la cultura dell'acuto e quindi dell'ospedale mentre il territorio è rimasto in sordina.

Quali azioni avete in programma di compiere per rafforzare l'assistenza territoriale?

Abbiamo già chiuso un accordo integrativo con la medicina generale per favorire la medicina di gruppo, perché riteniamo che questo significhi modernità della medicina, possibilità di tecnologia, più confronto tra i medici e quindi una presa di coscienza nuova della medicina che

La priorità assoluta è la ristrutturazione della rete ospedaliera

**INTERVISTA A MARIO RUSSO,
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED BASILICATA**

Mario Russo ne è assolutamente convinto: la strada per usare al meglio le risorse disponibili e fornire ai cittadini servizi sanitari soddisfacenti passa per la ristrutturazione della rete ospedaliera, ovvero nella trasformazione dei piccoli presidi ospedalieri in strutture di servizio per il territorio, riabilitazione e lungodegenza. **Dottor Russo, già due anni fa avevamo parlato del nuovo Psr ma ancora oggi non è stato approvato. Come mai questo ritardo?**

C'è stato un problema di avvicendamenti alla guida dell'assessorato che ha ritardato la messa a punto del nuovo Piano. Però è anche vero che il Piano approvato anni fa (il Psr 1997-99 è stato integrato con un documento di "Programmazione sanitaria" approvato il 15 febbraio del 2000, ndr) è ancora molto valido, pur con la necessità di introdurre le dovute modifiche. Applicare quel progetto, con le dovute delicatezze, sarebbe già un buon risultato.

Quali sono le parti che stanno avendo più difficoltà nella realizzazione?

Il punto essenziale del progetto, ma anche quello più difficile da attuare, è la ristrutturazione della rete ospedaliera.

L'assessore Straziuso dice che non ci saranno chiusure di strutture ospedaliere, ma piuttosto una trasformazione in direzione di lungodegenze e riabilitazioni.

Come Anaaò abbiamo fortemente sostenuto questa posizione, affrontando anche qualche incomprensio-

ne da parte di alcuni colleghi. Il fatto è che, come accade ovunque, molti comprendono la necessità di intervenire sugli ospedali, ma poi protestano se si interviene sul "loro" ospedale, su quello nel quale lavorano. **Avete molti presidi ospedalieri, ma resta anche una forte emigrazione sanitaria verso altre Regioni. Come si spiega questa apparente contraddizione?**

Secondo me è semplicissimo. La quota che riceviamo del fondo sanitario nazionale ci permette appena di mandare avanti il sistema così com'è. Se potessimo ridurre i costi prodotti da molti piccoli presidi ospedalieri, razionalizzando la rete e concentrandoci su un solo ospedale per acuti, probabilmente potremo fornirli di tecnologie più avanzate e offrire così un miglior servizio ai cittadini della nostra Regione. Consideri che una piccola Regione come la nostra ha una dozzina di presidi ospedalieri, oltre ad un'unica Azienda ospedaliera.

Come sindacato avete buoni rapporti con l'assessorato regionale alla Sanità?

Ottimi rapporti. Come Anaaò abbiamo fatto questa proposta sulla ristrutturazione della rete ospedaliera, convinti che fosse l'unica soluzione possibile, e l'assessorato l'ha condivisa, tanto che sarà certamente il cardine anche del prossimo Piano socio sanitario regionale.

I contratti integrativi aziendali sono stati realizzati?

Nel nostro ospedale sì, ma non in tutti gli altri, perché

se già i fondi sono appena sufficienti per pagare gli stipendi diventa difficile poi fare i contratti integrativi.

Come guarda alle ipotesi di federalismo fiscale "assoluto"? La Basilicata potrebbe garantirsi autonomamente un proprio servizio sanitario regionale?

Non credo, occorrerebbe tassare di più i cittadini. Almeno il 30% delle risorse che utilizziamo viene dalla fiscalità nazionale e senza questo non so come potremmo reggere, nonostante la Basilicata sia una Regione virtuosa, che utilizza correttamente i fondi.

Un'ultima domanda, sulla protesta che nelle scorse settimane ha portato la Basilicata sulle prime pagine dei quotidiani. Come Anaaò avete preso posizione riguardo al decreto che individuava a Scanzano Ionico il sito unico nazionale per lo stoccaggio delle scorie nucleari?

L'Anaaò ha preso una posizione rigida e io stesso ho partecipato alle manifestazioni. Quello che non si capisce è perché ci sia bisogno in Italia di una discarica di terzo livello, visto che l'Italia non produce scorie di questo tipo. Il terzo livello ce l'hanno la Francia e la Germania, che hanno centrali nucleari.

E comunque non si capisce perché sia stata individuata proprio la Basilicata, una Regione piccola, martoriata per secoli, che ora fortunatamente è riuscita a decollare con un'agricoltura di altissimo livello. Qui ci sono state le lotte contadine contro il latifondo e noi tutti ci sentiamo contadini: per questo la protesta è stata così forte.

**INTERVISTA A GENNARO STRAZIUSO,
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE BASILICATA**

Gli obiettivi del Piano sanitario regionale prossimo venturo: rilancio del territorio e un ospedale più tecnologico

toglie il medico di base dall'isolamento. La medicina di gruppo sarà l'altro anello della sanità insieme all'ospedale: il medico di base che si associa con altri riceve un incentivo importante rispetto e questo significa anche poter dotare di attrezzature tecnologiche il proprio ambulatorio. Se ad esempio si potrà fare un'ecografia nello studio del proprio medico, si potrà concorrere anche all'abbattimento delle liste d'attesa.

Il rilancio del territorio porterà anche alla chiusura dei presidi ospedalieri?

Non pensiamo a chiusure, ma piuttosto a dividere gli ospedali in ospedali per acuti e ospedali territoriali. Gli ospedali territoriali devono svolgere anche una funzione di governo clinico della sanità e saranno il luogo in cui le professioni sanitarie e amministrative affrontano a pieno il problema della salute, non solo come cura di una malattia ma come prevenzione e riabilitazione.

Quali sono oggi, a suo avviso, i problemi della sanità?

Appropriatezza, liste d'attesa, applicazione corretta dei Lea. E proprio per rispondere correttamente a tutto questo dobbiamo partire distinguendo tra ospedali per acuti e non. Anche perché questi ospedali per acuti devono essere molto tecnologici e non possiamo portare la tecnologia dappertutto. In tema di appropriatezza, basti considerare che una degenza media oggi è di 6,8-6,5 giorni.

Di queste giornate ce ne sono in genere 2 o 3 a monte "inappropriate", che si potrebbero consumare sul territorio e costare meno, e altrettante a valle, che potrebbero essere risolte in una degenza post acuzie in ospedali a più basso costo, con la riabilitazione o le residenze sanitarie per anziani.

Dando all'ospedale solo la funzione di cura dell'acuto e privilegiando il territorio, ci avviciniamo anche di più ai bisogni dei cittadini e rafforziamo la loro percezione del diritto alla salute.

Lei parla spesso dei "punti salute". Cosa sono più esattamente?

Credo che possano essere uno strumento importante nella strategia di rafforzamento del territorio, anche in una prospettiva di integrazione socio-sanitaria. E questa integrazione è importante, perché chiamiamo tutto "sanità" e invece ci sono tematiche diverse a cominciare da quelle poste da anziani e disabili.

Malgrado i risultati positivi di cui si parla, la sanità lucana continua a registrare un saldo negativo in termini di mobilità sanitaria interregionale. Come mai?

Noi abbiamo ancora una larga emigrazione sanitaria, che comunque si sta riducendo negli ultimi anni. In questo ci sono anche ragioni storiche, nel senso che per noi "andare fuori" sa ancora di riscatto ed emancipazione: comprare la stessa cravatta a Roma o a Potenza non è la stes-

sa cosa, e questo succede anche per la sanità. D'altra parte, a ben guardare, è un fenomeno che si verifica ovunque: da Milano vanno in Svizzera e dal Sud vanno a Milano.

La sanità lucana avrebbe bisogno di maggiori risorse?

Sicuramente il finanziamento della sanità va aumentato in tutta Italia: c'è bisogno di maggiore risorse, mentre siamo al di sotto del 6% del Pil. Ma il vero problema attualmente è l'incertezza, visto che federalismo e devoluzione sono variamente interpretate.

La preoccupa la prospettiva di un federalismo sanitario più "spinto"?

Il federalismo è una buona cosa, ma se è solidale. La devoluzione è invece l'opposto di un federalismo solidale. Il rischio vero è avere tante sanità quante Regioni e si potrebbe persino arrivare a mettere in discussione il Ssn o Ssr, visto che la costituzione tutela il diritto alla salute ma non indica in quale modo. Non è la prima volta che in sanità le leggi si rincorrono senza essere pienamente applicate, però finora avevamo sempre sentito come sicuro un certo margine di solidarietà e di stabilità: la 833 ha istituito il Ssn, la 502 e il 229 hanno introdotto alcune novità, come l'aziendalizzazione, ma erano in sostanza ricalibrature della stessa idea. Cambierà l'idea? Non lo sappiamo oggi.

OSSERVATORIO MOBBIING ANAAO ASSOMED: BILANCIO DEL PRIMO ANNO DI ATTIVITÀ

Il "demansionamento" professionale negli Ospedali

Il fenomeno del mobbing negli ambienti di lavoro, con le sue caratteristiche persecutorie e i danni psichici e fisici che le vittime riportano, è fenomeno ben noto, nei cui confronti sta crescendo la sensibilità comune e l'attenzione del legislatore.

Ma esiste una vasta area grigia che precede il mobbing, a volte senza raggiungerlo, caratterizzato da aspetti meno appariscenti di demansionamento e dequalificazione, che violano il diritto di un individuo a svolgere l'occupazione per cui è stato assunto ed è retribuito.

È un diritto garantito dal Codice Civile, (art. 2013), ripreso per il pubblico impiego dal D.lgs 165/01, art. 52 ("Il prestatore di lavoro deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto o alle mansioni considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale prevista dai contratti collettivi, ovvero a quelle corrispondenti alla qualifica superiore che abbia successivamente acquisito per effetto dello sviluppo professionale o di procedure selettive o concorsuali"). Esso è riconosciuto da ampia giurisprudenza, secondo cui la negazione o l'impedimento allo svolgimento delle mansioni, ledono il diritto fondamentale alla libera esplicazione della personalità del lavoratore anche nel luogo di lavoro, determinando un pregiudizio che incide sulla vita professionale e di relazione dell'interessato. Infatti, l'impossibilità di svolgere il lavoro per il quale il dipendente è idoneo, comporta un decremento o, quanto meno, un mancato incremento della professionalità, intesa come l'insieme delle conoscenze teoriche e delle capacità pratiche che si acquisiscono da parte del lavoratore con il concreto esercizio della sua attività.

Il demansionamento ha una indubbia dimensione patrimoniale che rende il pregiudizio medesimo suscettibile di risarcimento. Esso rappresenta una lesione di un interesse legittimo ed è risarcibile, come stabilito recentemente dalla sentenza delle sezioni unite della Cassazione, n° 500/99.

Il fenomeno del demansionamento, in campo

medico, è molto più frequente di quanto appaia e la nostra associazione sindacale, stimolata da numerosi associati che ne sono rimasti vittima, ha istituito, quest'anno, un osservatorio nazionale finalizzato a valutare l'estensione del fenomeno e ad assistere anche legalmente chi ne faccia richiesta. Il decreto legislativo 9 luglio 2003, n. 216, legittima direttamente il sindacato a procedere in giudizio a tutela dei propri associati, anche nei casi di discriminazione collettiva.

I casi giunti durante il 2003 alla nostra osservazione, solo in Toscana, sono circa quaranta. Essendo la sede dell'Osservatorio Mobbing a Firenze, la notizia della sua esistenza è corsa più velocemente nella nostra regione, ma molti altri casi ci sono stati segnalati da altre Regioni, e siamo solo all'inizio della nostra attività.

In particolare, il demansionamento, inteso anche e soprattutto come mancata progressione della professionalità, avviene quando chi dirige una struttura accentra su di sé, avocandoli, i casi principali, le attività professionalmente più appaganti, la frequenza di corsi di aggiornamento, relegando i sottoposti a ruoli subalterni.

I motivi sono, nella nostra esperienza, diversi: mentalità arcaica, interesse alla gestione dei pazienti con i collegati risvolti economici libero-professionali, interesse a favorire alcuni a danno di altri nella progressione di carriera, meccanismi di "colonizzazione" universitaria di unità operative ospedaliere, timore di allevarsi la concorrenza, inimicizie personali. Anche il sottofinanziamento del Ssn e il blocco indiscriminato delle assunzioni nel pubblico impiego disposti dal ministro Tremonti, contribuendo a ridurre le dotazioni organiche, innescano fenomeni di limitazione della crescita professionale, considerato che in molte realtà i pochi medici rimasti sono destinati a compiti pressoché esclusivi di "guardiani" o di "produttori" di prestazioni diagnostiche ambulatoriali.

Nonostante le avvenute modifiche dello status dei dirigenti medici, frequentemente il primario è ancora considerato l'unica via per il raggiungimento dell'autonomia professionale. Nel-

le Aziende sanitarie manca in genere una costruzione orizzontale delle strutture e delle unità operative, capace di far sviluppare una vera autonomia professionale. Chi non diventa primario, deve, a volte, rassegnarsi a non avere sufficiente autonomia.

Spesso le amministrazioni, pur a conoscenza del problema, lo ignorano e non prendono provvedimenti, trascurando un aspetto fondamentale: l'interesse dell'azienda sanitaria ad avere il più elevato numero possibile di professionisti al più elevato livello di capacità e conoscenza.

Nessuna azienda moderna affida ruoli strategici nelle mani di un solo individuo, rischiando di dover bloccare l'attività se il soggetto, per qualche motivo, non è in grado di continuarla. Invece nelle aziende sanitarie molti dirigenti vengono relegati in compiti marginali, come i turni di guardia, più frequentemente festivi o notturni, o vengono impediti nell'accesso alla sala operatoria, o non svolgono piena attività diagnostica o clinica, o, infine, non possono utilizzare gli spazi contrattuali previsti per l'aggiornamento.

La dequalificazione, quindi, non solo danneggia chi ne è vittima, ma danneggia l'Azienda (oltre alla perdita netta di professionalità e di crescita culturale complessiva chi è dequalificato, tende a chiudersi e rende ancora meno, si ammalia più spesso, ha disinteresse alle sorti della struttura) e il malfunzionamento dell'Azienda sanitaria si ripercuote sulla qualità dell'assistenza fornita al cittadino.

Se a questo aggiungiamo che, nel caso in cui il dirigente chieda ed ottenga dal giudice un risarcimento, come sta cominciando a succedere con una certa frequenza, si produce anche un danno economico immediato per le pubbliche finanze, possiamo ben comprendere come sia indispensabile che non sia solo il sindacato a preoccuparsi dei medici demansionati, ma il sistema sanitario stesso.

Enrico Reginato

responsabile Osservatorio Mobbing

Carlo Palermo

segretario regionale Anaa Assomed

Notizie brevi

CODE CONTRATTUALI: CONTINUA IL TORMENTONE

La Corte dei Conti, che deve certificare l'ipotesi di contratto sulle cosiddette code contrattuali, ha mosso alcuni rilievi relativi alla copertura economica.

Questo comporterà certamente un ritardo di almeno uno o due mesi del penoso itinerario per giungere alla firma definitiva dell'accordo.

IN G.U. LE PRIME MODIFICHE AI LEA

Due anni dall'entrata in vigore dei LEA con il Dpcm 29 novembre 2001, sono state pubblicate in Gazzet-

ta Ufficiale le prime modifiche riguardanti le certificazioni.

Su proposta del ministero della Salute, è stato, infatti, approvato dalle Regioni un testo di modifica che si è trasformato nel Dpcm 28 novembre 2003, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 10 dicembre.

La modifica riguarda l'allegato 2A del Dpcm sui Lea, prevedendo la non esclusione dalle certificazioni a carico del Ssn di quelle rilasciate dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta su richiesta delle istituzioni scolastiche, dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica nelle società dilettantistiche di minori e disabili e dell'idoneità al servizio civile.

MOBILITÀ INTERREGIONALE 2004: IL DOCUMENTO STATO-REGIONI

Nella Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome del 19 giugno 2003, i Presidenti hanno concordato sulle modalità per quanto attiene la mobilità interregionale, individuando gli indirizzi per l'anno 2004 e dando mandato agli Assessori alla Sanità di approfondire le problematiche specifiche relative ai seguenti punti:

- definire che cosa si intende per Centri di eccellenza;
- definire quali sono le prestazioni che vengono classificate come "alta specialità";
- affrontare la problematica delle Aziende

di miste definire le modalità per la mobilità di carattere generale;

- proporre una revisione del tariffario del 1997;
- approntare una ipotesi per quanto attiene le tariffe della specialistica ambulatoriale;
- definire alcune problematiche particolari che si verificano solo in alcune Regioni (ad. esempio il problema degli hanseniani).

Il Coordinamento degli assessori alla Sanità ha svolto l'istruttoria sulle questioni su richiamate e la proposta, di seguito esplicitata, del Coordinamento degli assessori è stata approvata dai Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome.

SPECIALIZZANDI

Nulla è cambiato. Cambierà?

Sono anni che gli specializzandi aspettano dai vari Governi che si sono succeduti nel tempo l'entrata in vigore del decreto legislativo di recepimento della direttiva comunitaria in ambito di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli.

Anche questa volta le loro aspettative sono andate deluse, in finanziaria non c'è spazio per loro.

Per quanto tempo ancora dovranno vivere in quel limbo che non li considera medici, ma eterni studenti?

Tutti gli anni la stessa storia. Sembra di vivere in un giorno che si ripete sempre uguale a se stesso, quasi come un labirinto circolare, dove il punto di partenza è uguale al punto di arrivo.

In prossimità della legge finanziaria i movimenti degli specializzandi iniziano a far sentire la loro voce. Si muovono, ribollono, proclamano e urlano per farsi sentire dal Governo per l'entrata in vigore del benedetto/maledetto D.lgs 368/99, che lancerebbe in Europa la formazione specialistica dei medici chirurghi italiani.

Ogni anno, sempre in questi tempi, i giornali pompano le stesse notizie, si muove l'opinione pubblica, o perlomeno si tenta.

Il risultato? Sempre uguale: non si ottiene nulla. Come ogni volta, l'inizio dell'anno venturo è sempre amaro, anzi no, uguale a se stesso. Si è fatto un "gran parlare" ma non si è ottenuto nulla.

Il Governo guarda le mille bocche che urlano i loro bisogni. Sì, perché si tratta proprio di un bisogno per la categoria di medici in formazione, che spendono anni della loro vita e quattrini per divenire dirigenti sanitari, Specialisti, per offrire al popolo italiano un'assistenza Sanitaria ai massimi livelli, ma a quale costo?

Altro non è che una questione di costi, di denaro per ogni singolo medico, ma oggi è divenuta anche una questione di carcere.

Un argomento così complesso non può certo essere sintetizzato in poche righe, ma alcune importanti informazioni devono essere fornite, per capire chi è lo specializzando e quale servizio svolge all'interno di una società che lo vuole sempre più responsabilizzato, a cui è devoluto un gran carico di lavoro all'interno degli ospedali dello Stato italiano, compiti che spesso non sono e non possono essere di competenza del medico in formazione.

Per capire è necessario raccontare una storia, quella del D.lgs 368/99.

Sono ormai passati 12 anni dal vetusto D.lgs 8 agosto 1991 n. 257. Da allora sono stati compiuti enormi passi avanti, dalla comunità europea ed anche dallo Stato italiano, che il 17 agosto 1999 ha varato il D.lgs n. 368, quale recepimento della direttiva comunitaria in ambito di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli. Come ogni altra legge però esiste una sostanziale differenza tra la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale e la sua applicazione.

Ancora non è terminata la gioia dei medici specializzandi (o in formazione), che già a dicembre, il 21 dicembre 1999, lo Stato italiano emana il D.lgs 517, che all'art. 8 comma 3 afferma: "Il comma 2 dell'articolo 46 del decreto legislativo n. 368 del 17 agosto 1999, è sostituito dal seguente: "2. Le disposizioni di cui agli articoli dal 37 al 42 si applicano dall'entrata in

vigore del provvedimento di cui al comma 1; fino alla data di entrata in vigore del predetto provvedimento si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257".

Ecco che l'euforia per l'ingresso in Europa è brutalmente interrotta: gli articoli dal 39 al 41 del D.lgs 368/99 riguardanti gli emolumenti dei medici in formazione specialistica, la copertura assicurativa per la responsabilità civile e la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria, vengono congelati.

Ad oggi, anno 2003, non è cambiato nulla. Tutto ritorna come prima, gli stessi proclami, le stesse voci, gli stessi articoli sui giornali, lo stesso D.lgs 8 agosto 1991 n. 257.

Forse ci siamo dimenticati che lo specializzando, termine che dovrebbe essere buttato nel dimenticatoio, altri non è che un Medico Chirurgo, iscritto all'albo dell'Ordine dei Medici Chirurghi, abilitato dallo Stato alla professione sanitaria.

Sebbene possa sembrare una sciocchezza, o un'inutile vanto, per chi è ancora poco più di un laureato ma meno rispetto allo specialista strutturato, non sembra invece esserselo dimenticato la Suprema Corte di Cassazione Penale, che nel 1999 ha affermato: "In tema di colpa professionale del medico, il concreto e personale espletamento di attività operatoria da parte dello specializzando comporta pur sempre l'assunzione diretta anche da parte sua della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce (secondo i rispettivi ambiti di pertinenza ed incidenza), sicché anche su di lui incombe l'obbligo della osservanza delle *leges artis*, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito ovvero dell'aumento del rischio, con la conseguenza che non lo esime da responsabilità la passiva acquiescenza alla direttiva data ove non si appalesi appropriata, avendo egli al contrario l'obbligo di astenersi dal direttamente operare".

Tra l'incudine ed il martello: non riconosciuti come medici in formazione ma *eterni studenti* pronti a coprire ogni carenza strutturale degli ospedali del Ssn, sottopagati e dal 1999 gravati da una responsabilità che altro non gli deriva che dal titolo di Medico Chirurgo.

Al di là della assoluta necessità di una formazione ed aggiornamento continui, pane quotidiano per qualsiasi medico, e atto dovuto e obbligatorio per le Istituzioni che hanno il compito di formare i medici specialisti, oggi è necessaria una vera e concreta svolta economica.

La vita professionale di un medico chirurgo iscritto alle Scuole di Specializzazione ha oggi costi molto elevati: alle dodici mensilità bisogna sottrarre le tasse universitarie (pari a più di una mensilità), il pagamento dell'Enpam (pari a metà di una mensilità) e l'iscrizione all'Ordine. A tali costi deve aggiungersi quello relativo alla polizza di responsabilità civile, che

per alcuni medici in formazione, quali i ginecologi, può raggiungere od oltrepassare le due mensilità.

Lo Stato si è però pronunciato sulla finalità della borsa erogata al medico specializzando: il Consiglio di Stato (Sez. VI, 15 dicembre 1999, n. 2090), richiamato dalla sentenza del Tar del Lazio del 2002, riconosce che emolumenti agli specializzandi servono "allo scopo di consentirne la sopravvivenza".

La questione oggi è se la somma di denaro erogata dalla borsa di studio, di circa 11.000 euro annui, sia ancora adeguata a garantire la sopravvivenza dei medici in formazione.

La risposta non può che essere negativa: nella realtà si sopravvive con otto mensilità e mezzo, ma dove reperire i fondi per sostenere un eventuale contenzioso penale?

La soluzione della vertenza non può certo creare tensioni all'interno delle Scuole di Specialità, ma nel trovare un Interlocutore consapevole del ruolo svolto dai medici in formazione, che non sono comparse onnipresenti per colmare carenze di organico, ma professionisti sanitari in crescita, che contribuiscono a mantenere un elevato standard di qualità all'interno delle strutture ospedaliere/universitarie in cui operano.

Accanto alla formazione, alla programmazione del percorso formativo-scientifico che serve a qualificare il medico chirurgo che diverrà poi specialista, è necessaria la dovuta corresponsione di emolumenti economici che riconoscano la qualifica professionale e garantiscano un eguale trattamento con chi, già strutturato e specialista, opera nella stessa realtà sanitaria, per tre ordini di ragioni:

- gli "specializzandi" sono medici chirurghi, abilitati dallo Stato alla professione;
- svolgono un lavoro all'interno delle strutture del Ssn, garantendo servizi e prestazioni sanitarie;
- sono soggetti agli stessi rischi lavorativi dei colleghi strutturati;
- la responsabilità del malato, con tutto ciò che ne consegue, grava in parte anche sulle loro spalle;
- la comunità europea ha dettato delle direttive, che sono state disattese.

Non è più possibile lasciare una parte della categoria dei medici priva di quei riconoscimenti economici che gli spettano, sia per la mole di lavoro che quotidianamente è svolto, sia per il grado di responsabilità (civile e penale) di cui oggi è investita, sia per l'adeguamento ai parametri europei, sia, infine, per i rischi lavorativi a cui sono esposti.

Ciò che ci si attende non sono più proclami, o esternazioni di "solidarietà" ad una classe medica che a volte o spesso altro non è che manodopera a basso costo, ma fatti concreti tangibili, visibili già nel 2004.

Daide Santovito
Anaa Assomed Torino

DOCUMENTO DEL COORDINAMENTO INTERAZIENDALE PROVINCIALE ANAAO ASSOMED - NAPOLI

Il disagio lavorativo del medico dipendente

Il disagio lavorativo, per il medico dipendente, è quella condizione di sofferenza che può arrivare fino alla frustrazione ed al dramma personale quando la dimensione lavorativa, di cui non è responsabile, offende e limita la dignità professionale.

Descrizione

- **DISAGIO LAVORATIVO** è rilevare che valori di meritocrazia sono messi da parte rispetto all'appiattimento e all'egualitarismo;
- **DISAGIO LAVORATIVO** è riscontrare il peso e l'invadenza del potere politico nella gestione del proprio lavoro finanche nella quotidianità;
- **DISAGIO LAVORATIVO** è rappresentato dal monocratismo di un Direttore Generale a fronte dell'emarginazione nelle decisioni che investe la categoria medica;
- **DISAGIO LAVORATIVO** è il limite che si pone alla flessibilità e alla innovazione organizzativa attraverso un'anacronistica rigidità normativa e del ferreo rigore nel pareggio di bilancio;
- **DISAGIO LAVORATIVO** è lavorare in un'area di emergenza o effettuare un turno paghionale non avendo alcun riconoscimento economico differenziato e stabile;
- **DISAGIO LAVORATIVO** vuol dire una legge sui lavori usuranti che giace da anni in Parlamento per l'insipienza di una classe politica incapace di scegliere riconoscendo la vera usura continuativa, intellettuale o manuale;
- **DISAGIO LAVORATIVO** vuol dire rilevare che istituti fondamentali, quali i Dipartimenti, le Strutture Semplici Dipartimentali e quelle Divisionali rappresentano solo scatole vuote;
- **DISAGIO LAVORATIVO** rappresenta la difficoltà di poter svolgere una libera professione secondo modelli realmente riformisti;
- **DISAGIO LAVORATIVO** significa non sempre rilevare tra gli stessi colleghi i valori di impegno e di dedizione alla medicina pubblica e veder affermati, con difficoltà, valori quali la circolazione delle idee e un'organizzazione dipartimentale ispirata a cultura, convenienza e necessità;
- **DISAGIO LAVORATIVO** vuol dire accorrere di notte al capezzale dell'ammalato con una retribuzione inferiore a quella di una colf;
- **DISAGIO LAVORATIVO** vuol dire mantenere gli stessi livelli assistenziali pur in carenza di organico con risparmio da parte dell'Azienda e configurazione, quindi, di un reale sfruttamento del lavoratore, contro le leggi nazionali degli standards sanitari;
- **DISAGIO LAVORATIVO** è dipendere dagli sponsor per l'organizzazione e la partecipazione ai corsi ECM;
- **DISAGIO LAVORATIVO** è non poter gestire l'aggiornamento professionale obbligatorio in maniera flessibile.

Cause

L'analisi delle cause del Disagio lavorativo porta ad individuare una multifattorialità di eventi che datano da decenni:

- la lotta per la stabilità di carriera non accompagnata a verifiche reali;
- le sanatorie che irrobustendo gli organici non sempre hanno apportato elementi di qualità;
- l'egualitarismo e l'appiattimento, come momenti deteriori delle lotte del '68;
- un deficit di sindacalismo spinto;
- l'ingerenza della politica intesa come strumento di lottizzazione e di mera gestione;
- il monocratismo del Direttore Generale;
- la visione aziendalistica della sanità in cui innovazione, flessibilità, meritocrazia e competizione si sono calati in un'organizzazione elefantiasica e burocratizzata;
- la difficoltà ad adeguarsi ai nuovi schemi;
- l'affievolimento dell'orgoglio medico;
- la deresponsabilizzazione in assenza di verifica e controlli oggettivi;
- il modificarsi di una eticità figlia delle trasformazioni, anche negative, coinvolgenti la società;
- la criminalizzazione - frequentissima - della categoria in un sistema mediatico affamato di capri espiatori;
- il mancato riconoscimento di alcune funzioni, quali l'ospedale di insegnamento.

Tutti questi elementi hanno ingenerato un **DISAGIO LAVORATIVO** che oggi non è più tollerabile, anche perché, il **DISAGIO LAVORATIVO** dei medici, importanti ordinatori della spesa sanitaria, può costituire una reale e grave diseconomia per l'intero Sistema sanitario nazionale.

Rimedi e proposte

Rimuovere il **DISAGIO LAVORATIVO** è un imperativo d'obbligo per la classe politica, non per soddisfare la categoria medica, ma per invertire una tendenza che se perdurasse porterebbe inevitabilmente ad un declassamento della qualità dell'assistenza. Sotto quest'aspetto il Contratto ed alcune modifiche legislative rappresentano una grande occasione.

Monocratismo

Il monocratismo del Direttore Generale risponde a due esigenze:

1. accelerare le decisioni
2. svincolarlo dal condizionamento politico.

Questo principio è fallito, rivelandosi la fotografia ideale di un'italietta ipocrita e bigotta! Spieghiamo perché: atteso che il Direttore Generale è costretto a subire condizionamenti di ogni tipo dalla politica, non è molto più giusto affiancargli un ristretto Comitato, espresso dalle Istituzioni, che si limiti a programmare ed indirizzare secondo le linee programmatiche nazionali, regionali e aziendali, lasciando ai Dipartimenti la gestione del governo clinico dell'assistenza? Questa potrebbe essere la sintesi tra l'indi-

rizzo politico e la gestione tecnica.

Dipartimenti gestionali

I Dipartimenti sono attualmente scatole vuote, in quanto i Comitati di Dipartimento e il Capo Dipartimento non esercitano il governo clinico. Pertanto si rende indispensabile vincolare le Aziende ad assegnare il budget, ad individuare minuziosamente i compiti operativi dei Comitati di Dipartimento e dei Capo Dipartimento, a porre in essere strumenti di verifica e controllo dell'economia aziendale e a consentire, a richiesta, per il Capo Dipartimento un esonero parziale dall'attività clinica, a questo, pur tuttavia, occorre aggiungere una variabile indipendente: è la qualità degli uomini che può esaltare o mortificare l'istituzione dipartimentale!

Lavori usuranti

Questa richiesta non ha bisogno di commenti. È un dovere etico colmare il vuoto legislativo, anche perché l'assenza di un ricambio generazionale, dovuto allo sbarramento delle assunzioni, la rende ancora più cogente.

Dipendenti aree di emergenza e turnisti

È necessaria una visibile incentivazione economica per coloro che operano nelle aree d'urgenza e una differenziazione economica per quanti svolgono turni notturni e festivi. È il caso di affidare i turni di guardia notturni e festivi a personale proveniente dai servizi territoriali di urgenza; ciò oggi è possibile in quanto i medici dei servizi e di guardia medica sono passati alla dipendenza. L'utilizzo di questi colleghi già avviene nelle Aziende Territoriali ma, paradossalmente, non avviene nelle aree di emergenza delle A.O. e A.O.R.N.. Si rende anche necessario individuare un limite di età, raggiunto il quale, è possibile, su richiesta l'esenzione dai turni di guardia. Deve essere obbligo delle Aziende autoconvenzionare i dipendenti in presenza di posti vacanti nella pianta organica al fine di mantenere inalterati i livelli di assistenza.

L'autoconvenzionamento va innanzitutto espletato dai sanitari dipendenti dell'Azienda ed, in presenza di diniego del personale operante nella disciplina da autoconvenzionare, si potrà ricorrere a personale esterno dipendente, di pari qualifica. Comunque, in ogni caso, il personale dipendente dell'Azienda o di altra Azienda autoconvenzionata, non potrà effettuare un numero di ore superiore al 30% del proprio orario di lavoro, onde non ricadere in un'attività usurante.

Libera professione

Porre in essere meccanismi di tipo riformista in cui trovino sintesi:

1. l'esigenza del cittadino di scegliere il medico
2. la possibilità per il medico di porre al servizio dei cittadini la propria scienza
3. il dovuto controllo fiscale da parte delle Autorità preposte

4. l'investimento in tecnologie, da parte dell'Azienda, con i proventi legati alla libera professione dei dipendenti.

Strutture semplici divisionali e dipartimentali

Occorre riempire di contenuti le Strutture Semplici Divisionali e Dipartimentali, correlando, in maniera inscindibile, i concetti di autonomia, responsabilità, retribuzione, verifica e reversibilità nell'attribuzione degli incarichi.

L'imperativo categorico per le Strutture Semplici Divisionali e Dipartimentali è: **NORMARE E VERIFICARE**.

E.C.M.

Obbligo alle Aziende di gestire l'E.C.M..

Reperibilità

Si ritiene, infine, che venga stabilita una indennità di reperibilità che preveda un finanziamento autonomo e la cui base di partenza sia almeno triplicata rispetto all'attuale.

Aggiornamento professionale

È opportuno precisare che le 4 ore settimanali di aggiornamento professionale facoltativo siano fruibili ed autocertificabili e non necessariamente realizzate nell'ambito della U.O. dove si presta la propria opera.

Concorsi

Ultima, ma non per questo tale, è la riflessione sulla presenza del sindacato nelle commissioni concorso. Torna una questione morale fatta di ipocrisia: i sindacati, elemento di garanzia, furono estromessi dalle commissioni concorso nell'onda di trasparenza dei primi anni '90. Domandiamo al lettore: in coscienza, il tasso di moralità che ci si aspettava si elevasse, si è realmente elevato o si è solo aumentato il monocratismo discrezionale del Direttore Generale rigidamente sottoposto al potere politico?

Perché una riflessione sul **DISAGIO LAVORATIVO**?

Perché, solo una reale e convinta presa di coscienza da parte dei medici dipendenti del Disagio in cui operano può costituire una spinta unificante per una mobilitazione sindacale finalizzata al rinnovo del contratto e alle modifiche legislative. In altre parole bisogna alzare il tiro introducendo negli schemi classici della trattativa la rimozione del disagio da noi inteso quale elemento decisivo affinché la categoria si riappropri, fino in fondo, del ruolo che le compete in modo da indurre la classe politica ad assumere scelte consequenziali alle rivendicazioni dei medici dipendenti.

Franco Verde - Coordinatore Interaziendale Provinciale Anaa Assomed Napoli

Luigi Bencivenga, Antonio De Rosa, Annarita De Simone, Vincenzo Bencivenga, Eugenio Gragnano, Marco Lacetti, Nicola Maturo, Paolo Minervino, Cosimo Nocera, Giustino Silvestro

IL PUNTO

Medicina Usa, errori medici, accreditamento, Ecm: fumo negli occhi?

di Alberto Andrion

Apprendiamo in questa pagina che un recente studio apparso su *Jama* ripropone il tema degli errori medici negli ospedali Usa. Secondo questo studio, essi sarebbero causa di circa 30mila decessi/anno confermando i risultati di ricerche analoghe pubblicate negli ultimi tempi sulle più prestigiose riviste scientifiche americane. Questi dati lasciano allibiti soprattutto perché provengono da un paese che impegna il 14% del proprio Pil per l'assistenza sanitaria contro una media dell'8% degli altri paesi maggiormente sviluppati. Ma i dati sulla mortalità Usa dovuta ad errori medici, qualora confermati, dovrebbero fare riflettere su altri due aspetti del sistema americano recentemente introdotti anche da noi "a garanzia della qualità": l'accreditamento delle strutture e l'Ecm. Come tutti sanno, i pilastri delle argomentazioni pro accreditamento e pro Ecm divulgati da ministri della sanità, professori, esperti, difensori dei diritti dei consumatori, ecc. erano i seguenti: a) gli Usa hanno raggiunto un elevato livello di qualità delle cure e di efficienza delle loro strutture (e dei loro professionisti) perché hanno una lunghissima esperienza di accreditamento da parte di organismi indipendenti, tra l'altro molto severi nella valutazione degli standard operativi (la famosa *Joint Commission*); b) i medici americani sono tutti impegnati in rigorose ed efficienti procedure di *continuing medical education* che impediscono l'analfabetismo scientifico di ritorno dei medici (ad esempio quelli italiani) che non si aggiornano più dopo aver conseguito la laurea o la specializzazione. Ora, è per lo meno strano che in un paese (gli Usa) che vanta e vantava milioni di dollari di investimenti in queste raffinate procedure di verifica di qualità emerga un fenomeno così consistente di errori medici e, soprattutto, di decessi dovuti a questi errori. Delle due l'una: o i dati sugli errori medici sono sopravvalutati o i processi di accreditamento e di Ecm sono serviti a ben poco. Non è per caso che tutte queste procedure e queste agenzie (dopo accreditamento ed Ecm, stanno sorgendo come i funghi fondazioni ed agenzie che si occupano di errore medico) servono principalmente a sviluppare una cosa sola: il *business* (o il 14% del Pil)? Non preoccupatevi, stiamo parlando degli Usa non dell'Italia.

USA

30mila morti l'anno per gli errori medici negli ospedali

I danni procurati ai pazienti da errori medici negli ospedali americani provocano degenze più lunghe, un aumento dei costi ospedalieri e, fatto ben più grave, oltre 30mila morti all'anno. Questi in sintesi i risultati di uno studio pubblicato su *Jama* lo scorso ottobre.

Lo studio ha utilizzato gli Indicatori di sicurezza del paziente, i Patient Safety Indicators sviluppati dalla Ahrq, l'Agenzia per la ricerca e la qualità dell'assistenza sanitaria, per rilevare, attraverso lo screening dei dati amministrativi, gli incidenti di un certo rilievo correlati alla sicurezza del paziente. Sono state identificate le lesioni occorse ai pazienti a seguito di errori medici analizzando 7,45 milioni di schede di dimissione provenienti da 994 ospedali per acuti in 28 Stati americani nel corso dell'anno 2000, contenuti nel database del progetto "Nis- Healthcare Cost and Utilization Project Nationwide Inpatient Sample" realizzato dall'Ahrq.

I risultati sono stati valutati in rapporto all'impatto che le lesioni hanno avuto sulla durata della degenza ospedaliera, sui costi ospedalieri e sui decessi attribuibili ai danni provocati dalle cure mediche.

Nonostante i ricercatori affermino che le cifre prodotte rappresentano una stima inferiore a quella di altri studi, quanto emerge è abbastanza sorprendente. Su 2595 pazienti si è registrato l'impatto maggiore, che si è tradotto in ben 11 giorni di degenza in più rispetto a coloro che non presentavano complicanze, in un aumento dei costi per paziente fino a 57mila dollari, e in un maggiore rischio di morte postoperatorio che in alcuni casi raggiunge il 21,9%.

È la sepsi postoperatoria la principale imputata, con 3mila decessi l'anno. Segue per gravità la deiscenza postoperatoria di un'incisione chirurgica, che comporta una degenza che si prolunga di 9,42 giorni, un costo aggiuntivo di circa 40.323 dollari e un rischio di morte superiore del 9,63%. Le infezioni che insorgono dopo un intervento medico comportano una degenza più lunga di 9,58 giorni, un costo aggiuntivo intorno ai 38.656 dollari e un rischio di morte del 4,31%.

La direttrice della Agency for Healthcare Research and Quality conferma l'importanza dell'indagine in quanto "fornisce la prima evidenza diretta che i danni provocati da errori medici costituiscono una minaccia reale per i cittadini americani e comportano un aggravio di spesa per il sistema sanitario". E inoltre consentirebbe agli ospedali di "utilizzare questi dati per potenziare gli sforzi già in atto per ridurre gli errori e migliorare la sicurezza dei pazienti".

Nell'editoriale di *Jama* che accompagna il lavoro, i professori Saul Weingart e Lisa Iezzoni della Harvard Medical School di Boston avvertono però che il primo passo da fare è definire chiaramente il concetto di "medical injuries" attraverso un ben strutturato set di strumenti di misurazione che permetta, innanzitutto, di identificare quelli evitabili.

UK

Errore ospedaliero: il governo pagherà le spese legali dell'inchiesta

Sarà il governo a dover pagare i costi legali dell'inchiesta sulla morte di una bimba di tre anni avvenuta in ospedale a seguito di un errore di dosaggio. I genitori della piccola Naazish, di Bradford nello Yorkshire, hanno portato il caso dinanzi alla Corte di Appello di Londra, dopo che una prima inchiesta era stata aggiornata l'anno scorso in quanto non avevano nominato un difensore.

Ecco i fatti: nel 1999 la piccola affetta da linfoma era ricoverata al St James Hospital di Leeds per essere sottoposta a chemioterapia ed emodialisi. Ma qualcosa "andò storto" e l'apparecchiatura per la dialisi pompò nel suo corpo una quantità eccessiva di potassio provocandole un attacco cardiaco. Un livello fatale, sei volte superiore alla norma, come evidenziò l'analisi dei gas nel sangue effettuata durante i tentativi di rianimazione; ciononostante la morte fu archiviata come attacco cardiaco e linfoma a cellule B.

Un'indagine della polizia, che fece riesumare la piccola salma, mise in luce gravi negligenze da parte dell'infermiera di turno e dell'intera azienda ospedaliera; il rapporto fu inviato al Crown Prosecution Service (struttura indipendente governativa creata nel 1986 con il compito di perseguire i reati penali a seguito di indagini della polizia di Inghilterra e Galles; la decisione di intraprendere un'azione penale è sostanzialmente subordinata ai due criteri della sufficienza delle prove e del pubblico interesse che riveste il caso) che però ritenne di non procedere.

La richiesta dei genitori della bimba, rivolta alla struttura sanitaria e all'Authority del Ssn

incaricata di dirimere le controversie, di sostenere le spese per la rappresentanza legale della figlia nell'inchiesta fu rifiutata, ma l'ospedale, che intanto aveva portato avanti una sua indagine indipendente in gran segreto, offrì una piena ammissione di responsabilità.

I genitori si rivolsero allora alla Corte suprema, ma il giudice sentenziò che le inchieste della polizia e dell'azienda sanitaria adempivano all'obbligo dello Stato di far luce sulla vicenda, inoltre l'ammissione di responsabilità rendeva inutile ulteriori indagini, ed ancora, la morte della bambina era anteriore all'entrata in vigore del Human Rights Acts, la legge sui diritti umani. La famiglia dovette ricorrere in appello per vedere finalmente riconosciute le proprie ragioni. I suoi legali argomentarono che il governo era obbligato, in base alla normativa sui diritti umani, a svolgere un'inchiesta realmente indipendente sulla morte di Naazish alla quale i parenti potessero partecipare a pieno titolo. "Ancora non capisco perché l'ospedale, che pure ha ammesso la sua colpevolezza, abbia insistito per anni sul fatto che avrei dovuto pagare io per scoprire perché mia figlia è morta" ha commentato alla fine della sentenza il padre. Per i legali di parte si tratta di una decisione importante, anche sul piano umano, che avviene dopo infinite sofferenze della famiglia, aggravate dalla riesumazione della piccola salma dopo che la struttura sembrava coprire la vera causa di morte, dal fatto che un'indagine di polizia lunga due anni si era conclusa senza nessun vero addebito. Ed infine, solo dinanzi alla Corte si è scoperto che l'ospedale aveva svolto a sua volta un'indagine.

USA

Cercansi 85mila medici entro il 2020

Entro il 2020 il sistema sanitario statunitense potrebbe essere a corto di 85mila medici secondo il nuovo rapporto del Council on Graduate Medical Education (Cogme), la struttura creata nel 1986 con il compito, conferitole dal Congresso, di fornire una valutazione puntuale sulle tendenze della forza lavoro medica, i contenuti formativi e le politiche di finanziamento relativamente all'assistenza sanitaria. Tra le raccomandazioni contenute in questo nuovo rapporto, quella di incrementare del 15 per cento il numero degli studenti di medicina, un input che stride con le previsioni espresse dallo stesso Cogme nel 1993, che indicavano un surplus di laureandi.

Le previsioni fatte nei primi anni novanta si basavano sull'assunto che "la managed care sarebbe stato il modello predominante di assistenza sanitaria nel Paese - sostiene su "The Lancet" Carl Getto, presidente del Cogme - mentre si è verificato esattamente l'opposto". Per Edward Salsberg, uno degli estensori dello studio, "i medici hanno scelto altri modelli di lavoro. Le nuove generazioni sembrano meno propense a lavorare tante ore come i loro predecessori e sono molti i medici che impegnano il loro orario lavorativo in attività diverse dall'assistenza ai pazienti".

Il rapporto raccomanda anche che l'obiettivo, fissato nel 1992, di un "fifty-fifty" di specialisti e medici di medicina generale venga abbandonato a favore di una valutazione dei bisogni in itinere, evidenziando come solo il 38 per cento di medici statunitensi sia nella medicina di base.

Per aumentare il numero dei medici in attività, secondo il rapporto, si dovrebbero incrementare gli interni, dalle 24mila unità del 2002 alle 27mila entro il 2015. Si dovrebbe eliminare il "tappo" Medicare, che scoraggia pesantemente gli ospedali universitari ad aumentare il numero degli interni, e far crescere il numero dei laureandi di 3mila all'anno entro il 2015.

Aumentare il numero degli iscritti alle facoltà di medicina "è senz'altro saggio vista la previsione", dichiara a "The Lancet" Michael Whitcomb, vice presidente del dipartimento per la formazione medica dell'Association of American Medical Colleges "anche se non è chiaro come si possa raggiungere l'obiettivo, se allargando le classi in un gran numero di università o realizzando nuove università, oppure combinando le due strategie".

Richard Cooper, che ha pubblicato l'anno scorso uno studio simile a quello del Cogme su "Health Affairs", pervenendo agli stessi risultati, sostiene che parte del problema potrebbe essere risolto rimpolpando le fila con 1000 laureati in medicina provenienti dall'estero, anche se, aggiunge Cooper, potrebbe essere deleterio toglierne molti altri a quelle nazioni che già riforniscono di interni, come hanno potuto sperimentare alcuni paesi dell'Africa subsahariana quando il Regno Unito ha cominciato a corteggiare insistentemente i loro medici.

FISCO & PREVIDENZA

Cause di servizio e commissioni mediche

Dal gennaio 2002, per effetto dell'articolo 6 del Dpr 461/2001, le commissioni mediche ospedaliere non sono più competenti a verificare l'esistenza del nesso di causalità tra infermità e servizio e ad esprimere parere sulla diagnosi e l'idoneità al servizio nei procedimenti per la concessione della pensione privilegiata, relativa al personale iscritto alle ex Casse pensioni del Tesoro, fra cui la Cassa pensioni sanitari, confluite nell'Inpdap. La novità prende origine proprio dal regolamento, recante norme di semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza d'infermità o lesioni da causa di servizio, e per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo. Tra l'altro il regolamento ha portato notevoli innovazioni con riferimento alle competenze ed alla composizione delle commissioni mediche ospedaliere, stabilendo, in particolare, che le stesse non debbano più esprimersi sulla dipendenza della causa di servizio della infermità diagnosticata, e ciò anche quando siano chiamate ad esprimere la diagnosi di infermità e l'idoneità al servizio.

Per il personale medico, ed anche per quello dipendente dagli enti locali, continuano,

tuttavia, a trovare applicazione le vigenti disposizioni procedurali.

Si tratta, in particolare, dell'intervento del Comitato tecnico per pensioni privilegiate, il quale è chiamato ad esprimersi, all'atto della cessazione dal servizio, di un nesso di causalità tra l'inabilità sopravvenuta e l'attività lavorativa svolta.

Altra norma procedurale che resta operativa è quella prevista dall'articolo 54 del decreto 295, del lontano 1917. Questa norma demanda agli uffici territoriali del Governo (già Prefetture) la predisposizione di apposita relazione, con l'invio degli atti all'Inpdap.

Questo significa che per quanto riguarda l'iter procedurale per il riconoscimento della pensione di privilegio nei confronti degli iscritti alle Casse pensioni, le sedi Inpdap continueranno a seguire le vecchie regole, che acquistano la veste di disciplina a carattere transitorio, fino all'assunzione da parte dello stesso Inpdap dei relativi procedimenti a seguito di emanazione di un apposito, ed ulteriore regolamento.

Claudio Testuzza

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Corte di Cassazione

Sentenza n. 39065/2003

Il medico deve privilegiare l'ospedale rispetto alla clinica

Con sentenza n. 39.065 della V Sezione Penale, la Corte di Cassazione ammonisce i medici ospedalieri che svolgono la libera professione extra moenia affermando il principio che deve essere data la precedenza all'ospedale pubblico rispetto alla struttura privata. Vero è che il contratto dei medici dipendenti del Ssn offre la possibilità di svolgere la libera professione in cliniche private - intramoenia allargata -, ma, non per questo, il personale sanitario perde la qualità di pubblico ufficiale. I fatti risalgono al 1992 quando un primario dell'ospedale civile di Cesena, era risultato assente per sei volte ai controlli, pur certificando la sua presenza in corsia. In realtà il medico, proprio in quegli stessi orari si era allontanato dall'Ospedale per prestare servizio presso una casa di cura privata convenzionata con il Servizio sanitario nazionale. Attività, quella dell'intramoenia allargata prevista dal contratto e dunque assolutamente legittima. Di qui la condanna del giudice di merito, confermata anche in appello di "falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici ex art. 479 del codice penale. Il primario, rivoltosi alla Corte di Cassazione, ha eccepito l'inapplicabilità dell'art. 479 alla sua fattispecie, per le false attestazioni contenute nel cartellino segnatempo, in quanto il D.lgs. del 1993 sul pubblico impiego, "avrebbe connotato in senso assolutamente privatistico il contratto dei medici".

La Suprema Corte, ribadendo che il rapporto di lavoro privatistico non giustifica la totale autonomia, spiega come il Decreto legislativo n. 29 del 1993, non ha mo-

dificato la natura giuridica dell'attività ospedaliera di pubblico servizio reso alla collettività per obbligo di legge, ma ha solo regolato i rapporti interni con modalità e criteri di efficienza simili a quelli propri del rapporto tra medici e strutture private come l'obbligo di risultato; quest'ultimo non va confuso con la libera organizzazione dell'orario di lavoro, ma riguarda "l'obbligo al pieno impegno durante le ore lavorative, senza possibilità di ulteriori retribuzioni". Tutto ciò spiega anche il fatto che non vi sia alcuna contraddizione fra la regolamentazione privatistica del lavoro e l'esercizio della pubblica funzione sanitaria.

L'attività prestata nel presidio ospedaliero costituisce, pertanto, l'espressione di "un compito sociale attribuito dalla pubblica amministrazione a ciascun sanitario e all'intera struttura al fine di adempiere alla funzione di assistenza sanitaria realizzata dall'ente pubblico nell'interesse del cittadino". Il cartellino orario e la scheda magnetica costituiscono a tutti gli effetti atto pubblico, essendo prova della presenza nel posto di lavoro del sanitario e contenendo, inoltre, l'attestazione dell'attività lavorativa prestata nel presidio al fine di "garantire un sufficiente livello di prestazioni sanitarie". In relazione a tali motivazioni la Corte ha confermato la sentenza del giudice di merito in tema di falsità ideologica in atto pubblico, precisando che per tale delitto, l'elemento soggettivo consiste nel dolo generico, essendo sufficiente la semplice volontarietà e consapevolezza dell'attestazione. Nella fattispecie la condotta consisteva nel far timbrare il cartellino con orario di entrata e/o uscita incompatibili con la presenza del sanitario presso la casa di cura privata; pertanto il delitto è perfetto anche senza "l'animus nocendi" né "l'animus decipiendi", ovvero quando la falsità sia compiuta senza l'intenzione di nuocere e quando la condotta sia accompagnata dalla consapevolezza di non produrre alcun danno. È sufficiente dunque, agire con la consapevolezza di attestare il falso.

Il testo della sentenza è disponibile sul sito www.anaao.it

MEDICI IN PENSIONE

Aumenti pensione: "più sali su, più scendi giù"

Le riforme che si sono susseguite non hanno mai ricomposto una vecchia condizione che consentiva in un lontano passato, ai pensionati, di poter beneficiare, anche se in forma ridotta, degli incrementi stipendiali attribuiti al personale in servizio, dall'attuarsi dei contratti di lavoro. Infatti, per avere un incremento, davvero modesto, la pensione deve attendere l'inizio di ogni anno e ricevere la cosiddetta "perequazione automatica". L'ex scala mobile che aumenta il trattamento sulla base dell'inflazione annua. In pratica all'inizio dell'anno gli istituti previdenziali aggiornano la pensione sulla base di un valore inflattivo provvisorio espresso da un decreto ministeriale, in genere di fine novembre, dell'anno precedente. Se tale valore risultasse inferiore del dato definitivo dell'Istat per tutto l'anno, si procederebbe ad un relativo conguaglio. Non è stata questa la condizione del 2003. Infatti l'aumento attribuito, in via provvisoria, a gennaio 2003, sulla base del decreto ministeriale 22 novembre 2002, è risultato dello stesso valore - 2,4% - del dato definitivo dell'Istat per il 2002. Ciò vuol dire che

non occorre procedere ad alcun conguaglio per l'anno in corso. Poiché l'indice definitivo dell'inflazione 2003, si potrà conoscere solamente a fine dicembre intanto gli enti preparano i mandati di pagamento, delle pensioni per il 2004, sulla base di un dato provvisorio che dovrebbe essere del 2,5%. Ma questo "aumento" non viene attribuito per intero a tutto il trattamento pensionistico! Il legislatore ha previsto, infatti, che l'aliquota percentuale di aumento si applichi in forma a calare, secondo determinate fasce d'importo pensionistico. Cioè, non contenti del fatto che l'importo della pensione rimanga costante anche nel caso di incrementi stipendiali degli attivi, e concesso di procedere all'aumento intero solamente per una parte minima della pensione. Mentre l'aumento viene ridotto per le quote superiori. L'articolo 59, comma 13, della legge 449/97, addirittura aveva stabilito, che per il triennio 1999-2001, il coefficiente di aggiornamento della quota eccedente l'ammontare pari a cinque volte il minimo Inps e sino a otto volte il minimo Inps fosse ridotto al 30% dell'indice di

inflazione. Mentre nessuna indicizzazione sarebbe stata applicata alla fascia di trattamento annuo superiore a otto volte il minimo. Dal 2001, invece di eliminare questa restrittiva norma, si è assistito solamente ad un suo "raffreddamento". Per cui anche per il 2004 gli aggiornamenti avranno il seguente andamento;

- al 100% sull'importo mensile sino a tre volte il minimo Inps;
- al 90% sull'importo mensile fra tre e cinque volte il minimo Inps;
- al 75% sulla quota mensile eccedente cinque volte l'importo minimo Inps.

Ricordiamo che il minimo Inps per il 2003 è, di euro 402,12.

Pertanto l'aumento per il 2004 sarà del 2,5% (aliquota intera) per trattamenti fino a 1206,36 euro; del 2,25 (90% dell'incremento) sulla fascia tra 1206,37 e 2210,60 euro; dell'1,875 (75% dell'aumento) sulla quota mensile eccedente i 2210,60 euro.

C. T.

SANITÀ PRIVATA

Riflessioni sull'accreditamento

Un volume dedicato ad uno degli istituti normativi più significativi per il Ssn

Nel recente "L'accreditamento è un diritto?" a cura di V. Bellini e E. Paolini (ed. S.E.O.P., 2003), tre illustri personalità, Cesare Mirabelli Presidente Emerito della Corte Costituzionale, Rosy Bindi, Responsabile del Dipartimento Sanità della Margherita e Alfonso Quaranta Presidente di sezione del Consiglio di Stato, dedicano una serie di riflessioni ad uno degli istituti normativi più significativi per l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale secondo la riforma del 1992.

L'accreditamento istituzionale segna, infatti, "un importante mutamento nell'assetto organizzativo dell'erogazione delle prestazioni sanitarie", in precedenza caratterizzato da una impronta nettamente pubblicistica con la domanda di prestazioni "principalmente ed in preferenza soddisfatta dalle strutture pubbliche" ed il ricorso alle strutture private solo dopo "convenzionamento", quando quelle pubbliche non fossero state in grado di soddisfare la richiesta. Un compito, dunque, del tutto residuale.

Il concetto di "parità" tra strutture pubbliche e private è introdotto dal decreto legislativo 502/92 che afferma il "diritto di scelta delle strutture sanitarie e dei professionisti da parte del cittadino utente". Parità legata alla presenza dei "prescritti requisiti strutturali, organizzativi e funzionali" a garanzia delle caratteristiche delle strutture e dei posti letto. In seguito il DPR 14/1/97 introduce il concetto di "ulteriori requisiti di accreditamento", validi ai fini di una programmazione regionale. Programmazione ancor più sottolineata nel decreto legislativo 229/99 dove con gli "accordi contrattuali" vengono pre-determinate dalle Regioni le quantità di prestazioni soddisfatte dal Ssn.

Questo il quadro normativo di riferimento.

Le "questioni sul tappeto" riguardano se vi sia una diversa impostazione tra l'accreditamento del decreto legislativo 502/92 e quello del decreto legislativo 229/99 e se eventualmente il processo di devolution possa conferire alle Regioni il potere di optare esclusivamente per una "concezione di accreditamento secondo i principi di libera scelta, parità delle strutture e competitività", o se debba avvenire secondo "l'evenienza dell'accordo contrattuale". In altre parole se Regioni e Strutture Sanitarie possano "limitare la scelta del cittadino con l'introduzione dell'accordo contrattuale, sottraendogli il potere indiretto di orientare la qualità a mezzo della scelta stessa".

La questione è davvero cruciale perché, in presenza di una contrapposizione tra i due momenti legislativi, verrebbe sottratta al mercato, ossia all'utenza, la competitività, ossia l'utilizzo delle strutture governate dal mercato.

È evidente – afferma Mirabelli – la complessità dei problemi che si intrecciano sullo sfondo dell'accreditamento istituzionale e che si intersecano con le caratteristiche di questo istituto, in presenza di una continua riforma della riforma, con interventi dettati da esigenze finanziarie.

Tuttavia "là dove sono in gioco funzioni e diritti costituzionalmente previsti e garantiti è (...) indispensabile superare la prospettiva del puro contenimento della spesa pubblica, per assicurare la certezza del diritto ed il buon andamento delle pubbliche amministrazioni, mediante discipline coerenti, destinate a durare nel tempo (Corte Cost., sent.n.245 del 1984)".

Gli "accordi contrattuali" costituiscono il "pre-

supposto per la remunerazione delle prestazioni erogate e le definiscono secondo programmi di attività concordati; impegnano ciascuna struttura ad assicurare tali prestazioni e ne stabiliscono i volumi massimi; indicano i requisiti del servizio da rendere, determinano le remunerazioni per volumi di prestazioni eccedenti il programma concordato".

Una particolare attenzione merita la sequenza autorizzazione-accreditamento-accordo contrattuale che può assumere due diverse interpretazioni: quella di "un sostanziale ritorno al vecchio modello delle convenzioni, attuato mediante la successione di atti autonomi, ma collegati, che perseguono nel loro insieme il risultato proprio di quel modello". Oppure quella di "un'ulteriore evoluzione del sistema che, non senza ambiguità o incertezze, tende a rendere compatibili la programmazione delle attività, il controllo delle prestazioni, il contenimento della spesa, l'introduzione di elementi di mercato nell'ambito delle strutture che erogano prestazioni sanitarie, la libera scelta del luogo di cura".

E se l'interpretazione di un ritorno "implicito" alle convenzioni sarebbe difficilmente compatibile con i nuovi principi del sistema e "tanto incoerente da alimentare dubbi sulla sua ragionevolezza", viceversa "l'accordo contrattuale assume i contorni di un atto che rende concretamente operativo l'accreditamento istituzionale, senza vanificarne la funzione tipica, ma definendo consequenziali modalità per l'attuazione del rapporto tra il soggetto pubblico acquirente e pagatore delle prestazioni e le strutture pubbliche o private che, su un piano funzionalmente paritario, erogano le stesse prestazioni sanitarie. I margini di incertezza presenti risultano, se mai, dalla stratificazione degli interventi legislativi e devono essere risolti nell'interpretazione delle norme più coerente e adeguata ai principi costituzionali".

D'altra parte, la ratio dell'accreditamento – secondo Bindi – è proprio quella di favorire una pluralità di soggetti, senza pregiudizi sulla loro natura pubblica o privata, in grado di fornire i servizi e le prestazioni sanitarie essenziali (i cosiddetti Lea), coniugando efficacia, efficienza e controllo della spesa. "Una ratio coerente con il Ssn che poggia su due capisaldi: la programmazione regionale, nazionale e locale che tiene insieme bisogni e risorse; la responsabilità pubblica nei confronti della salute che si esprime anche in un modello di organizzazione e gestione dei servizi".

Due le obiezioni. L'accreditamento non costituisce di per sé una condizione per operare in nome e per conto del Ssn, prevedendo ulteriori requisiti che risulterebbero troppo onerosi per un'azienda privata obbligata ad adeguarsi senza avere una contropartita reale ma solo potenziale. Inoltre la determinazione del fabbisogno di assistenza, in relazione alla programmazione nazionale e regionale determinerebbe un condizionamento a priori delle capacità di sviluppo delle aziende private, mentre "la valutazione comparativa comporterebbe una eccessiva discrezionalità dei finanziatori pubblici nella stipula degli accordi contrattuali".

Ma la nostra Costituzione – osserva Bindi – non concepisce la libera iniziativa economica come illimitata ma ne configura piuttosto una finalità sociale. E non c'è dubbio che la sanità rappresenti un settore in cui appare evidente la finalità socia-

le. Inoltre gli stessi imprenditori privati hanno molte più garanzie di crescita e di sviluppo in un ambito in cui la competitività si gioca in primo luogo sulla qualità.

Malauguratamente "ritardi e furbizie di numerose amministrazioni regionali stanno determinando un quadro di incertezza e di stallo che può forse favorire alcuni gruppi imprenditoriali nell'immediato, ma che nel medio periodo è destinato inevitabilmente a creare gravi difficoltà per tutti".

Quel che è certo è che "i tentativi di razionalizzazione del sistema sanitario del nostro Paese si imbattono inevitabilmente – secondo Quaranta – nella tematica del rapporto pubblico/privato" e non sarebbe "neanche immaginabile una sanità integralmente pubblica, così come sarebbe fuori dalla realtà una sanità interamente affidata alla iniziativa privata". È fuori di dubbio che le "due reti assistenziali concorrono a delineare l'assetto dell'intero sistema e che quella privata è chiamata a svolgere una funzione di integrazione necessaria alla rete pubblica". E l'esigenza di assicurare la parità tra le due reti ha comportato il "superamento del precedente sistema di convenzionamento, che riguardava la sola componente privata e la sua sostituzione con l'accreditamento, che rappresenta lo strumento di parificazione sostanziale tra le due componenti e di meccanismo volto alla salvaguardia sia delle esigenze di contenimento della spesa sanitaria sia di quelle relative alla standardizzazione della qualità delle prestazioni rese all'utenza".

Ma il punto cruciale è comunque rappresentato dal "necessario collegamento che, nella materia in questione, è individuabile tra programmazione sanitaria regionale e svolgimento delle attività operative. Solo privilegiando, infatti, il momento programmatico, la ripartizione delle limitate risorse finanziarie assume un rilievo significativo".

Vi è se mai da chiedersi se il "nuovo assetto della ripartizione delle competenze legislative in materia sanitaria conseguente alla riforma del Titolo V della Costituzione abbia inciso o sia destinato ad incidere sul sistema dell'accreditamento". Fin qui la "materia della tutela della salute è stata demandata alla legislazione concorrente delle Regioni, mentre allo Stato è riservata quella esclusiva sulla determinazione dei livelli essenziali di assistenza". Tuttavia qualora si pervenisse ad una ulteriore modifica dell'articolo 117 Costituzione "nel senso della devoluzione della materia dell'assistenza sanitaria ed ospedaliera alla competenza esclusiva delle Regioni, dovranno essere rivisti molti istituti e reimpostate le basi stesse del sistema assistenziale del Paese".

Un'ultima notazione è riservata alla "libera iniziativa economica che potrebbe apparire in una collocazione remota dal tema della salute e della organizzazione dei servizi sanitari". Ma – riflette Mirabelli – "la cura della salute richiede l'allestimento di strutture preordinate allo svolgimento di attività dirette alla produzione dei servizi necessari per la erogazione di prestazioni di diagnosi e cura e che possono costituire oggetto di imprese organizzate e gestite secondo criteri di economicità". Ciò che non consente di considerare l'iniziativa economica privata, in campo sanitario, "antagonista del sistema pubblico, giacché anch'essa può concorrere a perseguire efficacemente interessi collettivi e finalità sociali".

Fabio Florianello

Fondazione "Pietro Paci" Onlus Scuola di Formazione "Carlo Urbani" I° Corso di Formazione Medici per la Cooperazione Internazionale

Presentazione

Il I° Corso di Formazione Medici per la Cooperazione Internazionale della Scuola "Carlo Urbani" organizzato dalla Fondazione Pietro Paci e dall'Anaa Assomed si propone di offrire, ai sanitari che intendano prestare la loro opera di soccorso alle popolazioni in "situazioni di crisi", una formazione di "base" in merito all'organizzazione del lavoro delle équipe sanitarie impegnate nel settore della cooperazione e solidarietà internazionale.

Gli obiettivi del Corso sono:

- Educare e migliorare le capacità didattiche individuali con l'obiettivo specifico di produrre manuali di educazione sanitaria costruiti in cooperazione con le équipe sanitarie "locali".
- Dare una formazione specifica sulla programmazione degli interventi ovvero sulla loro durata e sulle procedure necessarie a produrre un meccanismo di automantenimento dell'intervento.
- Costruire un metodo di lavoro che fornisca la "possibile igiene" in aree a carenza idrica, e come ottenere le quote necessarie di acqua in tali aree.
- Istruire i discenti in merito all'Epidemiologia dei territori ed alla prevalenza delle malattie infettive ed all'organizzazione di un sistema di prevenzione con campagne di vaccinazione.
- Informare e costruire la dovuta attenzione per cultura generale sulle religioni e sulle peculiarità presenti in società e comunità con sfera politica non laica.
- Ricostruire il percorso della "diagnostica compatibile e sostenibile", restituendo il valore ed il significato alla semeiotica fisica.
- Reindirizzare i concetti di specializzazione e competenza professionale verso una figura del medico con attribuzioni meno specialistiche e con minore separazione tra aspetti chirurgici e medici.
- Indurre una sufficiente preparazione storica ed un metodo nell'approccio alle culture ed alle realtà "locali" che tenga conto di una analisi multidisciplinare (politica, religiosa, filosofica, ed economica) al senso della nascita, della malattia e della morte in realtà assolutamente diverse dal mondo occidentale.

Organizzazione del Corso e calendario delle lezioni

Il Corso è articolato in 8 moduli formativi di due giornate (venerdì 15.00-19.00 e sabato 9.00-13.00; 14.00-18.00), per un totale di 96 ore di lezione svolte nell'arco di quattro mesi, da marzo a giugno. Ogni modulo è coordinato da un esperto del settore. Mediante apposite griglie di valutazione relative alla formazione ricevuta durante ciascun modulo, verranno effettuate verifiche intermedie sulla efficacia del corso e sul livello di apprendimento dei discenti. Mentre alla fine del corso, previa verifica della assiduità della frequenza ed il superamento della prova finale, verrà rilasciato l'attestato contenente i crediti formativi.

MODULO 1

Venerdì 19 marzo 2004 (15.00-19.00)

Sabato 20 marzo 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Programmazione ed organizzazione degli interventi 4 ore
Valutazione dei territori interessati dal progetto di cooperazione 2 ore
Analisi del budget (costi permanenti e costi transitori) 2 ore
Formazione del personale locale ed esterno 2 ore
Radicazione sul territorio ed utilizzazione del piccolo prestito 2 ore

MODULO 2

Venerdì 2 aprile 2004 (15.00-19.00)

Sabato 3 aprile 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Epidemiologia dei territori 4 ore
Analisi dei data-base e problematiche connesse alla raccolta dei dati 2 ore
Relazione con il sistema sanitario locale 2 ore
Malattie in relazione al clima ed alla disponibilità d'acqua 4 ore

MODULO 3

venerdì 16 aprile 2004 (15.00-19.00)

sabato 17 aprile 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Primary Health Care 3 ore
Malattie infettive, inquadramento generale 3 ore
Campagne di vaccinazione 3 ore
Malaria, realtà e territori 3 ore

MODULO 4

Venerdì 7 maggio 2004 (15.00-19.00)

Sabato 8 maggio 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

AIDS diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei paesi in via di sviluppo 4 ore
Infestazioni e malattie trasmesse con l'acqua da bere 4 ore
Igiene delle comunità, introduzione generale 4 ore

MODULO 5

Venerdì 21 maggio 2004 (15.00-19.00)

Sabato 22 maggio 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Igiene della nascita 2 ore
Igiene e conservazione degli alimenti 2 ore
Igiene dell'acqua 2 ore
Igiene sanitaria sui territori 2 ore
Triage dell'emergenza sanitaria 4 ore

MODULO 6

Venerdì 28 maggio 2004 (15.00-19.00)

Sabato 29 maggio 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Terapia invasiva = chirurgia 4 ore
Urgenze mediche 4 ore
I farmaci essenziali 4 ore

MODULO 7

Venerdì 11 giugno 2004 (15.00-19.00)

Sabato 12 giugno 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Diagnostica povera e ruolo della semeiotica fisica 5 ore
Quali protesi 3 ore
Formazione del personale locale e costruzione manuali su tecniche e metodiche compatibili 4 ore

MODULO 8

Venerdì 25 giugno 2004 (15.00-19.00)

Sabato 26 giugno 2004

(9.00-13.00; 14.00- 18.00)

Contenuti

Cultura, costumi e religione della nascita 4 ore
Cultura della malattia 4 ore
Cultura, religione e filosofia della morte 4 ore

INFORMAZIONI GENERALI

La quota di iscrizione al corso è di euro 200,00. Il corso è gratuito per gli iscritti all'Anaa-Assomed. Per iscriversi è necessario compilare l'allegato modulo e restituirlo via fax al numero 010.312151 oppure spedirlo all'indirizzo: Fondazione Pietro Paci onlus - Via Foglienzi, 6 - int. 7 - 16146 Genova

Sede del Corso

Le lezioni si svolgono presso la Sede della Fondazione "Pietro Paci" Viale S. Lavagnini 14 - 50129 Firenze

Direttore del Corso

Paolo Quondam
Esperto problematiche pediatriche e d'area Caucasia

Docenti

- Zeno Bisolfi** - Malattie tropicali, Ospedale di Negrar (VR)
- Franco Bonanni** - Esperto problematiche Albania, America Latina e Centroamerica
- Luigi Cafiero** - Direttore ufficio UNOPS Tirana
- Luciano Carrino** - Ministero degli Affari Esteri DGLS Roma
- Giorgio Cortassa** - Esperto in medicina d'urgenza e delle problematiche della Cina
- Gianluca Falcitelli** - Ong CISP Roma
- Silvio Galvagno** - Divisione di Ortopedia, Ospedale di Savigliano
- Giuseppe Giagnorio** - Direttore Medicina d'Urgenza, Ospedale di Gorizia
- Alessandro Loretti** - Igiene della comunità
- Gavino Ma ciocco** - Istituto d'igiene dell'Università di Firenze
- Ambrogio Vanenti** - Direttore WHO Office, Gerusalemme
- Giuseppe Meo** - Ong CCM Torino
- Fausto Orecchio** - Parassitologia, Policlinico Gemelli Roma
- Gabriella Pagano** - Malattie Infettive A.O. S. Martino Genova
- Giuseppe Razza** - Responsabile progetti regione Balcanica MAE
- Angelo Stefanini** - Istituto di Igiene Università di Bologna
- Giorgio Tamburini** - Ufficio Cooperazione Burlo Garofalo Trieste
- Giuseppe Tommasini** - Esperto problematiche Africa orientale
- Cees Wittebrod** - Direttore ECHO 2

Segreteria Organizzativa

Egidio Di Pede - Fondazione "Pietro Paci" Via Foglienzi, 6 - int. 7 - 16146 Genova
Tel e fax 010.312151
fondazionepietropaci@libero.it

SCHEDA DI ISCRIZIONE

I° CORSO DI FORMAZIONE MEDICI PER LA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
Firenze, marzo/giugno 2004

La compilazione della seguente Scheda contenente i dati anagrafici È OBBLIGATORIA ai fini dell'assegnazione dei crediti ECM.

Nome	Cognome
Luogo e data di nascita	
Indirizzo Abitazione	
CAP	Città
Telefono	Fax
E-mail	Cellulare
Professione	
Disciplina	
Codice Fiscale (leggibile)	
Istituto / Ente di appartenenza	
Indirizzo (ente)	
Dichiaro di accettare tutte le condizioni sopra esposte. Ai sensi della Legge 675/1996 autorizzo gli organizzatori ad utilizzare i miei dati personali per gli scopi connessi al Corso.	
Isritto ANAAO ASSOMED	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Numero Iscrizione.....	
Data	Firma

Compilare la scheda ed inviarla al fax n. 010.312151

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli
direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli, Antonio Delvino, Mario Lavecchia
Hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Lucia Conti,

Fabio Florianello, Maria Gullo, Domenico Iscaro, Carlo Palermo, Enrico Reginato, Davide Santovito, Stefano Simoni, Claudio Testuzza, Franco Verde

Coordinamento editoriale:
Cesare Fassari
Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti (art director), Daniele Lucia
Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore
Italtromo Esis Publishing
Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 065729982/2

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 dicembre 2003