

20° CONGRESSO NAZIONALE
DELL'ANAAO ASSOMED

I MEDICI DIRIGENTI DEL SSN E IL FUTURO DELLA SANITÀ ITALIANA

PROPOSTE E IDEE PER UNA SANITÀ
DALLA PARTE DEL CITTADINO



A CURA DELL'ANAAO ASSOMED

**20° CONGRESSO NAZIONALE
DELL'ANAAO ASSOMED**

I MEDICI DIRIGENTI DEL SSN E IL FUTURO DELLA SANITÀ ITALIANA

Proposte e idee per una sanità
dalla parte del cittadino

A CURA DELL'ANAAO ASSOMED



CON IL CONTRIBUTO DI

marchio
Fondazione Pfizer



Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

©
"I medici dirigenti del Ssn e il futuro della sanità italiana
Proposte di idee per una sanità da parte del cittadino"
a cura di Anaa Assomed

Health Communication srl, Roma – giugno 2006
Via Vittore Carpaccio, 18 - 00147 Roma

Progetto grafico: Giancarlo D'Orsi

INDICE

- 5 La devolution dei poteri e la tutela della salute: sostenibilità economica, equità ed accessibilità
- 12 Il SSN: sostenibilità economica e modelli organizzativi e gestionali
- 19 La Governance dei sistemi sanitari: le specificità di ruolo della dirigenza medica
- 24 Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio
- 34 La contrattazione quale strumento di promozione dell'efficacia delle attività mediche, di governo delle condizioni di lavoro e di riduzione del "disagio medico"
- 42 La formazione pre e post laurea, specialistica e continua, la ricerca: i rapporti tra SSR e facoltà di medicina
- 48 Ordini e nuove professioni
- 52 Previdenza: il riequilibrio delle tutele; le forme integrative e maggiori garanzie per quelle in atto
- 55 Ospedalità privata e servizi specialistici accreditati: parità di diritti e parità di doveri
- 61 Medici dipendenti Ministero della salute: stato giuridico e contratti

LA DEVOLUZIONE DEI POTERI E LA TUTELA DELLA SALUTE

■ LE LEGGI DI RIFORMA DEL SSN

■ FEDERALISMO FISCALE

■ RIFORME COSTITUZIONALI

LEGGE N. 3/2001

LEGGE COSTITUZIONALE

■ CONCLUSIONI

A CURA DI

Domenico Iscaro

Costantino Troise

Giuseppe Ricucci

NEL RAPPORTO regolante i poteri legislativi tra Amministrazione centrale e Amministrazioni decentrate c'è stata una lenta e progressiva transizione da un sistema istituzionale altamente centralizzato e gerarchico ad uno di carattere policentrico. Questa trasformazione è stata caratterizzata dalla successione negli anni di una serie di provvedimenti che hanno interessato da vicino le relazioni finanziarie Stato-Autonomie locali e da una serie di modifiche legislative e costituzionali (tre leggi di riforma del SSN e due leggi costituzionali) che hanno in particolare profondamente inciso sul Servizio Sanitario Nazionale trasformando i suoi connotati ed innovando i suoi meccanismi di funzionamento. Tre grandi eventi politico legislativi nella loro evoluzione hanno segnato questa trasformazione: le Riforme del SSN, il federalismo fiscale, le riforme costituzionali. Alto è però il rischio di indebolire i diritti di cittadinanza ed ancora scarsa rilevanza ha il dibattito sulle implicazioni della devolution sotto il profilo della equità e della giustizia distributiva e forti sono i rischi per l'integrazione sociale e la unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

LE LEGGI DI RIFORMA DEL SSN

PRIMA DEL 1978 IL SSN era di tipo mutualistico per cui i lavoratori ed i cittadini confluivano in enti diversi tra loro che stabilivano autonomamente le modalità della offerta delle prestazioni che erano commisurate ai contributi versati dal lavoratore

NEL 1978 LA LEGGE 833 istituisce un sistema di tipo pubblico, finanziato dalla fiscalità generale in cui ogni cittadino è tutelato indipendentemente dalla sua contribuzione, le cui caratteristiche principali sono:

- Istituzione di un Fondo Nazionale ripartito alle Regioni sulla base della popolazione residente (accentramento del finanziamento)
- Competenza alle Regioni della responsabilità della gestione del servizio per mezzo della programmazione (decentramento della responsabilità della spesa senza averne il diretto controllo)
- Istituzione delle USL, strumenti operativi dei comuni che sono competenti a nominare gli organi ed approvare gli atti di governo
- Alle Regioni è demandato il controllo sugli atti di governo (comitati di controllo).

Le Regioni non hanno alcuna autonomia nel reperimento delle risorse e nella gestione della spesa e incontrano molte difficoltà a realizzare reali strategie di programmazione sanitaria. Ben presto si realizza una frattura tra lo Stato, che trasferisce i fondi dal centro alla periferia in forma vincolata ed insufficiente a far fronte alla spesa, e le Regioni impossibilitate a programmare e a reperire risorse in modo autonomo.

La mancata responsabilizzazione degli enti periferici sul versante della spesa e la prassi di saldare il debito accumulato con trasferimenti vincolati a "più di lista" fa ben presto crescere la spesa in modo incontrollato malgrado provvedimenti, quali l'introduzione del ticket sui farmaci ed analisi, che si rivelano inadeguati a contenere la spesa crescente.

Con la legge finanziaria 412/91 sono definiti i Livelli uniformi di Assistenza in cui si limita l'originale ampiezza del concetto di salute del

“tutto a tutti” e si ammette che la tutela della salute dei cittadini deve essere assicurata nel limite delle risorse disponibili.

NEL 1992 IL DLGS 502 modifica radicalmente la struttura e l'organizzazione del SSN ripartendo su tre livelli il suo sistema di governo. Allo Stato spetta la definizione dei principi quadro per mezzo di una legislazione nazionale, alle Regioni è affidato il governo della spesa e alle Aziende è demandato il compito di erogare le prestazioni. Le caratteristiche principali della riforma sono:

- La programmazione resta di competenza statale attraverso il Piano Sanitario Nazionale, che definisce i livelli uniformi di assistenza finanziati per quota capitaria
- Le Regioni hanno l'effettivo governo della spesa (assegnare le risorse, determinare gli indirizzi di gestione e di organizzazione delle ASL, effettuare le verifiche e i controlli)
- La USL si trasforma in Azienda per favorire un sistema di “quasi mercato” nel quale alla competizione è affidato un ruolo “virtuoso” di selezione della prestazione e delle strutture più efficienti/efficaci
- Finanziamento a tariffa mediante l'approvazione dei DRG
- Separazione tra finanziamento derivante dai contributi statali e risorse integrative regionali
- Riduzione del ruolo dei comuni a generiche funzioni di programmazione e verifica dei bilanci.

Ma la reale competenza amministrativa delle Regioni rimane quasi nulla per effetto dei continui rinvii ad atti di indirizzo futuri mai adottati, il finanziamento rimane costituito dai trasferimenti statali con vincolo di destinazione e non si raggiungono i risultati attesi sul fronte del contenimento della spesa.

Sarà ancora una legge finanziaria, la legge 449 del 1997, a tracciare ulteriori confini all'originario concetto di Diritto alla salute, con l'introduzione dei Livelli Essenziali di Assistenza con i quali si sottintende un ulteriore e più puntuale intervento dello stato nella determinazione quali-quantitativa delle

prestazioni da erogare nell'ambito del SSN.

NEL 1999 IL DLGS 229 “NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SSN” modifica per la terza volta il SSN, assegnando (art. 1) alle Regioni la titolarità del Servizio sanitario attraverso la attribuzione alla loro competenza amministrativa e legislativa della determinazione dei principi di organizzazione dei servizi e delle ASL, dell'articolazione del territorio in Distretti e ASL e del loro finanziamento.

Le sue caratteristiche principali sono:

- Pianificazione centralizzata dell'intervento di spesa (PSN triennale da cui derivano i PSR e i PST)
- Nascita dei fondi integrativi pubblici e privati con compiti di integrazione del SSN
- Definizione delle Fonti di Finanziamento in:
 - a) Contributi Sanitari attribuiti alle Regioni
 - b) Ticket sui farmaci e prestazioni specialistiche
 - c) Forme di autofinanziamento regionale (tributi regionali, aumento dei ticket, entrate proprie delle ASL).

Tuttavia ancora una volta le competenze attribuite alle Regioni devono essere ulteriormente precisate da successivi atti di indirizzo da emanare a livello nazionale e sono vanificate dai poteri sostitutivi affidati al Governo.

In sintesi i ripetuti interventi finalizzati alla ricerca di un equilibrio economico finanziario che garantisca i fondamenti costituzionali del diritto alla salute, coniugando le istanze di solidarietà ed equità della offerta con la sostenibilità economica del sistema, si sono sviluppati negli anni seguendo tre principali linee di intervento:

- Introduzione di misure restrittive sul versante dell'offerta (tetti di spesa, blocco delle assunzioni del personale, controllo della spesa corrente, restrizione del numero dei posti letto, incremento delle attività di DH e DS);
- razionamento dei servizi sanitari al fine di circoscrivere l'impegno pubblico di erogazione e di trasferire sulle spalle della utenza il costo dei servizi;

- privatizzazione dei servizi sanitari mediante una ridefinizione delle aree di intervento tra pubblico e privato.

FEDERALISMO FISCALE

CONTEMPORANEAMENTE allo svilupparsi del rapporto tra Stato e Regioni, tra crisi della finanza pubblica e necessità di avviare un processo di risanamento, si succedono una serie di provvedimenti legislativi definibili come Federalismo fiscale ossia un processo di decentramento tributario tendente a trasferire agli enti periferici le maggiori responsabilità in tema di spesa e di prelievo fiscale. Questa revisione legislativa particolarmente sostenuta dalle istanze autonomiste delle Regioni del nord si imponeva per superare la sostanziale rigidità del sistema ed aumentare la responsabilità dei governi decentrati sul fronte della spesa. Negli anni 90 furono approvati una serie di provvedimenti legislativi destinati ad ampliare la autonomia tributaria delle amministrazioni decentrate come l'introduzione dell'ICI (a destinazione comunale) l'istituzione dell'Iciap (imposta sulle attività professionali), la devoluzione alle Regioni dei contributi sanitari sul lavoro (tassa sulla salute), possibilità delle amministrazioni di applicare alcune addizionali fiscali sui consumi locali (elettricità, benzina), devoluzione di una quota degli introiti fiscali derivanti dalla tassazione della benzina e del bollo auto. Ma fu con la introduzione dell'IRAP (Dlgs 446/97) a destinazione interamente regionale (rappresenta il 73% delle entrate tributarie regionali), con la devoluzione dal centro di una piccola quota Irpef e con la possibilità di introdurre autonomamente una aliquota aggiuntiva sull'imponibile Irpef, che l'autofinanziamento tributario locale arrivò ad oltre il 40% del totale consolidato delle spese. Tuttavia l'Irap essendo una tassa sulla attività produttiva risente delle forte sperequazioni tra Regioni del Nord e del Sud: il gettito di Irap privata della Lombardia è pari a 1082 euro per abitante e quello della Calabria è pari a 194 euro.

Nel 2000 l'approvazione del Dlgs 56 "Norme sul federalismo fiscale" prevede:

- abolizione dei trasferimenti erariali e loro sostituzione con aumenti dell'addizionale regionale Irpef tra 0,5-0,9%, aumenti dell'aliquota di compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina, compartecipazione all'Iva.
- Istituzione di un fondo di perequazione nazionale alimentato dalla compartecipazione all'Iva e destinato agli obiettivi di solidarietà interregionale.
- Abolizione del vincolo dei trasferimenti erariali.

L'obiettivo principale del DLgs 56 era quello di coniugare autonomia fiscale e principio di solidarietà e rappresentava il compromesso politico più avanzato possibile in quel dato momento storico tra esigenze finanziarie del centro e della periferia, tra il dovere di efficienza nella spesa di pubbliche risorse ed il vincolo etico della equità interterritoriale. Ogni Regione è tenuta ad assicurare i LEA, fino al 2003 stabilendo il fabbisogno sanitario in funzione della quota capitaria e per gli anni successivi prevedendo un graduale scostamento dal dato storico fino al completo svincolo nel 2013. Il Patto di Stabilità dell'8 Agosto 2001 completa e rende attivo il nuovo schema di finanziamento del SSN ed impegna le Regioni a realizzare misure di contenimento della spesa assicurando nello stesso tempo gli obiettivi di salute definiti nei LEA.

Nel caso di superamento del limite di spesa fissato, le Regioni devono provvedere autonomamente ad integrare il finanziamento con l'introduzione di nuove tasse o di ticket o con altre misure di razionalizzazione della spesa. Il sistema di finanziamento del Dlgs 56 tuttavia mostra importanti limiti di applicazione e nel triennio 2002-2004 si registra una spesa sanitaria superiore a quella prevista, i costi della Sanità crescono con una media annuale del 4,8% ed i disavanzi delle Aziende Sanitarie raggiungono i 9,5 miliardi di euro. Inoltre il meccanismo di perequazione resta inapplicato

per le difficoltà a trovare un accordo sulla definizione della aliquota e sulle modalità di erogazione. A seguito della crescente conflittualità tra Stato e Regioni e delle proteste delle Regioni che richiedono ripetutamente la revisione della legge e del patto di stabilità dell'8 Agosto 2001 e dei ricorsi alla corte costituzionale, il Governo sospende l'efficacia del Dlgs 56/2000 e dà mandato all'Alta Corte sul federalismo per una sua revisione. Il nuovo patto di Stabilità Stato-Regioni del 23 marzo 2005 fissa il nuovo finanziamento alle Regioni (88 mld di euro) e assegna ulteriori 2 mld di euro per ripianare dei disavanzi chiamando le Regioni ad adempimenti per il contenimento della spesa (razionalizzazione della rete ospedaliera con pl 4,5/1000 abitanti).

RIFORME COSTITUZIONALI

DUE LEGGI DI RIFORMA costituzionale intervengono nella definizione degli equilibri tra Stato ed enti decentrati e modificano le competenze in tema di diritto alla salute. La prima approvata il 18 Ottobre 2001 è confermata da un referendum popolare, la seconda approvata definitivamente il 16 novembre 2005 è in attesa di un referendum confermativo o abrogativo.

LEGGE N. 3 DEL 18 OTTOBRE 2001 “RIFORMA DEL TITOLO V PARTE SECONDA DELLA COSTITUZIONE”

Viene definito un nuovo impianto costituzionale ad orientamento orizzontale in cui i Soggetti (Comuni, Province, Città metropolitane, REGIONI e Stato) diventano enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni, con pari dignità e peso. L'articolo 117 ridistribuisce le competenze tra materie la cui potestà legislativa esclusiva resta in capo allo Stato (politica estera, difesa, ordine pubblico e sicurezza, moneta, ordinamento amministrativo, giurisdizione ed ordinamento civile e penale, istruzione ecc.) e materie di legislazione concorrente nelle quali le Regioni hanno la potestà legislativa salvo che per la determinazione dei principi fondamentali

riservata alla legislazione dello Stato, tra le quali la tutela della salute. Infatti allo Stato spetta la competenza esclusiva per la determinazione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e tra questi sono compresi i LEA.

La riforma oltre che porre sullo stesso piano la potestà legislativa dello Stato e delle Regioni fissa la presunzione di incompetenza a carico del legislatore statale ed inverte il criterio di residualità. Prima esisteva l'elencazione delle materie di competenza delle Regioni e per quelle non espressamente citate la competenza era attribuita allo Stato, ora si provvede alla elencazione delle materie di competenza statale e per quelle residue la potestà legislativa è attribuita alle Regioni. È una vera riforma Copernicana: se prima erano le Regioni a girare intorno allo Stato ora è lo Stato a girare intorno alle Regioni.

Nell'art. 119 viene enunciato il principio cardine su cui poggia il federalismo fiscale. I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di spesa e di entrata, hanno risorse autonome, stabiliscono ed applicano tributi ed entrate proprie, dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibili al loro territorio. La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale per abitante. Gli enti decentrati possono ricorrere a forme di indebitamento solo per spese di investimento senza alcuna garanzia e aiuto dello Stato sui debiti contratti e non è consentito contrarre mutui per finanziare disavanzi e spese correnti.

LEGGE COSTITUZIONALE “MODIFICHE DELLA PARTE II DELLA COSTITUZIONE” (GU 18 NOVEMBRE 2005 N. 269)

Introduce nel dettato costituzionale devolution, premierato, nuovi poteri del capo dello stato, superamento dell'attuale bicameralismo e senato federale. Nell'articolo 39 comma 10 sono enunciate le modifiche all'art. 117 della Costituzione ed in particolare l'assistenza e

l'organizzazione sanitaria sono fissate come materia di competenza esclusiva delle Regioni. Ritornano alla potestà esclusiva dello Stato le "norme riguardanti la tutela della salute" tra cui la definizione dei LEA, che erano in precedenza comprese tra le materie oggetto di legislazione concorrente (determinazione dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali).

CONCLUSIONI

L'attuale contesto del ssn appare ancora in fase di transizione e profonda trasformazione nel rapporto tra stato e Regioni e tra Regioni ed autonomie locali.

La Sanità costituisce, forse, il banco di prova più significativo della tensione federale che attraversa le correnti di riforma dello Stato ma il federalismo in sanità comporta diversi rischi. Un SSN basato su principi di solidarietà sociale ed equità aiuta i cittadini a definire il proprio senso di appartenenza e cittadinanza mentre una sua disarticolazione con la presenza di più sistemi a diversa velocità di crescita può comportare una perdita complessiva di coesione sociale, un progressivo smantellamento di garanzie formali e sostanziali, una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, le quali ultime potrebbero trovarsi a scegliere tra investimenti finalizzati allo sviluppo e spesa sanitaria. In una analisi recente solo 6 Regioni appaiono capaci di raggiungere l'autonomia finanziaria.

Oggi appare fondato il rischio di associare alla soluzione federalista una modulazione dei diritti dei cittadini inaccettabile ed una accentuazione dei meccanismi competitivi di mercato o quasi mercato, considerando anche l'interesse delle Regioni a politiche tese a reclutare domanda su aree più ampie di quelle normalmente servite generando chiare forme di migrazione sanitaria e/o a mettere dogane sanitarie per impedire forme di reclutamento dei propri cittadini da parte di Regioni meglio dotate.

Ma *"La competizione per quanto utile alla*

economia deve essere temperata dalla solidarietà nei rapporti sociali (Dahrendorf)".

La strada verso il federalismo sanitario appare senza ritorno ma alcuni elementi fondamentali, quali la definizione dei LEA e la omogeneità dello stato giuridico ed economico del personale, devono essere mantenuti nell'ambito di una competenza unitaria sviluppando una politica regionale orientata al miglioramento dei servizi e alla composizione non conflittuale tra le diverse componenti del sistema sanitario. La uniformità assistenziale non è stata mai realizzata perché le risorse disponibili non lo hanno mai consentito. Nelle diverse realtà regionali esistono coperture assistenziali differenti in qualità e quantità come dimostra il fenomeno inarrestabile della mobilità sanitaria. Se la uniformità va pretesa per gli aspetti qualitativi della tutela sanitaria, in termini di tipologie di servizi e strutture e del loro dimensionamento la definizione potrebbe anche essere diversificata e coerente con le situazioni locali di bisogni da soddisfare e con i livelli compatibili di salute localmente determinati, espressamente selezionati e formalizzati. Per dare maggiore protezione alla unitarietà del SSN in un contesto federalista occorre assicurarne la rispondenza ai principi fondamentali di globalità, universalità, accessibilità, trasferibilità delle prestazioni. Se i LEA rischiano di essere troppo deboli per proteggere efficacemente da soli il carattere unitario del SSN, potrebbe essere più utile individuare obiettivi di salute a livello nazionale da ridefinire e negoziare a livello regionale.

Il federalismo non è solo spartizione di potere tra centro e periferia ma tra istituzioni e società dentro la quale ci sono soggetti quali i comuni, le associazioni di malati e di professionisti che formano una comunità. Forse è necessario declinare l'ipotesi federalista avendo riguardo ad un pieno sviluppo degli assi della sussidiarietà orizzontale e verticale procedendo non tanto al decentramento quanto ad una nuova centratura periferica.

Acriticamente ci si è lasciati attrarre dalle promesse del federalismo fiscale in sanità imboccando un cammino che va nella direzione di un ridimensionamento dei diritti di cittadinanza, anche qualora ad essere realizzata fosse una versione solidale del federalismo. Da un lato rischiano di aumentare le ineguaglianze tra Regioni, dall'altro l'introduzione del federalismo all'interno di un SSN finanziato dall'erario comporta un mutamento nella concezione della redistribuzione che, anziché questione di diritti di cittadinanza, diventa questione di solidarietà.

A produrre ineguaglianze tra Regioni potrebbe essere la inadeguatezza delle risorse per finanziare la spesa sanitaria o la insostenibilità politica delle modalità prescelte per attuare la perequazione.

Nel primo caso le Regioni sarebbero poste di fronte alla alternativa tra ridurre la assistenza sanitaria o aumentare i tributi propri in un contesto fortemente sperequato come quello italiano ove il medesimo sforzo fiscale genera un saldo assai diverso. Nel secondo caso, pur non essendo la perequazione interamente orizzontale, ciò che alimenta il fondo è considerata una entrata delle Regioni, e la Lombardia dovrebbe sostenere da sola il 55% della solidarietà.

Anche qualora le risorse fossero adeguate e la redistribuzione politicamente sostenibile il federalismo trasforma la appartenenza locale nella fonte primaria del diritto sulle risorse. Il livello di servizi sanitari cui gli abitanti delle Regioni povere possono accedere dipenderebbe essenzialmente dal grado di solidarietà manifestato dagli abitanti delle Regioni ricche. Il che è assolutamente contrario alle prospettive dei diritti di cittadinanza dove la appartenenza è alla comunità dei cittadini e i diritti sulle risorse valgono per l'individuo a prescindere dalle condizioni contingenti in cui si trova a vivere. Cambia radicalmente lo spazio dei diritti e ci si muove verso un contesto in cui i diritti di cittadinanza cessano

di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale.

Anche sul piano della spesa il federalismo, che accentua la irresponsabilità della spesa per la vicinanza ai luoghi ove si crea consenso elettorale, deve ancora dimostrare, dati alla mano, i vantaggi acquisibili, pena il rischio di ritrovarsi in una situazione assai peggiore della attesa. Nel resto del mondo i paesi caratterizzati da federalismo politico spendono per la sanità di più rispetto a quelli non federali, il 9.9% del PIL vs 7.8 come spesa totale. Il federalismo perciò non rappresenta un toccasana per contenere la spesa e migliorare la qualità e, ad eccezione parziale della Spagna, in tutti i paesi federali la sanità rimane un bene a carattere largamente nazionale rispetto sia al finanziamento che all'assetto complessivo.

Per intanto il rapporto CENSIS 2006 dimostra che, in tempi di federalismo imperante, la qualità della assistenza non è migliorata, anzi è peggiorata secondo almeno un quarto degli italiani.

L'immobilismo del SSN ha coinciso con la percezione di una erosione lenta, ma certa, della adeguatezza della sanità mentre si conferma anche la necessità di un meccanismo di perequazione finanziaria gestito dallo Stato per evitare la frammentazione del sistema, in una idea di federalismo pragmatico, non vertenziale e non per abbandono. La responsabilizzazione della spesa in capo alle Regioni, come del resto era prevedibile data la differente situazione di partenza, ha reso più marcate le differenze economico-finanziarie, e di tutela. Una variabilità interregionale tra Nord e Sud molto ampia si registra analizzando alcuni indicatori quali l'accesso ai DH oncologici (più elevato nelle Regioni del centro-nord), la pianificazione della assistenza territoriale, l'utilizzo dei ricoveri ospedalieri di un giorno (5,7% nel Veneto a fronte di una media nazionale del 10,5%), le attività di riabilitazione, la percentuale di aziende ospedaliere in attivo, le spese di formazione del

personale.

Un dato emblematico del gradiente tra Regioni del Nord e del Sud sul tema della prevenzione e tutela della salute è relativo alla distribuzione geografica dei programmi di screening per tumore della mammella. Nelle Regioni del Sud solo l'11% delle donne è inserito in tali programmi contro l'80% delle donne delle Regioni settentrionali, con l'eccezione della Liguria ferma al 27,7% della popolazione interessata.

Questo quadro complessivo di differenziazione è confermato anche dai dati relativi alla mobilità sanitaria, che seppure fenomeno di rilevante complessità per il numero di cause che la determinano, sicuramente esprime un esplicito bisogno di salute dei cittadini che non trova risposte adeguate nella sede di residenza. La mobilità sanitaria passiva causa anche un notevole dispendio di risorse che contribuisce ad aggravare la situazione economica delle Regioni del Sud: nel 2003 è costata 800 milioni di euro (Campania 246, Sicilia 202, Calabria 166, Puglia 84 milioni di euro). Sui finanziamenti legati al federalismo fiscale il lavoro della alta commissione dimostra che analizzando il divario tra risorse e fabbisogno solo nei casi in cui la capacità fiscale è maggiore di quella media nazionale le risorse superano il fabbisogno (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Lazio) mentre nel mezzogiorno le risorse erogate non sono sufficienti e sono legate alla solidarietà interregionale. Il Dlgs 56 è rimasto anche per questo in letargo giuridico.

Le Regioni hanno oggi il potere ma è necessaria una politica per uno sforzo progettuale di servizio sanitario federale ed una idea federale di salute. La questione è chi, come, con che cosa si definisce la identità pubblica di un sistema sanitario regionalizzato, il suo governo e le sue politiche rispetto al diritto alla salute.

In sostanza, ha ancora scarsa rilevanza il dibattito sulle implicazioni della devolution sotto il profilo della equità e della giustizia

distributiva e le decisioni emergono da un compromesso in cui il finanziamento è il solo valore in gioco. In un processo già iniziato di devoluzione dei principi, forti sono i rischi per l'integrazione sociale e la unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E MODELLI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI

■ I MODELLI ORGANIZZATIVI

■ CONCLUSIONI

A CURA DI

Costantino Troise

Carlo Lusenti

Domenico Ronga

Enrico Reginato

IL SSN RAPPRESENTA la maggiore holding aziendale del Paese per fatturato e numero di occupati. Non solo. La filiera della salute non costituisce solo un costo da comprimere, ma contribuisce per il 7% al prodotto interno lordo. Il sistema sanitario appare sottofinanziato rispetto ai Paesi di area OCSE, o secondo alcuni defianziato, con il 6,5% del PIL dell'ultimo anno e, malgrado un rallentamento della crescita annua, richiede maggiori risorse a causa della rivoluzione demografica e tecnologica. A livello di governance appare necessario intervenire sul triangolo di instabilità istituzionale i cui vertici sono costituiti da Regione, azienda ed ente locale con un modello che superi quello attuale improntato ad un governo monocratico di aziende intese come enti strumentali della Regione ed ad una cultura aziendalistica invadente e presuntuosa che ha ormai esaurito la iniziale spinta propulsiva. Non appaia fuori luogo ricordare che il SSN con 21 capofila regionali, 197 Aziende Sanitarie Locali, al cui interno operano presidi ospedalieri e RSA, 102 Aziende Ospedaliere, 37 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, 12 istituti di ricerca, 39 facoltà di medicina, più o meno integrate, nonché diverse agenzie regionali dei servizi sanitari rappresenta la maggiore holding aziendale del Paese forte di 659.179 dipendenti (EURISPES 2006). Nel loro complesso le

attività che producono beni e servizi a tutela della salute concorrono in modo significativo al processo di formazione della ricchezza del paese smentendo chi troppo facilmente bolla le spese del settore come puri costi da comprimere.

La filiera della salute assorbe direttamente il 6% degli occupati totali (1,4 milioni in tutto, aumentati del 12,8% dal 1996 al 2004, che, se si considera l'indotto, superano i due milioni, pari a oltre il 10% degli occupati), presenta la migliore performance nel valore della produzione per addetto (138 mila euro contro i 106 mila della intera economia nazionale), costituisce il 5,4% del PIL con un valore aggiunto complessivo di 73,5 mld euro che, con l'indotto, superano quota 149, raggiungendo l'11,1% PIL (Confindustria 2004). Il solo servizio sanitario pubblico vale il 7,1% della ricchezza nazionale.

Nel dibattito sulla sanità è diffuso il convincimento che la dinamica della spesa sanitaria pubblica in Italia sia incontrollabile con conseguenze insostenibili per gli equilibri di bilancio. La soluzione sarebbe quella di una netta apertura ai mercati assicurativi data la impossibilità di un aggravio della pressione fiscale.

La spesa sanitaria cresce in termini reali in modo assai significativo: tra il 1995 ed il 2002 è cresciuta in termini nominali del 54,2 % a fronte di una crescita del PIL del 36%. Se si considera la dinamica della sola componente pubblica, fra tutti i paesi appartenenti all'OECD l'Italia è quello che ha registrato il calo più sostenuto per attestarsi al 75,1% della spesa (2003), un livello di copertura tra i più bassi in Europa. Il risultato è una percentuale di spesa pubblica sul PIL che, nonostante i cambiamenti demografici e tecnologici in atto, si attesta nel 2004 intorno a valori (6,5) ancora inferiori alla media UE, come del resto la spesa totale per il welfare che rappresenta il 26% del PIL a fronte del 30% di Spagna e Francia e del 28% di Germania e UK (2002). Il nostro sistema sanitario è, quindi, perfettamente in

linea con quello degli altri paesi. Non spende di più né a livello complessivo (spesa pubblica-privata) né a livello di spesa a carico del SSN. Inoltre il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica dal 2001 al 2004 è stato del 4,8 %, decisamente inferiore a quello del periodo 1998-2001 pari invece all'8,1%, per merito in gran parte delle misure di contenimento di alcune voci di spesa, in particolare l'assistenza farmaceutica. Nonostante il trend di spesa pubblica segni un rallentamento i disavanzi sono ancora piuttosto rilevanti, pari dal 2001 al 2004 a 11,4 miliardi di euro, pur sempre inferiore a quello registrato negli altri maggiori paesi europei (in Francia nello stesso periodo è stato di 11,6 miliardi di euro), ascrivibili prevalentemente a fenomeni di sottofinanziamento, e definanziamento, piuttosto che di spesa facile.

Il contenimento della spesa pubblica si è almeno in parte ripercosso su un aumento della spesa privata, dovuto al fatto che il SSN continua a presentare un costante disallineamento tra finanziamento e spesa. Nel 2002 la spesa privata appare stabilizzata al di sotto del 2% del PIL e non appare in crescita anche se ormai copre circa il 50% della spesa per farmaci. Due sono le aree all'interno delle quali la insufficienza della copertura pubblica appare indiscutibile: le cure odontoiatriche e la non autosufficienza. Il punto è che per entrambe queste spese la via dei mercati pone problemi sia di efficienza che di equità, come dimostrano i numerosi casi di fallimento inequivocabile comune a diversi sistemi sanitari.

Questo squilibrio persistente tra finanziamento e spesa ha comportato differenze sostanziali di strategia tra le varie Regioni per la copertura dei disavanzi che, in valori assoluti, raggiungevano, solo in Lazio e Campania nel 2001, il 43% di quello complessivo a livello nazionale. Un mix di misure basato sulla applicazione di addizionali regionali a Irpef ed Irap ed alla quota di accisa sulla benzina o sull'innalzamento delle tasse di circolazione

piuttosto che su provvedimenti di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket sulle prestazioni di pronto soccorso, ticket sui farmaci). Alcune Regioni (Lazio, Abruzzo, Sicilia e Sardegna) hanno avviato anche la dismissione del patrimonio immobiliare ed altre ancora misure di cartolarizzazione dei crediti.

Tra le innumerevoli cause responsabili dello stato del SSN non vanno taciuti i gravi limiti di gestione delle Aziende sanitarie ed i ritardi di programmazione regionale, come affermato nelle conclusioni della Relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul SSN (2006): "L'impressione complessiva che si desume dal confronto interregionale sembra testimoniare che problematiche rilevate in alcune realtà territoriali sono da attribuirsi non solo ad una carenza o ad una limitatezza delle risorse finanziarie, quanto piuttosto ad una incapacità organizzativa ed attuativa rispetto agli obiettivi programmatici concordati a livello nazionale...Il quadro di fondo che emerge ...è la sostanziale inadeguatezza ed arretratezza della rete assistenziale che conferma quanti e quali siano i divari territoriali nell'accesso alle cure e le fortissime differenze tra le Regioni meridionali e l'altra parte del Paese". Basti pensare che i costi per punto DRG variano di oltre il 300% da una azienda all'altra.

Sotto il profilo del livello dei servizi erogati alcuni miglioramenti in termini di prodotti intermedi sono innegabili: crescita del rapporto tra giornate di degenza in DH e in ricovero ordinario, crescita del peso medio dei DRG, diminuzione del numero dei ricoveri e della durata della degenza media, riduzione del numero dei presidi ospedalieri e del numero dei pl. Permangono, però, sostanziali problemi di equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri, nell'eccesso di morti dovute a differenze sociali, nel fatto che i cittadini delle Regioni più povere sono maggiormente esposti a rischi di inappropriatezza e, pur ammalandosi di meno, muoiono di più.

I MODELLI ORGANIZZATIVI

LA CRISI ECONOMICA e produttiva in atto in Italia impone di ripensare i modelli di sviluppo da adottare e di riconsiderare la allocazione interna delle risorse disponibili. Occorre individuare un sistema di tutela della salute sostenibile da parte della economia nazionale e verificare se e in qual modo esso possa contribuire al suo rilancio. Il nodo di fondo è decidere come rendere compatibili i bisogni dei cittadini con le risorse disponibili. Oggi l'obiettivo dichiarato è quello di garantire i LEA nel riconoscimento del vincolo di bilancio stabilito in sede di programmazione economico-finanziaria. Di fronte alla esigenza di definire un nuovo modello di sviluppo nel quale abbia posto un sistema di tutela della salute compatibile e solidale, il ripensamento del sistema del welfare deve riguardare anche la "questione maledetta" rappresentata dall'aspetto istituzionale del problema.

La riforma del 1992 per ovviare all'eccesso di potere gestionale affidato dalla L. 833 ad organismi politici di nomina comunale (i Comitati di Gestione delle USL) scelse di affidare tutto il potere di gestione a personale tecnico eliminando la componente politica a livello locale. Nel trasferire, però, le competenze normative, organizzative e gestionali alle Regioni il pendolo ha continuato ad oscillare in senso opposto.

La soluzione di affidare alle Regioni l'esclusivo potere di intervento sulle vicende delle ASL contrasta con la riforma della pubblica amministrazione secondo la quale le Regioni sono soprattutto organi di elaborazione di linee programmatiche strategiche e di produzione legislativa ed a livello degli enti locali territoriali si individua il momento delle decisioni operative. Il rischio di un neocentralismo regionale può essere evitato individuando nella conferenza dei sindaci prevista dalla riforma del 1992 l'organo politico, di fatto e di diritto, cui demandare il compito di fissare gli indirizzi delle ASL e di indicare gli obiettivi da raggiungere nel quadro

delle indicazioni strategiche del PSR.

Attraverso gli enti locali di riferimento riuniti nella Conferenza dei Sindaci la politica potrebbe tornare a svolgere un ruolo attivo di indirizzo e verifica sulla base del titolo istituzionale della rappresentanza elettorale legittimata dei cittadini amministrati. I Direttori Generali non sarebbero più lasciati a se stessi con il rischio di atteggiarsi ad autocrati onnipotenti o seguire ad essere fiduciari delle Regioni ma vincolati ad un sistema di relazioni con gli Enti territoriali al cui parere potrebbero essere sottoposti per quanto riguarda la conferma o la revoca. La reimmissione degli enti locali quali organi politici di mediazione tra i bisogni dei cittadini, le aziende sanitarie e gli assessori regionali può apparire soluzione fisiologica a livello territoriale favorendo anche le sinergie con le attività socio assistenziali che fanno istituzionalmente capo ai Comuni a patto di evitare un "neosocialismo municipale" ossia il ritorno della mano pubblica nelle attività economiche e gestionali. Tale soluzione avrebbe anche il pregio di riportare al centro il pendolo gestionale del settore sanitario. Il DL 502/92 introdusse anche il processo di aziendalizzazione in Sanità ed il modello organizzativo-gestionale delle Aziende Sanitarie.

L'azienda sanitaria ha caratteristiche ben diverse dalle aziende che producono beni di consumo le quali hanno interesse a vendere quanto più prodotto possono, con azioni di marketing e di pubblicità, fino a giungere, prima o poi, alla saturazione del mercato a differenza del "prodotto salute" che non arriva mai a saturazione. Altra peculiarità del sistema sanitario è costituita dall'essere il medico dipendente un dirigente molto particolare: da un lato esecutore delle direttive aziendali, dall'altro interprete dei bisogni del paziente. L'asimmetria informativa, l'incertezza sui costi e sul risultato delle cure e la funzione del medico stanno alla base di una altra anomalia tipica del settore sanitario: la facoltà dell'offerta di indurre la domanda e di prendere in carico

selettivamente determinati tipi di pazienti. Questa forma d'induzione delle prestazioni insieme con il fenomeno speculare, vale a dire l'induzione diretta di prestazioni da parte della domanda, recentemente "scoperto" e quantificato da alcune ricerche empiriche, ne condizionano l'appropriatezza e sono alla base di un equivoco sulla funzione delle cure primarie nel governo della domanda. A dirigere una tale azienda è posto un Direttore generale, che rappresenta una vera e propria figura di "governatore" inviato dalla Giunta regionale, senza alcun legame con la realtà territoriale dove va ad inserirsi e senza che la realtà locale abbia possibilità di influenza sulla sua nomina. Il direttore generale è responsabile, di fatto, della strategia aziendale e di tutte le funzioni successive d'organizzazione, di gestione, d'amministrazione e di controllo dei risultati. Compito francamente improbo. E se ne vedono, infatti, i risultati in molte realtà. Anche in questo caso l'anomalia del modello aziendale è palese. Le strategie aziendali derivano dalla proiezione dei Piani Sanitari Regionali, quando esistono, e gli investimenti dovrebbero soprattutto essere investimenti a lungo termine. Ma chiudere i bilanci quanto più possibile vicino al pareggio appare il mandato principale di un DG che non ha particolari responsabilità politiche di lunga durata nei confronti del territorio che va ad amministrare. Occorre tagliare tutto quello che costa, compresi i diritti. Il DG nomina il Direttore Sanitario e quello Amministrativo, nonché i Direttori di Dipartimento fra i Direttori di Struttura Complessa, a sua volta da lui scelti. Queste figure costituiscono il Collegio di Direzione, che lo affianca, almeno sul piano nominale, nelle scelte organizzative del sistema. Il governo clinico, è, di conseguenza, totalmente dipendente dal DG e dalle persone da lui scelte. Il che allontana la gran parte dei dirigenti medici dal livello di responsabilità necessario. La strategia politica della salute del territorio dovrebbe tenere conto di chi ne ha

responsabilità permanente secondo un modello già adottato dai francesi, che coniuga la responsabilità politica locale con quella clinico-organizzativa dei dirigenti, espressione della professione, con un'apertura verso il Governo Clinico del sistema sanitario.

A distanza di 15 anni dalla introduzione del processo di aziendalizzazione in sanità la natura giuridica delle Aziende sanitarie, che si caratterizzano per la duplicità delle loro funzioni, istituzionali o primarie di concorso al miglioramento della salute ed economiche ovvero l'ottimizzazione delle risorse mobilitate per il perseguimento delle prime, appare ancora incerta.

Di sicuro, le ASL non sono aziende municipalizzate perché queste, a differenza delle ASL non hanno personalità giuridica pubblica né Aziende Speciali le quali sono enti strumentali dei Comuni o delle Province che conferiscono loro il capitale di dotazione, ne determinano gli obiettivi e gli indirizzi, ne approvano gli atti fondamentali vigilando e verificando i risultati finali. Secondo alcuni sono enti strumentali della Regione (sentenza 220/2003 della Corte costituzionale) anche se si organizzano e funzionano sulla base di un atto aziendale di diritto privato. Una recente sentenza del Tribunale di Latina le classifica tra gli enti autonomi.

Forse occorre prevedere una evoluzione in public company finanziate dai cittadini e governate dalle diverse categorie di stakeholders che rappresentano ai vari livelli le community chiamate a cofinanziare il sistema. Il nodo reale è la forma ed i livelli di finanziamento del sistema sanitario sul piano nazionale e regionale, e la assunzione di responsabilità rispetto a tali processi nel difficile tentativo di coniugare i bisogni delle comunità locali, che sono partners dei processi di programmazione sanitaria con varie modalità di partecipazione ai processi decisionali, con la responsabilità economica delle scelte da tale autonomia derivate. In tale modello organizzativo sono stati

introdotti negli ultimi anni nuovi soggetti istituzionali o apportate trasformazioni giuridiche.

Tra i primi ricordiamo i Consorzi di “area vasta” (Toscana, Veneto, Friuli) e le Aziende Integrate introdotte nell’ambito delle Aziende sanitarie dal DLgs 517/99.

Queste ultime sono Aziende derivate dalla trasformazione delle Aziende Ospedaliere nelle quali insiste la prevalenza del triennio clinico del corso di laurea in Medicina e dei Policlinici Universitari a gestione diretta. Le aziende integrate si differenziano dalle altre, oltre che per la mission costituita dalla integrazione tra le diversi componenti del processo clinico, vale a dire didattica, ricerca ed assistenza, anche per taluni aspetti di governance caratterizzati dalla necessità della intesa con il Rettore per molti atti di governo, e per la stessa nomina del Direttore Generale, fatta eccezione per la Liguria, e dalla introduzione di un nuovo organo di governo, quale l’Organo di indirizzo. La nascita e la vita di tale tipologia aziendale appare ancora stentata per le difficoltà insite nel processo di integrazione, per la non sopita volontà di parte universitaria di mantenere rendite di posizione derivanti dal proprio stato giuridico e per la diffusa diffidenza che regola i rapporti tra le due componenti da integrare. Per ulteriori elementi si rimanda alla tesi dei rapporti tra università e SSR.

Tra le seconde appare di rilievo la nascita delle Fondazioni per trasformazione di Aziende IRCCS o creazione di nuovi soggetti giuridici, anche in rapporto con il privato.

Alla base dello sviluppo di tali iniziative di ingegneria istituzionale c’è l’illusione di vedere nelle riforme di sistema la risposta per eccellenza a tutti i problemi di funzionamento ma anche la crescente pressione per un ritorno degli enti locali ad un ruolo nel settore sanitario insieme con la volontà di sviluppare forme di collaborazione strutturale tra soggetti pubblici e privati come avviene in Lombardia. Il rapporto OASI 2005 dimostra che gli obiettivi strategici delle fondazioni ospedaliere

appaiono, però, molto differenziati :dal reperire fondi privati per la ristrutturazione di strutture di ricovero da gestire direttamente alla volontà di affidare la gestione diretta dell’ospedale, o di sue parti, a soggetti privati che, in quanto titolari di una concessione da parte della fondazione, assumano anche la responsabilità di coprire le perdite.

Il ruolo del nuovo soggetto cambia in funzione della formula imprenditoriale prescelta e delle scelte di corporate governance che, al di là di comune denominazione e funzioni simili, si differenziano notevolmente in termini di composizione e di soggetti deputati alla nomina.

Ad oggi in questo ambito emerge una grande eterogeneità degli obiettivi, delle formule istituzionali e delle soluzioni organizzative. Certo è che sono aumentate le differenziazioni interaziendali il che, se incrementa i gradi di libertà nelle scelte, accresce le differenze nelle configurazioni istituzionali, ridotte quasi ad una funzione aziendale rompendo il monopolio di Stato e Regioni, ed anche il ruolo cui sono chiamati gli enti locali non sembra univoco.

In tale assetto organizzativo gli IRCCS hanno assunto una configurazione peculiare. Dall’emanazione del DPR 617/1980 (Art. 42 comma 7, Legge 833/1978) è stato necessario un quarto di secolo per far venire alla luce il D.lgs 288/2003 che prevede, tra l’altro, sia per le Fondazioni IRCCS che per gli Istituti non trasformati, la separazione delle funzioni di indirizzo e controllo (affidate ad un Consiglio di amministrazione nelle Fondazioni IRCCS e ad un Consiglio di Indirizzo e Verifica, di nomina regionale, negli Istituti non trasformati), da quelle di gestione e di attuazione demandate ad un Direttore Generale. Pronunciandosi su ricorsi delle Regioni Marche, Sicilia e Veneto, la Corte Costituzionale con Sentenza n. 270/2005, ha dichiarato illegittimi alcuni articoli del Dlgs. 288/2003, consentendo alle Regioni di appropriarsi “finalmente” della gestione e del

controllo degli IRCCS diventati a pieno titolo strutture del Servizio Sanitario Regionale, affidando alla Regione dove ha sede l'IRCCS pubblico la nomina dei componenti del Consiglio di Indirizzo e Verifica e del Direttore Generale, riservando al Ministro della Salute la nomina del Direttore Scientifico.

Gli IRCCS pubblici non trasformati in Fondazioni saranno gestiti e controllati dalle Regioni quali erogatori di assistenza sanitaria qualificata e certificata secondo procedure internazionalmente riconosciute, chiamati ad organizzare l'attività assistenziale secondo protocolli diagnostico-terapeutici di avanguardia. Su questi basi la attività di ricerca clinica e traslazionale è coordinata al loro interno e con altri Enti di Ricerca Nazionali ed Internazionali, comprese le Università. Il compito del Ministero della Salute sarà quello di programmare, con i Direttori Scientifici di propria nomina, commissionare e finanziare la Ricerca. Le Regioni esercitano il controllo sulle attività clinico-assistenziali che finanziano direttamente, così come avviene per le altre Aziende Sanitarie, e non attraverso "l'istituto della Convenzione" non potendo certo il servizio pubblico convenzionarsi con se stesso! Gli IRCCS a carattere "monotematico" (Pediatria, Oncologia, Geriatria, Ortopedia, Neurologia, Cardiologia, etc.) potrebbero rappresentare il "modello sperimentale" di una Sanità eccellente anche mediante un coordinamento nazionale per "patologie" nei settori di specifico interesse applicando protocolli diagnostico-terapeutici frutto dei risultati della ricerca biomedica. Quest'ultima viene programmata secondo la domanda di salute sempre crescente e non in ossequio ad interessi di lobbies, come potrebbe accadere all'interno di istituzioni giuridiche "aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati". Ma quali possono essere i soggetti privati interessati alla ricerca? Ed ai soggetti privati cosa si darà in cambio? Quale tipo di Ricerca sarà finanziata da soggetti privati?

Un soggetto privato interessato potrebbe essere

l'industria farmaceutica considerato che nessun gruppo farmaceutico nazionale possiede laboratori sperimentali. Il rischio, però, è che i finanziamenti potrebbero non essere finalizzati all'interesse dei pazienti ed ai benefici di salute pubblica dovendo la programmazione della ricerca corrispondere agli interessi di chi la finanzia. I ricercatori e le organizzazioni sociali non avrebbero la possibilità di intervenire sulla programmazione e non potrebbero svolgere compiti di verifica e controllo.

Incerto appare anche il futuro del personale di queste nuove istituzioni formalmente ancora pubbliche ma con motore e volano privato né è possibile escludere la precarizzazione dei lavoratori che hanno difficoltà ad optare per un contratto privato ancora sconosciuto. Vi è un reale pericolo per la contrattazione collettiva e per la stessa esistenza delle Associazioni Sindacali negli IRCCS-Fondazioni.

È ancora lunga la strada per trasformare gli IRCCS pubblici in Centri di Eccellenza con alte qualificazioni professionali per l'assistenza sanitaria e per la Ricerca finalizzata alla tutela della salute pubblica in termini di prevenzione, cura e riabilitazione, con finanziamenti adeguati e rapporti di collaborazione scientifica con le Università e con gli altri Organismi di Ricerca regionali, nazionali ed internazionali. A prescindere dalle difficoltà che vive il processo di integrazione tra assistenza, didattica e ricerca all'interno delle Aziende Integrate e l'incertezza sul futuro degli IRCCS l'intero settore della ricerca in Italia appare sofferente.

Nel decennio 1994-2004 la spesa per la ricerca in Italia si è attestata su valori intorno all'1% del PIL mentre paesi extraeuropei come il Giappone ha speso il 3,1% e gli USA il 2,6%. In Europa la Svezia con il 4% e la Finlandia con il 3,5% spendono in ricerca e sviluppo più del triplo di quanto spende l'Italia mentre oltre il doppio spendono Danimarca e Germania rispettivamente con il 2,6 ed il 2,5% del PIL. Il paradosso è che il processo formativo di

giovani ricercatori appare di elevato livello e di notevole costo. L'Italia spende circa 5.000,00 euro per la formazione di ogni scienziato che, per il potere delle baronie universitarie e per l'asfissia dei finanziamenti, viene nella stragrande maggioranza dei casi regalato agli altri Paesi ove raggiunge livelli di carriera, di reddito e professionali ben più elevati dei colleghi che scelgono di rimanere in Italia, ed ad una età più giovane.

Lo scopo dei finanziamenti della ricerca finalizzata dovrebbe essere quello di fornire una base scientifica per la programmazione degli interventi mirati al miglioramento dello stato di salute della popolazione. I progetti di ricerca sulla geonomica e proteonomica hanno già dischiuso nuovi orizzonti anche nella produzione di farmaci innovativi ai fini della diagnosi e della cura di malattie non trattabili. Ma se non si investe sulle risorse umane il nostro paese diventerà colonia di altre nazioni, comprese quelle emergenti. L'Italia dovrebbe trarre maggiori vantaggi da un settore sottovalutato in termini di produzione come quello della sanità che potrebbe porsi come punto di riferimento per l'intero bacino del mediterraneo.

CONCLUSIONI

LA ATTUALE GOVERNANCE delle Aziende Sanitarie non appare più soddisfacente. Forse occorre prevedere una loro evoluzione in public company finanziate dai cittadini e governate dalle diverse categorie di stakeholders che rappresentano ai vari livelli le community chiamate a cofinanziare il sistema. Certo occorre rivedere il ruolo del Direttore Generale nella sua accezione monocratica, valorizzando gli organismi rappresentativi dei professionisti la cui composizione ed i cui meccanismi di nomina sono ancora da definire.

LA GOVERNANCE DEI SISTEMI SANITARI: LE SPECIFICITÀ DI RUOLO DELLA DIRIGENZA MEDICA

- LA CLINICAL GOVERNANCE TRA COMPETIZIONE E COOPERAZIONE
- LA VIA ITALIANA AL GOVERNO CLINICO
- LE CONDIZIONI PERMISSIVE
- L'AGENZIA NAZIONALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA DEI SERVIZI SANITARI
- CONFERENZA NAZIONALE SULLA QUALITÀ E SICUREZZA
- LE ALTRE ATTIVITÀ CORRELATE AL PROGETTO DEL GOVERNO CLINICO
- DA UN PROGETTO DI SISTEMA AD UN SISTEMA DI PROGETTI

A CURA DI
Amedeo Bianco
Carlo Lusenti
Alessandro Falzone

LA CLINICAL GOVERNANCE TRA COMPETIZIONE E COOPERAZIONE

LE PROPOSTE di *clinical governance* nascono storicamente in Inghilterra, verso la fine degli anni 90, in un contesto di palese insufficienza ed inadeguatezza delle culture e degli strumenti propri del tradizionale management aziendalistico nel governare con efficacia ed appropriatezza la complessa produzione di attività sanitarie. Segna in quel Paese il passaggio di un'organizzazione e gestione dei servizi sanitari pubblici da un modello competitivo ad uno cooperativo che attraverso una forte valorizzazione delle buone pratiche cliniche recluta tutti i professionisti, medici e non, nell'obiettivo di invertire le curve di caduta della qualità e crescita dei costi. Nel nostro Paese che, con le dovute specificità in questi ultimi decenni ha seguito un'orbita concentrica a quella inglese, il dibattito sul governo clinico, almeno ai suoi albori, si è spesso appesantito di alcuni eccessi ideologici e demagogici che talora lo hanno rappresentato

come una sorta di contropotere dei clinici a cui è affidato il compito di contrastare quello gestionale e monocratico del direttore generale. Non a caso le tante proposte legislative relative al governo clinico, sia governative che parlamentari, che abbiamo conosciuto nell'ultimo anno sono state prevalentemente fondate sull'innesto di nuovi poteri "dei medici" nella catena di comando delle aziende sanitarie, in buona sostanza una fedele rappresentazione della inesatta ed equivoca traduzione della *governance* in governo.

LA VIA ITALIANA AL GOVERNO CLINICO

IL PALESE EQUIVOCO culturale e politico in cui si dibattono queste proposte ha prima portato ad una visione minimalista dei problemi e poi sancito, con il blocco del passaggio in aula, una sostanziale incapacità di riformare in modo organico e compiuto il d.lgs 229/1999 in materia di governo delle attività delle aziende sanitarie. In realtà una proposta che si limiti all'individuazione di organismi professionali che, in autonomia e responsabilità, orientano e supportano il management aziendale nelle scelte tecniche, (il Consiglio di Direzione, il Consiglio dei Sanitari, il Comitato di Dipartimento) o che tracci secondo coordinate meno discrezionali ed autoritarie alcune procedure di selezione e verifica delle carriere (la terna dei Direttori di Struttura Complessa e dei Dipartimenti, le verifiche in capo ai Collegi Tecnici di Dipartimento etc) pur sostanzandone aspetti fondamentali, non esaurisce il progetto né consente il mantenimento nel tempo del governo clinico. Un diverso equilibrio o meglio l'integrazione delle competenze e dei poteri, quello politico manageriale e quello tecnico professionale, richiede infatti una decisa correzione di rotta delle politiche di programmazione e gestione dei servizi sanitari che valorizzi la centralità dei luoghi, delle procedure e dei soggetti a cui fanno capo i processi clinico assistenziali. Il governo clinico è in buona sostanza, l'espressione consapevole di un sistema reticolare e pluriprofessionale di indirizzo e governo delle

attività tecnico sanitarie finalizzato all'efficacia, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni nell'ambito delle risorse definite.

Promuovere il governo clinico significa dunque valorizzare questo sistema che deve potersi esprimere a tutti i livelli del Servizio Sanitario, Nazionale e Regionale, per arrivare alle Aziende, all'Ospedale, al Distretto, alle attività specialistiche, a quelle territoriali, ai modelli di integrazione ospedale-territorio. Un esempio per molti aspetti paradigmatico di governo clinico e poco valorizzato come tale, è costituito dai LEA poiché questi non individuano quantità indistinte di prestazioni da garantire a tutti i cittadini in un contesto di risorse definite, ma attività che si qualificano per una maggiore efficacia, appropriatezza e sicurezza rispetto ad altre secondo criteri di E.B.M.

LE CONDIZIONI PERMISSIVE

L'ESERCIZIO DEL GOVERNO CLINICO, ai fini di una reale efficacia, richiede una condizione pregiudiziale e cioè il pieno riconoscimento ed il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale. Questa autonomia decisionale deve produrre responsabilità professionali e strumenti di governo delle attività sanitarie, quali ad esempio sistemi di monitoraggio attraverso standard ed indicatori quali-quantitativi delle prestazioni e degli esiti, la costruzione e diffusione sistematica ed autorevole di raccomandazioni fondate sull'evidenza delle prove di efficacia relative a percorsi diagnostico-terapeutici o a programmi di prevenzione primaria e secondaria, la prevenzione e la gestione del rischio connesso alle attività sanitarie per i pazienti e gli operatori, infine efficaci politiche di rilievo e soddisfazione dei bisogni formativi di tutti gli operatori. Le proposte operative devono quindi prevedere una distinzione dei luoghi ove si valutano o sollecitano sotto il profilo tecnico determinate scelte di politica per la salute, ma nello stesso tempo garantire una stretta vicinanza alle sedi ove tali decisioni vengono definitivamente assunte. In questa continua ed indissolubile trasversalità tra

responsabilità ed autonomie tecnico professionali e quelle derivati da una coerente organizzazione e gestione delle risorse affidate si sostanzia finalmente la nostra intuizione sul valore della Dirigenza Medica, una dirigenza del tutto speciale per aziende del tutto speciali. Il disegno del governo clinico non si esaurisce nei soggetti e nelle procedure aziendali ma deve costituirsi in sistema su tutto il territorio nazionale per promuovere e tutelare una sorta di Livelli Essenziali di Qualità, Efficacia e Sicurezza delle prestazioni rese ai cittadini.

L'AGENZIA NAZIONALE PER LA QUALITÀ E SICUREZZA DEI SERVIZI SANITARI

ECCO PERCHÉ, a livello nazionale, accanto ad organismi già presenti con compiti di consulenza e supporto al Ministero della Salute e Presidenza del Consiglio (Consiglio Superiore di Sanità, Agenzia del Farmaco, Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali, i recentissimi Osservatori sul Rischio Clinico e delle Malattie, il Comitato Nazionale di Bioetica ed altri) andrebbe individuata l'*Agenzia Nazionale per la Qualità e Sicurezza dei Servizi Sanitari* con tre funzioni fondamentali:

- a)** prevenzione e gestione del rischio connesso alle attività sanitarie;
 - b)** indirizzo e valutazione della formazione permanente basate sull'ECM e soprattutto sullo Sviluppo Continuo Professionale (SCP);
 - c)** promozione e verifica della qualità professionale e dei servizi resi ai cittadini.
- Tale Agenzia Nazionale, giuridicamente pubblica, dotata di ampia autonomia e terzietà rispetto alle Istituzioni Nazionali e Regionali che pure concorrono alla sua composizione, deve prevedere l'esclusiva presenza delle competenze tecnico professionali; prevalenti quelle di natura sanitaria ma opportunamente supportate da altre di natura amministrativa, gestionale, bioetica-deontologica, informatica, comunicativa, sociologica etc. L'Agenzia Nazionale supporta la Conferenza Stato-Regioni nella definizione dei LEA e, attraverso l'adozione di standards ed indicatori nazionali condivisi, svolge funzione di monitoraggio, documentazione ed informazione

sulla qualità resa e percepita dei servizi, sugli obiettivi formativi e sull'indipendenza dell'informazione e della ricerca pura e clinica, sulla mappatura e connessi interventi di correzione del rischio sanitario, questo anche ai fini dell'adozione del Piano Sanitario Nazionale e dei Piani Sanitari Regionali, laddove previsti.

CONFERENZA NAZIONALE SULLA QUALITÀ E SICUREZZA DEI SERVIZI SANITARI

L'AGENZIA RIFERISCE sulla propria attività e sui risultati conseguiti, attraverso un rapporto annuale nell'ambito di una *Conferenza Nazionale sulla Qualità e Sicurezza dei Servizi Sanitari* e periodici reports al Ministero della Salute, alla Conferenza Stato-Regioni e al Parlamento o secondo diverse richieste di ognuno di questi o di altri soggetti anche privati aventi motivato interesse (esempio Associazioni di malati, organizzazioni di consumatori, fondazioni, associazioni di volontariato, società non profit di assistenza e soccorso).

Le Regioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, possono definire nei rispettivi ordinamenti analoghe Agenzie/Osservatori Regionali.

A livello aziendale le tre funzioni sopra ricordate quali elementi costitutivi del governo clinico, possono essere formalizzate in specifiche Unità Operative che operano in staff con la Direzione Generale e sono funzionalmente correlate con il Consiglio di Direzione.

Unità Operative in staff con la Direzione Generale e funzionalmente correlate con il Consiglio di Direzione:

A) Unità di gestione del rischio clinico, così come individuati dal CCNL 2002-2005, con compiti di:

- mappatura del rischio clinico attraverso sistemi condivisi di rilevazione degli eventi avversi, compresi quelli potenziali,
- prevenzione e correzione degli errori umani, organizzativi e gestionali con indicazione degli interventi ritenuti idonei, compresi quelli formativi
- gestione del contenzioso medico legale e dei

risarcimenti anche attraverso forme di risoluzione stragiudiziale mediante arbitro e con fondi propri del piccolo e medio contenzioso, fermo restando l'obbligo della copertura assicurativa di tutte le attività e di tutti gli operatori che escluda la rivalsa per colpa grave.

- attivazione di programmi dipartimentali e aziendali di prevenzione e gestione del rischio da agenti fisici, chimici, biologici e relazionali (mobbing) a cui sono sottoposti gli operatori al fine di contenere e gestire il fenomeno del burn-out
- invio all'Agenzia-Osservatorio Regionale e a quella Nazionale di periodici reports analitici sui livelli di sicurezza delle attività sanitarie, le tipologie di intervento adottate e i loro esiti.

B) Unità per lo Sviluppo Continuo Professionale con compiti di:

- promuovere e coordinare i progetti formativi aziendali inseriti negli obiettivi del Dipartimento che, sulla base delle numerose esperienze, sembrerebbero validare, anche sul piano dei costi, quelle tipologie formative che sviluppano il processo educativo all'interno dell'organizzazione e misurano i risultati anche in termini di miglioramento dei processi clinico assistenziali. Infatti questa metodologia formativa identifica e valorizza tutte quelle attività ordinarie già presenti nei processi clinico assistenziali, quelle di studio, ricerca, tutoraggio, promozione e sorveglianza dei protocolli e linee guida, organizzazione e partecipazione a periodiche riunioni di valutazione degli esiti delle attività svolte;
- garantire a tutti i soggetti coinvolti in un obbligo deontologico e legislativo trasparenza, accessibilità, qualità e costi accettabili dell'offerta formativa evitando inefficaci misure coercitive e soprattutto rispettando l'autonomia e la responsabilità dei professionisti anche nell'individuazione degli specifici ed individuali bisogni formativi.
- inviare all'Agenzia/Osservatorio Regionale e Nazionale periodici reports sullo sviluppo e sugli esiti delle politiche formative.

C) Unità per la Promozione e Verifica della Qualità dei servizi con compiti di:

- formalizzare tra gli obiettivi istituzionali del Dipartimento, lo sviluppo di quelle attività e quelle procedure che direttamente sono connesse al miglioramento degli skills dei professionisti e degli esiti delle attività sanitarie quali periodiche riunioni di revisione tra pari e medical-audit, la costruzione, diffusione ed aggiornamento delle linee guida aziendali, le procedure di accreditamento, le certificazioni di qualità etc.;
- sviluppare ad ogni livello periodiche valutazioni dell'impatto che l'organizzazione delle attività clinico assistenziali in essere produce sulla qualità resa e percepita dai pazienti e parenti. Ad esempio come armonizzare gli orari visite mediche vs orario visite parenti o pasti; i tempi di attesa per esecuzione degli esami sia in regime di ricovero che ambulatoriale, l'appetibilità dei pasti, gli orari di somministrazione dei farmaci e delle medicazioni, il tempo dedicato e i luoghi dei colloqui, la intelligibilità delle informazioni richieste e da somministrare in ragione del consenso, gli spazi di socializzazione, una buona cartella clinica, una chiara lettera di dimissione etc;
- promuovere in modo sistematico anche sul piano della pratica clinica e della ricerca pura ed applicata, tutte le attività correlate all'obiettivo di umanizzazione delle pratiche clinico assistenziali, prime fra tutte i progetti di "cure senza dolore" rivolto non solo ai pazienti neoplastici ma a tutti i soggetti portatori di patologie acute e croniche;
- inviare all'Agenzia/Osservatorio Regionale e Nazionale periodici reports sullo sviluppo della qualità professionale e dei servizi.

LE ALTRE ATTIVITÀ CORRELATE AL PROGETTO DEL GOVERNO CLINICO

LA VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ professionali al termine dell'incarico e nei passaggi connessi alla corresponsione della indennità di esclusività, identifica una peculiarità della dirigenza medica e

sanitaria in quanto è aggiuntiva rispetto a quella sui risultati, comune a tutta la dirigenza pubblica. Tale funzione rappresenta altresì uno degli elementi qualificanti il progetto di governo clinico e come tale va fondata sull'autonomia e responsabilità dei Collegi Tecnici del Dipartimento. Questo organismo valutatore di seconda istanza, deve essere presieduto dal Direttore di Dipartimento ed i suoi componenti devono essere designati dal Comitato di Dipartimento, all'interno o all'esterno dell'Azienda. In questo secondo caso, però, occorre tener presente gli eventuali costi della procedura.

L'esclusione del Direttore Sanitario da questi organismi nasce dal fatto che tali figure hanno competenze spesso limitate all'area di Igiene e Organizzazione e cioè con scarse correlazioni con la professionalità clinica che costituisce, invece, il fondamentale oggetto del processo di valutazione e verifica. Né è immaginabile che, soprattutto nelle Aziende più grandi ove operano centinaia di professionisti, uno dei componenti della Direzione Strategica possieda tutti i necessari elementi di conoscenza delle capacità e delle competenze dei singoli Dirigenti.

Nelle procedure di selezione pubblica per il conferimento dell'incarico di Direttore di Struttura Complessa andrebbe prevista nella specifica Commissione la presenza di un Direttore di Dipartimento individuato dal Collegio di Direzione, insieme con i 2 Direttori di Struttura Complessa della stessa disciplina, esterni alla Azienda, eventualmente sorteggiati nei ruoli regionali della dipendenza.

È, invece, assolutamente da rigettare l'idea di inserire in tali Commissioni, sia pure "soltanto" per le Aziende Integrate, un componente di estrazione universitaria. Ciò non solo per la mancanza di reciprocità che deriverebbe ai due stati giuridici, tale da contraddire in maniera clamorosa il principio della pari dignità delle due componenti nel difficile processo di integrazione, ma anche per evitare di consegnare ad una istituzione "terza" rispetto al SSN il controllo non solo dell'accesso alla Dirigenza,

tramite la specializzazione, ma anche delle prospettive di carriera dei Medici ospedalieri. È appena il caso di notare, poi, che tale esperienza in passato non ha certo garantito la oggettività delle scelte e che forte ed attuale è la polemica sui meccanismi di reclutamento del personale universitario, ispirati a logiche che peraltro hanno attirato l'attenzione della Magistratura.

Né basta ad attenuare questa preoccupazione il fatto che tale inclusione sia prevista "solo" per le Aziende Integrate; infatti queste rappresentano una parte importante della rete ospedaliera e comprendono le strutture dotate di più elevata complessità tecnologica e densità di risorse professionali.

Nello specifico dei requisiti, la valutazione in maniera distinta dei crediti formativi viene a costituire un requisito non coerente con la sperimentazione del processo Ecm prevista per il quinquennio 2001-2006 e con il mancato impegno delle Aziende sanitarie a coprire i costi derivanti dalla necessità di assicurare a TUTTI i dirigenti medici la possibilità di conseguire i crediti previsti per ogni anno.

Si ribadisce che la Commissione deve concludere la selezione con l'individuazione di una terna di candidati all'interno della quale si esercita il potere discrezionale del Direttore Generale. La composizione del Collegio di Direzione deve prevedere la partecipazione dei Direttori di Dipartimento, Assistentziali, Integrati, delle Professioni Sanitarie, quali espressione di funzioni e rappresentanti essenziali perché titolari di un budget autonomo e del coordinamento delle attività professionali al fine di evitare una pericolosa dissociazione tra responsabilità e potere decisionale.

Appare, inoltre, discutibile che tale organismo sia presieduto dal Direttore Sanitario o peggio dallo stesso Direttore Generale il quale dovrebbe paradossalmente motivare decisioni discordanti. L'intento, che condividiamo, è quello di determinare una composizione non interamente riconducibile alle scelte del Direttore Generale, attraverso una quota di Dirigenti Medici elettiva

da aggiungere ai componenti di diritto, come già previsto da alcune Regioni.

L'innalzamento dei limiti dell'età pensionabile ha certo il merito di prevedere una disciplina omogenea per il personale ospedaliero ed universitario.

È però una previsione "a domanda", vale a dire automatica e generalizzata dal mantenimento in servizio e nella funzione, fino al compimento del 70esimo anno di età, contribuisce all'invecchiamento del Ssn ed al suo ingessamento che comprime le energie dei medici più giovani nonché l'orientamento alle innovazioni e al cambiamento, così necessario al sistema sanitario in una fase difficile in cui viene messa in discussione anche la sua sostenibilità economica.

Appare più funzionale anche ai fini di un necessario ricambio generazionale mantenere il limite, anche per il personale universitario, a 67 anni salvo che per coloro che non hanno ancora raggiunto il massimo della anzianità previdenziale.

DA UN PROGETTO DI SISTEMA AD UN SISTEMA DI PROGETTI

QUESTE FUNZIONI, apparentemente distanti, in realtà chiariscono come l'attuazione del governo clinico richieda il passaggio da "un progetto di sistema" ad "un sistema di progetti" che, superando le suggestioni dello slogan, definisce il ruolo centrale della Dirigenza Medica e delle professioni all'interno delle Aziende Sanitarie. Il governo clinico, così inteso, si qualifica quindi come un efficace e straordinario strumento di organizzazione e gestione delle attività di tutela della salute, a cui oggi affidare quanto la cultura e le metodologie aziendaliste hanno dimostrato di non poter compiutamente provvedere e cioè la garanzia delle finalità etiche, civili e tecnico professionali del servizio, nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie.

LE MODERNI RETI ASSISTENZIALI: LA CENTRALITÀ DEI BISOGNI E L'INTEGRAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE SUL TERRITORIO

- FEDERALISMO TERRITORIALE SANITARIO: UN'IDEA GENERALE DI GOVERNO DEL SISTEMA
- MODELLI DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA: DRG O CENTRALITÀ DEL PAZIENTE?
- LA RETE OSPEDALIERA INTEGRATA
- L'INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO
- CONCLUSIONI

A CURA DI
Serafino Zucchelli
Carlo Palermo
Guido Tuveri

IN UN CONTESTO DI CRISI economica e di definanziamento del SSN, è necessario che il mondo dei medici dipendenti si ponga nuovi obiettivi di assetti organizzativi del sistema in cui quotidianamente esprime i propri valori professionali. Appare prioritario garantire equità, continuità ed omogeneità di accesso alle prestazioni sanitarie e servizi di qualità per tutti i cittadini. In questa ottica, gli ospedali isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non rappresentano più una risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica. Oggi è indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato ed in termini di rete di Ospedali, coordinata e integrata con la complessità delle altre strutture ed attività presenti nel Territorio. La tesi è svolta attraverso quattro punti ed ognuno contribuisce con le proprie peculiarità a chiarire le nuove politiche di integrazione in campo sanitario.

Nel primo punto, partendo dai nuovi assetti federalisti sviluppati in Italia, si affronta il tema della sussidiarietà come logica generale di articolazione amministrativa, anche in senso verticale, e di valorizzazione delle Comunità,

rispetto ai tentativi di neocentralismo regionale nei processi gestionali in sanità.

Con il secondo punto, il percorso assistenziale viene proposto come elemento guida per dare risposte unitarie ai bisogni espressi dal malato, contrapposto alle logiche di frammentazione stimulate dall'attuale modello di pagamento a prestazione (DRG).

Nel terzo punto, la rete ospedaliera fondata sulla cooperazione tra strutture e tra professionisti, viene prospettata come risposta alle difficoltà economiche in cui versa il sistema e alla necessità di garantire appropriatezza organizzativa, adeguati standard di qualità ed equità di accesso alle cure.

Infine l'integrazione tra Ospedale e Territorio è presentata non solo come necessità per l'attuale evoluzione demografica ed epidemiologica ma anche come opportunità per il mondo ospedaliero.

FEDERALISMO TERRITORIALE SANITARIO: UN'IDEA GENERALE DI GOVERNO DEL SISTEMA

IN UNA BELLA INTERVISTA a "Dirigenza Medica" (n° 4, 2004), Ivan Cavicchi affermava la necessità di distinguere con grande nettezza la devoluzione dal federalismo: *La devoluzione è un'idea banale di trasferimento di poteri dal centro alle istituzioni periferiche. Il federalismo è una dottrina sociale che ha come suo caposaldo il valore della comunità. Mentre la devoluzione si limita a togliere poteri alle istituzioni centrali per darli a quelle periferiche, nel federalismo si tolgono poteri al centro, si danno alla periferia perché questa li ridistribuisca nella comunità. Questo vuol dire partecipazione, codecisione, condivisione degli obiettivi e ruolo decisionale degli operatori.*

Caratteristica fondamentale del processo di decentramento sanitario è la sussidiarietà: lo Stato deve intervenire nell'organizzazione solo quando il singolo cittadino, o con un processo successivo di deleghe, il comune, la città metropolitana, la provincia o la Regione, non sono in grado di svolgere quella determinata funzione (Art. 118 della Costituzione). La

sussidiarietà implica pertanto lo sviluppo di forme ed ambiti per il governo e la gestione dei servizi vicini ai luoghi della cittadinanza e della formazione dei bisogni. Un reale decentramento potrebbe quindi portare ad indubbi vantaggi, come la maggiore responsabilizzazione degli erogatori di spesa, che vengono a coincidere con la fonte che finanzia il servizio, e l'utile vicinanza dei cittadini alle istituzioni responsabili della sanità, che favorirebbe i meccanismi di migliore rappresentazione dei bisogni sanitari ed anche di controllo democratico.

In campo sanitario è necessario individuare ambiti territoriali nei quali i problemi siano rilevanti (sotto il profilo dell'incidenza epidemiologica, della complessità clinica, del peso amministrativo, ecc.) e le soluzioni organizzative pertinenti (sotto il profilo dei costi e dell'efficacia). Per il governo della domanda sanitaria è necessario di conseguenza sviluppare una logica di ampia collaborazione tra i diversi livelli di gestione sia in senso orizzontale che verticale, dagli ambiti più circoscritti verso quelli più ampi, declinando la sussidiarietà come integrazione tra livelli successivi di governo.

In sintesi a livello locale è utile sviluppare l'asse orizzontale della sussidiarietà privilegiando il coinvolgimento dei cittadini e delle loro aggregazioni profit e non-profit (volontariato,

terzo settore) nella gestione ed erogazione dei servizi, fuggendo da logiche di mercato e ponendo in ogni caso l'attenzione sulla domanda piuttosto che sull'offerta. Nel contempo è necessario sviluppare l'asse verticale, che renda disponibili ranghi più elevati di governo rispetto a quelli locali per favorire un'appropriata convergenza tra le esigenze della domanda e quelle dell'offerta. Si pensi ai problemi dell'alta specialità in ambito ospedaliero e alla necessità di non duplicare inutilmente, in un contesto di risorse finite, centri che hanno costi rilevanti di gestione e che in ogni caso richiedono lo svolgimento di adeguati volumi prestazionali per garantire qualità e buoni *outcomes* clinici.

Attualmente il SSN è palesemente sottofinanziato. L'Italia ha una spesa pubblica per il SSN intorno al 6,3% del PIL (Dati Ocse 2005). La Francia spende il 7,8% del proprio PIL, mentre la Germania arriva all'8,4%. Negli ultimi 5 anni le Regioni hanno accumulato un disavanzo vicino ai 18 miliardi di ? che ha pesanti conseguenze sull'erogazione dei servizi. Ivan Cavicchi parla di definanziamento per indicare questo fenomeno perché "il disavanzo prodotto non sarà mai più ripianato ed eventualmente compensato con riduzioni delle coperture".

Questo fenomeno ha pesanti conseguenze sulle fasce economicamente più deboli della

TABELLA I

LE CONSEGUENZE DEL DEFINANZIAMENTO DEL SSN

- Taglio dei servizi e delle prestazioni (Livelli assistenziali minimi ?)
- Indebitamento sul mercato finanziario (costo aggiuntivo di 300/400 mln di ?/anno)
- Ritardo nei pagamenti dei fornitori (> 600 giorni, incidenza sui costi della fornitura)
- Ticket
- Riduzione degli acquisti di beni (farmaci, reattivi per laboratorio, materiale chirurgico e protesici...)
- Riduzione del personale medico (turnover ridotto a meno del 50%)
- Mancato rinnovo delle tecnologie
- Finanza "creativa" (cartolarizzazione, lease back,...)
- Cessione ai privati delle attività (dati del Ministero della Salute 2004 e Istat 2005 che evidenziano un ruolo crescente dei privati

popolazione. La spesa *out of pocket* ha oramai raggiunto il 25% della spesa sanitaria globale nel nostro paese, dato anomalo in sistemi sanitari su base universalistica. Secondo il rapporto CEIS Sanità 2005 le famiglie a rischio di impoverimento per spese sanitarie sono circa 300.000, riferite ai dati dell'anno 2003.

È oramai evidente che il cronico sottofinanziamento del SSN sta lentamente determinando una pericolosa centralizzazione delle politiche sanitarie regionali, finalizzate al "controllo" degli erogatori di spesa. Nel "Rapporto Sanità 2003", edito dalla Fondazione Smith Kline e dedicato al governo dei sistemi sanitari in tempi di *devolution*, è scritto: *"La comunità in quanto mix tra enti locali e aggregazioni spontanee che interpretano le soggettività del territorio, deve svolgere anche un ruolo nelle scelte di allocazione delle risorse: i criteri di appropriatezza e le indicazioni della medicina basata sull'evidenza sono largamente insufficienti per determinare scelte con forte rilievo sulla qualità di vita del cittadino ed elevato impatto economico. Il coinvolgimento delle comunità locali permette anche di sfuggire a tentazioni programmatiche che troppo spesso rischiano di fallire in quanto viziate dall'errore di voler imporre un "ordine" dove invece la funzione di guida deve limitarsi a "governare il disordine", cioè ad aiutare la crescita di chi localmente esprime idealità, volontà e disponibilità di servizio in ambito sanitario"*.

In alcuni modelli organizzativi che sono in corso di sviluppo nelle Regioni, è il ruolo stesso delle attuali Aziende sanitarie, in genere con un riferimento territoriale provinciale, che rischia di essere messo in crisi, sospese come sono tra "concentrazione" (Azienda sanitaria unica regionale, Area Vasta con bacino interprovinciale) e "frammentazione" (esperienza delle Società della Salute in Toscana). È indubbio che la centralizzazione in ambiti più vasti ed adeguati di alcune funzioni amministrative (per esempio gestione buste paga e acquisti di beni e servizi) possono determinare un reale risparmio di scala. Il trasferimento di altre funzioni (come informatizzazione, politiche della formazione e

del personale) potrebbe determinare uno svuotamento delle capacità organizzative delle Aziende sanitarie rendendole incapaci di adattarsi alle realtà sanitarie che sono complesse ed in continua evoluzione. Il rischio è che il collocamento del governo e della gestione delle strutture sanitarie in "luoghi" eccessivamente lontani dai territori dove nascono i bisogni dei cittadini e si esercita la professione porti ad un eccesso di pianificazione e ad una burocratizzazione dell'intero sistema, affidando le scelte di fondo di allocazione delle risorse a tecnocrati di nomina regionale e a "poteri forti" autoreferenziali. Anche la creazione di nuovi soggetti come le Società della Salute (SdS) per governare le politiche del Territorio rischia di determinare un passaggio da una programmazione, governo e gestione unica del SSR ad un sistema basato sulla concertazione tra soggetti diversi sotto il profilo giuridico (SdS e Az. USL), anche se fortemente integrati negli organismi di governo e nei processi di programmazione. L'introduzione di logiche di gestione diverse potrebbe determinare una rottura trasversale tra Ospedale e Territorio. La frammentazione del ciclo assistenziale potrebbe quindi avere effetti negativi sul "prodotto" salute in termini di qualità e costi.

Forse è utile allora che le Aziende sanitarie diventino strumento delle Autonomie locali. Queste ultime, in particolare i Comuni, dovrebbero assumere un ruolo più incisivo, sia all'interno dei processi di programmazione e pianificazione, sia nel corso dei processi di verifica e rettifica dell'organizzazione dei servizi, assumendosi anche l'onere della responsabilizzazione economica quale naturale conseguenza del processo di sussidiarietà. Quindi le Aziende sanitarie dovrebbero diventare lo strumento degli Enti locali, attraverso il quale governare e gestire i processi economici di produzione e consumo per il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento, nel rispetto delle risorse assegnate, che in ogni caso devono essere adeguate ai Livelli essenziali d'assistenza (LEA) garantiti con

trasferimenti verticali nazionali, in una logica di federalismo solidale. Questo nuovo rapporto istituzionale rafforzerebbe le Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività sanitarie di I° livello (medicina di base, attività distrettuale) e II° livello (attività ospedaliere diffuse come quelle garantite dagli ospedali di zona e anche da quelli provinciali) legandole alle esigenze della comunità locale e darebbe maggior garanzia nei processi d'integrazione socio-sanitaria e tra Territorio e Ospedale, riportando ad unicità i processi di programmazione, governo e gestione in ambito sanitario, oltre che offrire una maggiore indipendenza rispetto a "poteri forti" che si muovono nel campo sanitario. È ovvio che, per evitare di ripercorrere la strada dei Comitati di gestione, si debba assicurare alle Aziende sanitarie la più ampia autonomia gestionale ed organizzativa senza la quale è impossibile perseguire efficienza ed adattamento a realtà assai complesse ed in continua evoluzione. Una risposta concreta a questa problematica è contenuta nel documento finale congressuale approvato nel 2002 a Matera dalla nostra Associazione. Si proponeva allora di affiancare un Consiglio di Amministrazione (CdA), espressione della comunità di riferimento, al Direttore Generale (DG). Un CdA che non deve interferire nella gestione, ma che assume la funzione di promuovere e vigilare che la gestione dell'Azienda sanitaria affidata al DG e al suo *board* tecnico (Collegio di Direzione con componente elettiva, che diventa un organo dell'Azienda), corrisponda alla programmazione generale (regionale) e locale. In alternativa si potrebbe pensare ad un ruolo più incisivo nei processi di programmazione sanitaria e anche di nomina e verifica del DG da parte dell'attuale Conferenza dei Sindaci.

MODELLI DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA: DRG O CENTRALITÀ DEL PAZIENTE?

LE MODALITÀ DI EROGAZIONE dell'assistenza sono sicuramente condizionate dal contesto organizzativo e dal sistema di remunerazione. Il sistema di pagamento a prestazione in vigore

in Italia dal 1995, se da una parte ha contribuito significativamente a migliorare l'efficienza del sistema ospedaliero (dal 1995 ad oggi è progressivamente calata la durata della degenza media, mentre è aumentato l'indice di complessità della casistica ricoverata) dall'altra ha purtroppo determinato uno spostamento dell'attenzione dei medici dall'intero percorso assistenziale alla singola prestazione.

L'attività ospedaliera viene finanziata per singolo episodio di ricovero e quella ambulatoriale per prestazione singola, entrambe con tariffe predefinite con cui l'erogatore pubblico o privato deve coprire i costi di produzione.

L'obiettivo è quello di costringere l'erogatore ad una maggiore efficienza che si estrinseca nel contenere i costi di produzione al di sotto delle tariffe, ma anche nell'aumentare il numero dei casi trattati a parità di risorse assorbite.

D'altra parte l'erogatore, in particolare privato, per limitare i rischi finanziari può essere spinto a ridurre la qualità delle prestazioni in modo da limitare il costo per ricovero (degenze inappropriatamente brevi, dimissioni di pazienti instabili, riduzione di procedure necessarie ma costose.....), oppure a selezionare le prestazioni in funzione della loro remunerazione, ovvero infine ad aumentare in modo inappropriato i ricoveri e le prestazioni anche quando non è strettamente necessario in base alla clinica.

Il pagamento a prestazione tende a privilegiare questa distorsione dell'approccio assistenziale ed inoltre la competizione in atto tra diverse strutture, pubbliche o private accreditate, in assenza di rigorosi criteri di appropriatezza, promuove il numero di prestazioni ad obiettivo prioritario.

La necessità di elevati turn-over sui posti letto, essenziali per garantire l'efficienza di una struttura ad alta specializzazione e a costi elevati, spesso produce una sorta di schizofrenia assistenziale, per cui alla massima concentrazione di risorse economiche, organizzative, professionali e tecnologiche nella fase acuta, fa seguito un sostanziale disinteresse per la gestione a lungo termine.

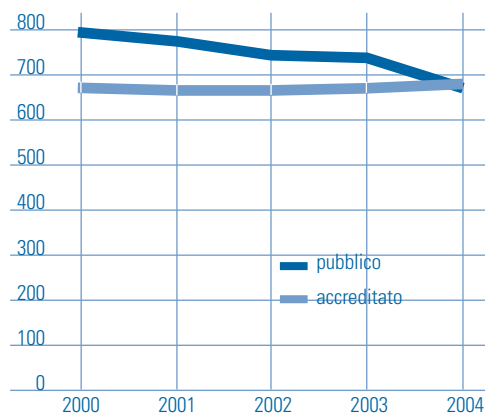
TABELLA 2

STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE: POSTI LETTO PREVISTI NEGLI ANNI 2000-2004 (dati Ministero della Salute)

Anno	Strutture di ricovero		Posti letto degenza ordinaria				Posti letto day hospital		
			Pubblici		Privati		Pubblici	Accreditati	Totale x 1000 abitanti
	Pubbliche	Accreditate	Totale	x 1000 abitanti	Totale	x 1000 abitanti			
2000	785	536	222.113	3,9	49.631	0,9	22.837	1.228	0,4
2001	777	530	213.214	3,7	49.704	0,9	23.100	1.613	0,4
2002	755	531	208.034	3,7	49.876	0,9	24.291	2.042	0,5
2003	746	535	199.869	3,5	50.060	0,9	25.560	2.488	0,5
2004	672	542	191.083	3,3	49.002	0,8	25.875	2.918	0,5

È necessario ritornare ad una idea di gestione clinica complessiva dei problemi sanitari dei pazienti, mettendo i loro bisogni al centro dei processi clinici e assistenziali, uscendo dalla frammentazione e segmentazione dell'organizzazione attuale. In tale contesto per il paziente anche la cosiddetta libertà di scelta, sempre condizionata dall'asimmetria informativa, si traduce in una sostanziale solitudine nel percorso di cura. Al concetto di prestazione bisogna contrapporre quello di percorso assistenziale inteso come un percorso guidato del cittadino attraverso una

organizzazione sanitaria, con lo scopo di mettere nella corretta relazione tutti i componenti di un *team* multidisciplinare che, per quel determinato problema di salute, seguono specifiche linee guida condivise. Il percorso assistenziale realizza una duplice valenza per il cittadino e per l'organizzazione sanitaria stessa. Infatti, se per il primo rappresenta lo strumento con cui viene garantita l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie e la continuità delle cure nello sviluppo del processo diagnostico e terapeutico, per l'organizzazione sanitaria rappresenta lo strumento fondamentale per

STRUTTURE DI RICOVERO

POSTI LETTO DEGENZA ORDINARIA

x 1000 abitanti

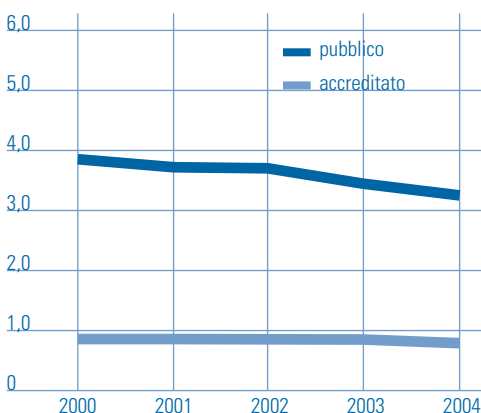


TABELLA 3

POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE DELLE SINGOLE REGIONI NELL'ANNO 2004 (dati Ministero della Salute)

Regione	Posti letto pubblici					Posti letto accreditati			
	Day Hospital	Degenza Ordinaria	Degenza a pagamento	Totale	Posti x 1000 abitanti	Day Hospital	Degenza Ordinaria	Totale	Posti x 1000 abitanti
Piemonte	1.978	13.818	70	15.866	3,7	167	3.722	3.889	0,9
Valle d'Aosta	57	427	2	486	4,0				
Lombardia	3.689	31.900	555	36.144	3,9	590	8.652	9.242	1,0
Prov.auton. Bz	164	1.879	42	2.085	4,4		304	304	0,6
Prov.auton. Tn	257	1.771	-	2.028	4,1	6	432	438	0,9
Veneto	2.120	16.813	532	19.465	4,2	103	1.128	1.231	0,3
Friuli V. Giulia	555	4.414	223	5.192	4,3	24	589	613	0,5
Liguria	963	5.963	59	6.985	4,4	7	77	84	0,1
Emilia R.	1.907	14.414	166	16.487	4,0	150	4.524	4.674	1,1
Toscana	1.696	11.731	308	13.735	3,9	219	1.944	2.163	0,6
Umbria	490	2.799	16	3.305	3,9	33	228	261	0,3
Marche	628	5.272	26	5.926	3,9	68	979	1.047	0,7
Lazio	2.984	17.879	109	20.972	4,0	626	8.414	9.040	1,7
Abruzzo	570	4.802	116	5.488	4,3		978	978	0,8
Molise	166	1.414	34	1.614	5,0		193	193	0,6
Campania	1.868	12.782	67	14.717	2,6	372	6.066	6.438	1,1
Puglia	1.137	12.635	138	13.910	3,4	79	2.158	2.237	0,6
Basilicata	265	2.252	-	2.517	4,2		60	60	0,1
Calabria	1.051	5.131	11	6.193	3,1	30	2.930	2.960	1,5
Sicilia	2.762	14.498	115	17.375	3,5	400	4.122	4.522	0,9
Sardegna	568	5.832	68	6.468	3,9	44	1.502	1.546	0,9
Italia	25.875	188.426	2.657	216.958	3,7	2.918	49.002	51.920	0,9

l'orientamento della domanda e per assicurare l'appropriatezza clinica e quella del livello assistenziale di erogazione.

In questa ottica si dovrebbe considerare anche una revisione dell'attuale prassi amministrativa. L'impostazione della scheda di dimissione e la conseguente gestione dei flussi economici dovrebbe essere considerata in modo unitario e non come somma di atti amministrativi tra loro indipendenti. L'istituzione di un "DRG di percorso" potrebbe rappresentare una soluzione al problema. Verrebbe in questo modo introdotto a livello di remunerazione il concetto di "disease management", che privilegia rispetto

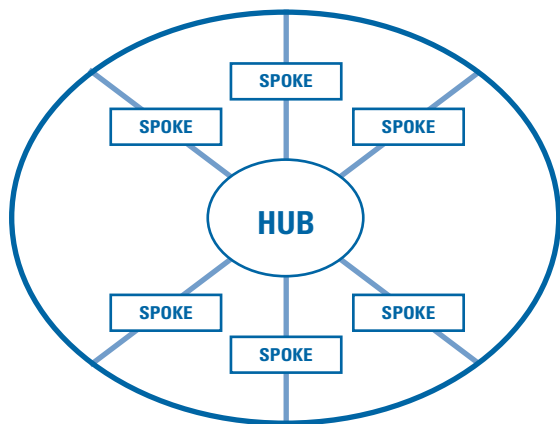
al singolo episodio di cura o alla singola prestazione, la gestione complessiva del percorso diagnostico terapeutico, stimolando la continuità assistenziale e l'integrazione tra le diverse strutture.

LA RETE OSPEDALIERA INTEGRATA

DA ALCUNI ANNI è in corso in Italia una profonda ristrutturazione della rete ospedaliera per meglio rispondere alle mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche in un contesto di limitazione delle risorse economiche. Il Piano Sanitario Nazionale 2002/2004 indica l'obiettivo di portare gradualmente al 4/100

FIGURA I

RETE OSPEDALIERA SECONDO IL MODELLO HUB&SPOKE



abitanti il numero di posti letto per pazienti acuti e, allo stesso tempo, innalzare all'1‰ abitanti le strutture per lungodegenze e riabilitazione, oggi molto carenti. Alla ristrutturazione della rete ospedaliera è associato un processo di deospedalizzazione con l'obiettivo di portare il tasso di ricoveri a 160‰ abitanti. Tali processi si articolano a livello ospedaliero secondo varie direttrici operative: la chiusura o riconversione dei piccoli ospedali con meno di 120 posti letto; la riconversione in prestazioni ambulatoriali di attività attualmente svolte in regime di ricovero; il miglioramento delle organizzazioni di "filtro" al ricovero, con la previsione a livello del P.S di adeguati spazi di "osservazione breve" entro le 24 ore dall'accesso; la dimissione programmata verso forme assistenziali e strutture di ricovero sanitario intermedio e post-acuzie; il trasferimento nel regime diurno di prestazioni attualmente erogate con regime ordinario; l'adozione di modelli organizzativi come la *week-surgery*; l'ospedale organizzato per intensità di cure che attraverso il superamento del concetto di "reparto" punta ad una piena utilizzazione della risorsa posto letto e una maggiore flessibilità organizzativo-assistenziale. Anche la quota di fondo sanitario nazionale

destinata all'ospedale si sta progressivamente riducendo. Il PSN 2006/2008 prevede per l'Ospedale il 44% del finanziamento, per la prevenzione il 5% e per le attività territoriali il 51%. La rete ospedaliera, anche in base al progetto elaborato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, dovrebbe basarsi per le attività diffuse (II° livello) su Ospedali zionali o provinciali di piccole-medie dimensioni (da 150 a 400 posti letto in base alla popolazione di riferimento, comunque non inferiore a 70-80.000 abitanti) dedicati alle urgenze/emergenze, alla terapia intensiva e subintensiva, alla chirurgia generale e specialistica, alla medicina interna e specialistica, con un dipartimento materno/infantile se i parti superano i 400/500 per anno, supportati da moderni servizi di diagnostica per immagini (TAC, RMN), endoscopica e di laboratorio. Gli Ospedali di riferimento regionale per l'alta specialità (III° livello) dovrebbero avere una dotazione di posti letto intorno a 500-600, soglia massima superata la quale l'esperienza dimostra che insorgono problemi di efficienza. Le attività di alta specializzazione (III° livello) è opportuno che siano governate in un ambito interprovinciale o di Area Vasta per far meglio corrispondere domanda e qualità dell'offerta. In ambiti importanti della chirurgia e della medicina interventistica il rapporto tra numero delle procedure eseguite e qualità del risultato è oramai ben documentato anche sotto il profilo degli studi scientifici. Per alcuni settori (trapianti, malattie rare) bisognerà sviluppare integrazioni inter-regionali. Le reti integrate di servizi compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e contenimento dei costi e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso. La centralizzazione delle funzioni dovrebbe però avvenire solo per la reale alta specialità (cardiochirurgia, cardiologia interventistica, neurochirurgia, trapianti, terapie oncologiche avanzate, malattie rare, traumi gravi e poco altro). Il modello delle reti integrate prevede che

ad una determinata soglia di complessità, si trasferisca la sede dell'assistenza da unità ospedaliere periferiche ad unità centrali di riferimento ad elevata complessità organizzativa (*hub*). Le unità periferiche (*spoke*) non vengono espropriate sotto il profilo professionale e culturale in quanto partecipano alla gestione globale del paziente garantendone la selezione, l'invio e la ripresa in carico per il *follow-up* in cronico. Siamo di fronte quindi ad un'organizzazione complessa, sviluppata orizzontalmente, in cui una pluralità di soggetti autonomi, che offrono una gamma di servizi tra loro integrati, si lega attraverso intensi rapporti di collaborazione, al fine di raggiungere specifici obiettivi di salute. La caratteristica principale che contraddistingue un *network* risiede nella sua capacità di mantenere un elevato grado di autonomia a livello di ciascuna struttura aderente. Il concetto di rete integrata ha una rilevante implicazione di politica sanitaria, in quanto nega la competizione fra singole unità operative della rete e ne richiede la loro cooperazione, secondo diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito. Il controllo democratico e partecipato del sistema, da effettuare attraverso Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico, favorisce lo sviluppo omogeneo e dinamico della rete, attivando processi di complementarietà fra le strutture, per cui un servizio può svolgere il ruolo di *hub* per una determinata patologia e di *spoke* per un'altra, garantendo dimensioni e composizione ottimali delle unità operative, dal punto di vista funzionale ed economico. Il modello della rete in definitiva sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture diverse.

Ciò risulta utile:

- per garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale/Ospedale e Ospedale/Territorio, in modo da rispondere ai bisogni del soggetto

malato;

- per evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità;
- per ricomporre due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso.

Verso gli Ospedali di 3° livello, nell'ottica della rete integrata, dovrebbero essere avviati tutti i pazienti con indicazione a procedure, urgenti e non, che richiedono tecnologia complessa, alti volumi di attività e *clinical competence* adeguata. In particolare per le gravi patologie i cui esiti in termini di mortalità e disabilità dipendono dal fattore tempo (per esempio sindrome coronaria acuta, ictus cerebri e trauma grave), l'integrazione sottintende un'organizzazione partecipata tra le strutture che erogano i diversi livelli di assistenza, lo sviluppo di tecnologie informatiche che permettano uno scambio di informazioni e di immagini tra i vari professionisti coinvolti, una rete di trasporti in emergenza efficiente, l'esistenza di protocolli condivisi e adeguati programmi di formazione specifica dei professionisti.

Gli Ospedali di III° livello comunque non potranno farsi carico della gestione complessiva di patologie croniche e recidivanti come la maggioranza delle patologie internistiche oggi osservate.

È necessario allora prevedere strutture intermedie di assistenza, inserite nella rete integrata ospedaliera, organizzate secondo un modello *low care*. In assenza di una struttura ricettiva di tipo intermedio, gli Ospedali andrebbero facilmente incontro ad una rapida saturazione, venendo meno alla propria vocazione specifica e con un incongruo utilizzo delle risorse. Con la tendenziale riduzione dei posti letto che si verifica nei nosocomi italiani, potrebbe essere possibile trovare spazi adeguati all'interno della medesima struttura ospedaliera. Ciò garantirebbe la possibilità di trasferimenti molto precoci, in condizioni di sicurezza, per la

presenza di strutture adeguate a far fronte alle eventuali complicazioni.

L'INTEGRAZIONE OSPEDALE/TERRITORIO

L'ATTUALE EVOLUZIONE epidemiologica in campo sanitario è caratterizzata dall'esplosione di forme morbose neoplastiche (circa 240.000 nuovi casi ogni anno) e cronico-degenerative, queste ultime, in particolare nel settore cardiovascolare e pneumologico, soggette a frequenti episodi di riacutizzazione e instabilizzazione. Nei prossimi 20-30 anni, sia per l'invecchiamento della popolazione con una prevalenza crescente dell'età oltre i 65 anni, sia per il migliore trattamento delle fasi acute delle forme morbose con conseguente riduzione della mortalità precoce, si andrà incontro ad un rilevante incremento della prevalenza nella popolazione totale di queste forme cliniche cronico-degenerative (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, BPCO, insufficienza renale, vasculopatie cerebrali e periferiche, malattia di Alzheimer, ecc.) spesso coesistenti tra loro. Per avere un'idea delle conseguenze economiche associate a questi processi demografici ed epidemiologici, basta considerare che entro il 2030 è atteso un raddoppio della prevalenza dello scompenso cardiaco nella popolazione generale (dall' 1,5-2% attuale al 3-4%) e che lo scompenso cardiaco da solo già oggi assorbe circa l'1,5% delle risorse pubbliche totali destinate all'assistenza sanitaria (in Italia circa 1,3 miliardi di Euro riferendosi al finanziamento pubblico del SSN per il 2006) L'Ospedale è un "tassello" del percorso assistenziale sempre più piccolo in termini temporali, con una concentrazione crescente di tecnologie, di complessità e intensità di cure e, conseguentemente, di costi. Da ciò si delinea un Ospedale che deve avere forti relazioni con il Territorio e tutto ciò deve tradursi in concreti elementi organizzativi e strutturali. Il trattamento moderno richiede una presa in carico globale del paziente (*disease management*) con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali: ricoveri ospedalieri limitati alle fasi

iniziali diagnostiche e terapeutiche e alle instabilizzazioni gravi, sviluppo di reparti *low care*, ambulatori dedicati per il *follow-up*, assistenza domiciliare integrata, sviluppo delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale. Ciò richiede investimenti economici, processi formativi ed un nuovo e più qualificato modo di operare da parte dei medici di famiglia. Le Unità di Cure Primarie, nelle quali confluiscono la Medicina di base, la continuità assistenziale, la specialistica ambulatoriale e le altre professioni presenti nel territorio, possono garantire una qualificata copertura delle esigenze assistenziali di 1° livello ed orientare in maniera appropriata la domanda di prestazioni sanitarie e l'accesso alle altre prestazioni specialistiche. Per raggiungere questo obiettivo occorre completare il percorso, già avanzato in alcune Regioni, che conduce al graduale superamento dell'assistenza primaria basata sullo studio individuale del medico, in favore di forme sempre più aggregate ed integrate di organizzazione che consentano, in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini per 24 ore, 7 giorni alla settimana. Questa nuova strutturazione delle Cure Primarie avrà importanti ricadute sull'accesso improprio al P.S., consentirà una reale presa in carico dei pazienti, una più incisiva attività di promozione e di educazione alla salute, la fornitura di attività specialistiche in collaborazione con gli specialisti dell'Ospedale con possibile miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni e riduzione dei tempi d'attesa. Per garantire una efficace continuità assistenziale sarà necessaria l'adozione di percorsi integrati Ospedale/Territorio con riferimento alle patologie più rilevanti. L'obiettivo di calare linee guida scientifiche, validate e condivise, nel peculiare contesto organizzativo locale dovrà essere al centro del confronto tra Ospedale e Territorio. Lo sviluppo nel Territorio del "Chronic Care Model", adottato da alcune organizzazioni sanitarie di base degli Stati Uniti, potrebbe rappresentare un utile metodo per organizzare le risposte ai singoli problemi che i pazienti con malattie

croniche devono affrontare.

L'invecchiamento della popolazione richiede la copertura non solo dei crescenti bisogni sanitari ma anche di quelli sociali. Appare opportuno anche nel settore socio-sanitario mettere in campo una programmazione ed un governo integrato delle funzioni che fanno capo a due diversi comparti istituzionali (SSR e Comuni). Il Distretto può diventare la sede istituzionale dove i bisogni del territorio vengono analizzati e dove viene programmato e governato il sistema di offerta delle prestazioni socio-sanitarie attraverso la piena integrazione delle risorse disponibili in ciascun comparto. Per finanziare questi progetti è necessario costituire un apposito fondo integrativo per l'assistenza degli anziani. La proposta di trasformare due festività dell'anno in giorni lavorativi, destinando retribuzioni e ricchezze prodotte al finanziamento di questo fondo appare la più semplice da praticare.

CONCLUSIONI

IL SISTEMA SANITARIO, sia a livello nazionale che nelle singole Regioni, sta mettendo in atto un profondo ed irreversibile processo di cambiamento dei rapporti tra componenti, con la progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri, l'incremento relativo delle attività a ciclo diurno ed ambulatoriale rispetto alle cure a ciclo continuo, la crescita delle risorse impiegate nelle attività sanitarie svolte sul territorio. L'Ospedale, che si caratterizza sempre di più nel ruolo di struttura dove si attuano le terapie complesse e dove si concentrano le tecnologie, assiste ad una profonda revisione della propria struttura e organizzazione: nel prossimo futuro, in base alle scelte fatte dai decisori politici, dovranno conciliarsi l'organizzazione dei reparti secondo l'intensità dell'assistenza, la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale ed il consolidamento della rete ospedaliera nell'ambito delle cosiddette Aree Vaste. Il principio ispiratore su cui si basa la continuità delle cure è quello dell'interattività con le altre componenti del sistema: nella concezione

unitaria della rete dei servizi sanitari, il ricovero ospedaliero rappresenta solo uno dei momenti del percorso diagnostico e curativo. Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul Territorio ed in diretta vicinanza con le aree residenziali, sfruttando in un processo di integrazione le insostituibili professionalità espresse dal mondo ospedaliero. Deve pertanto essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione viene a costituire un obiettivo primario anche per l'Ospedale. Tutto questo risulterà impossibile senza facilitare al massimo il dialogo con il Territorio, in particolare con i medici di medicina generale, e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema.

BIBLIOGRAFIA

1. AA.VV. **Il futuro degli Ospedali e l'Ospedale del futuro**, Toscana Medica, n° 3 marzo 2005.
2. AA.VV. **Rapporto Ceis-Sanità 2005**, Italtel Edizioni, 2005.
3. Ivan Cavicchi **La privatizzazione silenziosa della sanità**; Edizioni Datanews, 2003.
4. Federazione Italiana di Cardiologia **Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia**, Italian Heart Journal, novembre 2003.
5. Fondazione Smith Kline **Rapporto Sanità 2000 - L'Ospedale del futuro** Il Mulino 2000.
6. Fondazione Smith Kline **Rapporto Sanità 2003 - Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie** Il Mulino 2003.
7. Gavino Maciocco, **Cure Primarie e gestione delle malattie croniche**, Toscana Medica, n° 3 marzo 2006.
8. Maurizio Mauri, **L'ospedale del futuro: due ipotesi dimensionali**, Management medico, n° 2-2004.
9. E.H. Wagner, **Chronic disease management** Eff.Clin.Pract., 1998.
10. Carlo Schweiger, **È opportuno pensare a reparti di "low care" cardiologica?** Cardiologia 2003, 37° Convegno internazionale del Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare "Angelo De Gasperi"

LA CONTRATTAZIONE QUALE STRUMENTO DI PROMOZIONE DELL'EFFICACIA DELLE ATTIVITÀ MEDICHE, DI GOVERNO DELLE CONDIZIONI DI LAVORO E DI RIDUZIONE DEL "DISAGIO MEDICO"

- **PREMESSA**
- **CAUSE PIÙ IMPORTANTI DEL "DISAGIO MEDICO"**
- **COSA È STATO FATTO FINORA E CON QUALI RISULTATI?**
- **QUALE OBIETTIVO PORSI PER IL PROSSIMO FUTURO E CON QUALE STRUMENTO REALIZZARLO?**
- **QUALE PROGETTO CONTRATTUALE PER REALIZZARE L'OBIETTIVO?**
- **OBIETTIVO 1, 2, 3, 4, 5**
- **CONCLUSIONI**

A CURA DI
Giuseppe Montante
Mario Lavecchia
Giovanni Bonomo

PREMESSA

DA TROPPI ANNI il problema del "disagio medico" colpisce la categoria dei medici dipendenti del S. S. N. creando sfiducia crescente nel sistema aziendalistico, frustrazione professionale ed ansia per le condizioni di rischio in cui è costretta a lavorare.

Le motivazioni di tale malessere non possono essere limitate a situazioni, per altro diffusamente presenti, quali l'esistenza di carichi di lavoro eccessivi o di condizioni di lavoro frequentemente disagiate, ma sono ben più ampie e spaziano da cause di tipo legislativo a quelle di tipo economico, sociale, organizzativo e professionale.

L'interesse della categoria e soprattutto dell'anaao assomed per questo problema è facilmente spiegabile con le dimensioni sempre più crescenti del fenomeno e per la pericolosità degli effetti che produce. In organizzazioni

complesse, quali quelle delle aziende sanitarie, la risorsa del personale, ancor più se questo è medico, costituisce il capitale fondamentale da difendere. L'entusiasmo dettato dalle spinte emozionali, la condivisione della "mission", la gratificazione professionale, la consapevolezza dell'importanza del proprio ruolo nonché il sentimento di appartenenza costituiscono il valore aggiunto che fa la reale differenza. Se però il clima aziendale, per cause interne e/o esterne all'azienda, è ostativo per gran parte dei medici dipendenti, se non vi sono condizioni oggettive miranti a favorire l'espressività delle professionalità esistenti e se le condizioni di lavoro sono inadeguate e pericolose viene non solo a mancare il valore aggiunto, sopra ricordato, ma viene rapidamente depauperato il capitale costituito dalla risorsa del personale. Il perdurare infatti di sensazioni di malessere professionale crea inevitabilmente in qualsiasi categoria un sentimento di disaffezione.

Questo rischio è ben maggiore per i medici dipendenti delle aziende sanitarie, per coloro cioè che tradizionalmente esercitano la propria professione sulla base di spinte motivazionali ed aspettative ideali che spesso finiscono per rendere tale attività totalizzante per la loro vita. La conseguenza di ciò è ben più importante del pur non secondario problema inerente il ruolo ed il destino di una categoria.

Le aziende sanitarie pubbliche ben presto, per effetto di tutto questo, non riusciranno nella maggior parte dei casi a reggere la sfida con la compatibilità economica e con l'efficacia e qualità attesa di prodotto sanitario.

Questa situazione, in tempi non lunghi, manderà in crisi la sostenibilità economica e politica del modello di S. S. N. universalistico e solidale attualmente esistente a vantaggio di modelli più spiccatamente di tipo privato ed assicurativo, che negano tali principi e che comunque non risolvono le vere cause del disagio medico.

Dinanzi a tale scenario, in buona parte già realtà, **DOVERE DELLA CATEGORIA E DI CHI LA RAPPRESENTA** è di conoscere e

comprendere le criticità più importanti che generano il “disagio medico” e di creare le condizioni per una loro risoluzione o almeno per una netta inversione di tendenza di tale scenario.

Le conseguenze di questo malessere sui medici dipendenti e sul modello di SSN attualmente esistente in Italia costituiscono oggi una motivazione ancora più forte di quella utilitaristica sindacale e la sua correzione diventa ancor più di prima il compito più importante e qualificante della nostra Associazione nel prossimo futuro.

Tale compito è inoltre perfettamente coerente con la sua “mission storica” di difesa della Medicina Pubblica e del ruolo strategico del medico dipendente in essa.

CAUSE PIÙ IMPORTANTI DEL “DISAGIO MEDICO”

IL TENTATIVO DI INDIVIDUARE le motivazioni di questo malessere, di comprenderle e di emendarle è stato uno degli obiettivi più importanti di politica sindacale dell’Anaao Assomed negli ultimi anni.

L’analisi delle cause e delle criticità che generano tale disagio, (già trattata nella tesina congressuale del 2002 sulle “Condizioni di lavoro”, cui si rimanda) conserva ancora pienamente la sua attualità.

Il malessere professionale dei medici dipendenti è la conseguenza ancor oggi della

DEGENERAZIONE PERVERSA DELL’AZIENDALISMO IN SANITÀ ed è causata da:

- miopia ed egoismo politico di alcuni,
- interessi partitici,
- mancanza di una specifica cultura organizzativa e gestionale di parecchi dei manager e dei decisori delle aziende sanitarie,
- mancanza, spesso a tutti i livelli (aziendale, regionale e nazionale), di una programmazione corretta o per incapacità o per non volontà o per scarso coraggio dinanzi ai potenziali rischi elettorali, che risponda a concrete esigenze tecniche,

- sottovalutazione della “mission etica” delle aziende sanitarie rispetto alla “mission economica” per cui esse sono considerate come delle aziende improduttive che depauperano la ricchezza della comunità.

Identiche rispetto a 4 anni addietro sono **LE CRITICITÀ**, determinate dalle cause sopra riportate, dal quale scaturisce il “disagio medico”. Per completezza di analisi le riportiamo di seguito.

- A.** Impossibilità di far sentire la propria voce di professionisti in un’azienda dominata da “pseudo manager”, attenti solo al risparmio sul personale e ad obbedire agli ordini dei loro “padrini politici”.
- B.** Mancata attuazione dei principi del “governo clinico” o attuazione distorta di questi.
- C.** Ampliamento a dismisura del ruolo e del potere decisionale del personale amministrativo delle aziende, ridondanti ed ingiustificati rispetto ai compiti assegnati, a scapito dell’ autonomia gestionale dei medici.
- D.** Organizzazione del lavoro frequentemente non rispettosa dell’autonomia e della capacità professionale dei medici e non in grado di valorizzarla, marginalizzando così gran parte della categoria.
- E.** Condizioni di lavoro spesso inadeguate, pericolose e/o eccessivamente gravose.
- F.** Orari di lavoro troppo lunghi, pesanti ed a volte con pause inadeguate.
- G.** Dotazione tecnologica ed organizzazione funzionale e strutturale degli ospedali spesso povera e fortemente inadeguata al loro ruolo, soprattutto per quanto riguarda l’urgenza e l’emergenza medica.
- H.** Carenza di organici sufficienti ai compiti richiesti e di supporti strutturali e strumentali.
- I.** Livelli retributivi, soprattutto per quanto riguarda le parti variabili dello stipendio, nella maggior parte dei casi insufficienti ed indecorosi rispetto alle responsabilità affidate e spesso fortemente sperequati tra le varie realtà regionali ed aziendali.
- J.** Criminalizzazione frequente della categoria

medica attraverso meccanismi gratuitamente punitivi per colpe per lo più inesistenti o comunque non attribuibili alla stessa, spesso al fine di distogliere l'attenzione della pubblica opinione dalle vere responsabilità politiche - amministrative.

- K.** Difficoltà di far sentire la propria voce, sia a livello regionale che a livello aziendale, attraverso le proprie organizzazioni sindacali.
- L.** Fra queste quelle legate alla mancata gratificazione della qualità professionale, alla quantità di orario di lavoro, all'organizzazione ed alle condizioni di lavoro ed alla loro eccessiva rischiosità sono quelle che fra tutte generano maggiormente un malessere corrosivo nella categoria.

COSA È STATO FATTO FINORA E CON QUALI RISULTATI?

DI FRONTE A QUESTO QUADRO, il sindacalismo medico in parte non ha saputo contrapporsi con la necessaria vigoria ed in modo unitario perché:

- non è riuscito a costruire a volte al livello periferico quadri sindacali preparati ed adeguati a contrapporsi a questo scenario;
- molto spesso è stato lasciato solo da una base demotivata;
- una parte di esso è apparso a volte preoccupato di alienarsi entrate politiche, ritenute necessarie per poter ottenere risultati, ma spesso dimostratesi scorciatoie illusorie;
- a volte si è dimostrato incapace di far seguire alla protesta una proposta corretta e percorribile e di esercitare un ruolo politico indipendente e positivo.

L'Anao Assomed, coerentemente alla linea sindacale decisa dal congresso di Matera e forte della sua indipendenza dai condizionamenti politici, ha tentato più degli altri in questi 4 anni di invertire la tendenza negativa e di modificare questo scenario, ma ha dovuto fare anch'essa i conti con l'insensibilità alle istanze sociali presente in modo trasversale nei partiti e con la scarsa collaborazione di parte delle altre OO.SS. di categoria. Malgrado questo ha accentuato il suo impegno a correggere le cause

di disagio. L'Associazione ha operato contemporaneamente sui seguenti tre versanti: **QUELLO LEGISLATIVO**, sia nazionale che regionale, stimolando:

- l'emanazione di leggi, di atti di indirizzo e/o di circolari sul "governo clinico", sull'organizzazione dipartimentale, sull'organizzazione e sulle condizioni di lavoro, sulla programmazione ospedaliera, etc.,
- sorvegliando sulla correttezza e bontà tecnica di tali atti,
- denunciando gli eventuali errori e/o omissioni;

QUELLO FORMATIVO-CULTURALE, a tutti i livelli, creando le condizioni, attraverso convegni, seminari, dibattiti, corsi di formazione, indagini statistiche e pubblicazioni, per accrescere:

- la conoscenza di alcuni fenomeni negativi nonché delle loro conseguenze e dei possibili correttivi,
- per accentuare la coscienza sia dei propri doveri che dei diritti,
- per incrementare il livello di attenzione e di sensibilità di tutti sui rischi inerenti al disagio ed alla sua cronicizzazione;

QUELLO CONTRATTUALE, tentando al livello nazionale di gratificare la professionalità medica in quanto tale e di migliorare le condizioni e l'organizzazione del lavoro attraverso l'introduzione di norme più puntuali ed al livello regionale di reintrodurre un importante momento di confronto sindacale, non a discapito di quello nazionale, in grado di individuare principi attuativi corretti ed adeguati alle specificità locali.

MALGRADO L'IMPEGNO PROFUSO, SOPRA RICORDATO, SI SONO AVUTI FINORA DEI RISULTATI CONCRETI IN PARTE POSITIVI E RAPIDAMENTE FRUIBILI SOLAMENTE SUL VERSANTE CONTRATTUALE, ATTRAVERSO IL DETTATO DEL CCNL 2002-2005.

Pur tuttavia, i risultati ottenuti sulla retribuzione del disagio, sulla limitazione degli eccessi inerenti all'orario di lavoro, sui criteri per

individuare volumi prestazionali meno onerosi e condizioni di lavoro più corrette, su come premiare la professionalità di una parte ancora troppo esigua della categoria, non possono essere considerati, per quanto importanti, una soluzione definitiva o comunque in fase avanzata di quella parte di “disagio medico” derivante dalle criticità inerenti a questi argomenti.

Le scelte contrattuali del nuovo CCNL tentano di lenire le conseguenze negative generate dalle criticità sopra ricordate, agendo in buona parte a valle di quest’ultime e lasciando, pertanto, inalterate le condizioni critiche esistenti. Questa è la motivazione che ci induce ad ipotizzare che l’effetto positivo “dell’unguento contrattuale” rischia di vanificarsi in breve tempo se non viene consolidato.

QUALE OBIETTIVO PORSI PER IL PROSSIMO FUTURO E CON QUALE STRUMENTO REALIZZARLO?

DAL MOMENTO che sussistono ancora in tutta la loro gravità le cause del malessere professionale dei medici dipendenti, l’obiettivo generale che l’Associazione si deve assolutamente porre per il prossimo futuro deve continuare ad essere la riduzione dello stato di disagio della categoria attraverso la rimozione di almeno parte delle criticità che lo generano.

Questa è l’unica voce che ci viene in modo unanime dai medici iscritti.

IL PERSEGUIMENTO DI QUESTO OBIETTIVO CI IMPONE LA NECESSITÀ DI ESCOGITARE DELLE STRATEGIE ATTE ALLA RIMOZIONE DELLA CAUSA.

In prima approssimazione si può dire che un buon uso dei tre strumenti (legislativo, formativo - culturale e contrattuale) è potenzialmente la strategia più idonea a risolvere il disagio in tutte le sue diverse sfaccettature. L’esperienza degli ultimi anni ci ha insegnato però che l’impegno profuso sul piano legislativo si è dovuto scontrare troppo spesso con logiche ed interessi partitici più che con difficoltà tecniche.

Al contempo l’attività intensa dell’Associazione

sul piano culturale e formativo potrà dare dei risultati positivi solo nel medio e lungo periodo. È stato lo strumento contrattuale quello che si è dimostrato più concreto, più immediato nei risultati e di più facile utilizzazione per un’organizzazione sindacale. Questo è facilmente comprensibile, perché il contratto da un punto di vista giuridico è un accordo fra parti con pari dignità, sia formale che sostanziale, e diventa per un’organizzazione sindacale la “modalità naturale” per affrontare e definire le problematiche inerenti alle condizioni ed all’organizzazione del lavoro.

LA RECENTE ESPERIENZA DI RINNOVO CONTRATTUALE ci ha fatto comprendere come nei fatti con la logica patteggiata contrattuale sia possibile tentare la correzione di alcune delle criticità strategiche che generano il disagio.

In alcuni casi tale risultato può essere ottenuto in modo diretto attraverso la modifica della norma contrattuale che l’ha generata o la formulazione di una nuova, in altri invece in modo indiretto attraverso la modifica od introduzione di norme strategiche, di per se apparentemente non risolutive del problema, che nei fatti poi determinano la modifica di altre norme contrattuali con le seguenti modalità:

- per “effetto cascata” dettato da necessità di coerenza,
- perché fanno esplodere o smascherano le contraddizioni e/o le irrazionalità attuative a tutti i livelli,
- per il concorso contemporaneo di ambedue le modalità (modalità mista).

SEMPI DELLA BONTÀ E DELLA MAGGIORE VANTAGGIOSITÀ DI QUESTO STRUMENTO li possiamo cogliere nella recente trattativa nazionale per il rinnovo del CCNL 2002 – 2005 dell’area della dirigenza medica e veterinaria.

IL PUNTARE DA ORA IN POI SOPRATTUTTO SULLO STRUMENTO CONTRATTUALE, PER OTTENERE IN MODO PIÙ RAPIDO DEI RISULTATI MAGGIORMENTE FRUIBILI E PER INNESCARE UN PROCESSO DI CAMBIAMENTO, NON VUOL DIRE PERÒ ABBANDONARE LO STRUMENTO

LEGISLATIVO E QUELLO FORMATIVO - CULTURALE. DOVRANNO COMUNQUE ESSERE UTILIZZATI TUTTI MA IN UNA LOGICA INVERSA RISPETTO AL PASSATO.

In questo campo saranno le scelte contrattuali nazionali a determinare una sinergia di stimolo e di potenziamento della loro azione. Il contratto nazionale è uno strumento normativo che attraverso delle regole, valide per l'intera categoria, può favorire e sollecitare le innovazioni legislative che si reputano necessarie.

QUALE PROGETTO CONTRATTUALE PER REALIZZARE L'OBIETTIVO?

PERCHÉ SI CREINO le condizioni affinché l'obiettivo generale, precedentemente ipotizzato, sia non solo raggiungibile da parte della categoria ma conquistato in toto o almeno in parte, occorre che l'Associazione delinea un suo progetto, che specifichi gli strumenti da utilizzare, la metodologia da seguire e gli obiettivi specifici da raggiungere. Dal momento però che risulta evidente, per quanto detto prima, il ruolo strategico dello strumento contrattuale (soprattutto al livello nazionale e regionale) nel raggiungere tale obiettivo, il progetto dell'Anao Assomed in merito si deve identificare quasi integralmente con il suo progetto contrattuale per il futuro e di conseguenza con la metodologia precedentemente sopra ricordata.

Il progetto contrattuale deve pertanto prevedere essenzialmente questi 5 obiettivi generali:

- 1) il miglioramento dell'organizzazione e delle condizioni di lavoro,
- 2) la riduzione delle condizioni di rischio professionale attraverso l'introduzione di metodologie di gestione dello stesso,
- 3) la promozione della qualità professionale,
- 4) la gratificazione della professionalità medica indipendentemente dagli incarichi gestionali affidati,
- 5) il mantenimento del potere e del ruolo della contrattazione nazionale ed il potenziamento del ruolo contrattuale del livello regionale.

Come è facile vedere tali obiettivi sono identici

nei loro aspetti generali a quelli fino ad ora perseguiti nel recente rinnovo contrattuale al livello nazionale. È necessario riproporli però perché le soluzioni proposte, per quanto riguarda la correzione delle criticità che generano il disagio, sono sicuramente innovative rispetto al passato, ma ancora troppo potenziali ed i risultati ottenuti modesti e fragili.

L'interpretazione attuativa di alcune delle norme strategiche è stata a volte lasciata ancora troppo aperta, altre volte è stata eccessivamente demandata alle Regioni e/o alle aziende, pur nel rispetto di certi limiti.

Analizziamo ora per ciascuno di questi obiettivi quali azioni contrattuali intraprendere.

OBIETTIVO 1

IL MIGLIORAMENTO

DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE CONDIZIONI DI LAVORO

Questo è un obiettivo ottenibile contrattualmente attraverso le 2 azioni di seguito riportate.

1ª Azione

I CRITERI GENERALI per l'individuazione e l'organizzazione del sistema di guardie e pronte disponibilità mediche in ospedale e nel territorio devono trovare una definizione più puntuale ed esaustiva nel CCNL.

L'attuale impostazione che demanda tale definizione al tavolo regionale di confronto, pur nel rispetto di alcuni principi generali dettati al livello nazionale, lascia troppo spazio alle omissioni o alla fantasia attuativa e pertanto è foriera di eccessive disomogeneità e disuguaglianze fra Regioni o addirittura fra diverse aziende all'interno della stessa Regione. Questo apparente esproprio del livello regionale di questo compito è giustificato dal fatto che, essendo la definizione al livello nazionale dei criteri generali attuativi di queste attività conseguente a modalità di tipo pattizio, la categoria sente l'esigenza di pattuirne un livello minimo nazionale che sia di garanzia per il paziente e per il medico.

Al livello del confronto regionale invece dovrebbe essere demandata la definizione di criteri e modalità attuative aggiuntive a quelle sancite dal CCNL. Tutto questo avrebbe una logica tecnica ed etica molto forte e sarebbe anche coerente all'attuale impostazione legislativa, infatti così come sono definiti al livello nazionale i livelli essenziali di assistenza dovrebbero ugualmente essere definiti i livelli minimi di organizzazione delle guardie e delle pronte disponibilità mediche. La conseguenza indiretta più importante del varo al livello nazionale di tali criteri generali potrebbe essere quella di:

- stimolare nelle Regioni il confronto fra quello che dovrebbe essere l'organizzazione negli ospedali e la realtà invece esistente;
- la consequenziale riorganizzazione della rete ospedaliera.

2ª Azione

LA METODOLOGIA sequenziale corretta per individuare i volumi prestazionali nella contrattazione a budget al livello aziendale deve trovare una sua definizione puntuale e chiara e questa deve essere espressa al livello nazionale. Il recente CCNL ha cominciato ad affrontare il problema dei volumi prestazionali, demandando al tavolo di confronto regionale l'individuazione degli standards più che della metodologia. Questa impostazione è un po' fragile e limitativa per 2 buone ragioni:

- gli standards in questione sarebbero solamente di tipo quantitativo e pertanto terrebbero poco conto di variabili importanti come la qualità della prestazione, la dotazione organica presente, il livello tecnologico e l'organizzazione del lavoro esistente, etc.;
- gli standards validati scientificamente esistono attualmente solamente per alcune attività.

La risultante di tutto questo potrà essere l'impossibilità di trovare criteri oggettivi per la definizione dei volumi nella maggior parte dei casi. Da ciò potrebbe derivare paradossalmente un rafforzamento del criterio di soggettività

nella contrattazione a budget.

La metodologia sequenziale invece per individuare i suddetti volumi:

- è oggettiva perché si basa su criteri tecnici e principi legislativi ormai assodati;
- è indipendente dalle diverse tipologie di prestazioni;
- tiene facilmente conto di una serie di parametri importanti quali: la qualità, la dotazione tecnologica, etc..

In considerazione di questo, è la metodologia lo strumento più oggettivo per individuare volumi prestazionali realistici e questa deve essere individuata al livello nazionale, se si vuole che risponda a tutti questi principi e che sia univoca per tutte le aziende.

Le conseguenze indirette più importanti di questa nuova impostazione sarebbero:

- una maggiore trasparenza e tecnicità della contrattazione a budget;
- una minore soggettività dei risultati ed una maggiore possibilità di modulare l'offerta di prestazioni alle risorse esistenti, alla qualità richiesta ed alla domanda;
- una maggiore difesa della qualità delle prestazioni.

OBBIETTIVO 2

LA RIDUZIONE DELLE CONDIZIONI DI RISCHIO PROFESSIONALE ATTRAVERSO L'INTRODUZIONE DI METODOLOGIE DI GESTIONE DELLO STESSO

Questo è un obiettivo raggiungibile se con il CCNL:

- si passa, dal semplice suggerimento nel capitolo delle assicurazioni, alla imposizione alle aziende ad introdurre al proprio interno metodologie di "risk management";
- viene esplicitato che, l'acquisizione da parte dei dirigenti medici della cultura della gestione del rischio e la conoscenza delle metodologie più adeguate a questo scopo, costituisce uno degli obiettivi fondamentali delle aziende nella formazione obbligatoria degli stessi;
- viene introdotto, come obiettivo prioritario,

per tutti gli incarichi di tipo gestionale l'assunzione di metodologie di gestione del rischio professionale e per tutti i dirigenti medici il rispetto dei principi di prevenzione di questo su cui poi essere verificati;

- viene indicato il Dipartimento come livello strategico fondamentale di rilevazione e verifica del rischio e di attuazione delle metodologie di prevenzione e correzione;
- viene sancito il principio che tutte le tipologie di organizzazione del lavoro e soprattutto quelle inerenti l'urgenza ed emergenza medica vengano validate alla luce delle metodologie di gestione del rischio;
- viene stabilito che la Conferenza Permanente Paritetica Regionale verifichi annualmente lo stato di attuazione di tali principi e di tali metodologie da parte delle aziende.

OBBIETTIVO 3

LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ PROFESSIONALE

Questo obiettivo è strategico per ricondurre il medico dipendente nel suo ruolo sociale naturale, in quanto professionista di qualità. È raggiungibile contrattualmente con l'effetto combinato delle azioni inerenti ai primi due obiettivi con altre azioni specifiche a tale argomento.

Il CCNL a questo proposito dovrebbe sancire in modo esplicito:

- l'elevata importanza della formazione professionale nell'ambito della formazione continua obbligatoria;
- il Dipartimento come struttura idonea a formulare i programmi in merito;
- l'importanza strategica fondamentale della qualità professionale nella valutazione complessiva da parte del Collegio Tecnico.

OBBIETTIVO 4

LA GRATIFICAZIONE DELLA PROFESSIONALITÀ MEDICA INDIPENDENTEMENTE DAGLI INCARICHI GESTIONALI AFFIDATI

L'esigenza di gratificare economicamente la

professionalità medica indipendentemente dagli incarichi gestionali affidati è un obiettivo ancor oggi attuale malgrado sia stato già perseguito nel recente rinnovo del CCNL.

Tale esigenza scaturisce ancora soprattutto da 3 considerazioni:

1. l'assetto gerarchico nelle aziende sanitarie premia forse eccessivamente gli aspetti gestionali dei medici rispetto a quelli strettamente professionali;
2. gli aspetti professionali sono altrettanto utili e strategici di quelli gestionali;
3. l'esperienza in buona parte è conseguenza dell'anzianità professionale.

Il risultato contrattuale ottenuto in merito ha soddisfatto l'obiettivo solamente in parte in conseguenza di un atteggiamento ostativo di alcuni settori della Parte Pubblica, che giudicavano destabilizzante per l'attuale assetto interno delle aziende il recupero di una maggiore dignità degli aspetti professionali rispetto a quelli gestionali attraverso una maggiore gratificazione economica. Questo risultato ha però il merito di aver comunque posto il germe del problema all'interno del CCNL.

Proprio per questi motivi, dobbiamo riproporre con forza l'obiettivo contrattuale di una carriera professionale orizzontale che si affianchi alla già esistente carriera gestionale verticale.

Per raggiungerlo con soddisfazione dobbiamo però far tesoro della recente esperienza ed agire di conseguenza:

- stimolando fin da ora a tutti i livelli una continua riflessione in materia che agisca anche come momento di sensibilizzazione e di pressione;
- acquisire in tempo tutti i dati statistici necessari al fine di preparare con accuratezza tecnica la nostra proposta e vanificare così gli eventuali atteggiamenti ostativi.

OBBIETTIVO 5

IL MANTENIMENTO DEL POTERE E DEL RUOLO DELLA CONTRATTAZIONE NAZIONALE ED IL POTENZIAMENTO DEL

RUOLO CONTRATTUALE DEL LIVELLO REGIONALE

Le esperienze contrattuali degli ultimi anni dimostrano ormai in modo inequivocabile che le norme, già esaustive al livello nazionale, sono quelle che più di tutte trovano un'attuazione corretta, omogenea e celere in quasi tutte le aziende.

Nei casi invece in cui la loro definizione attuativa sia rimandata al livello aziendale, queste frequentemente o non vengono applicate o vengono attuate con forte ritardo e comunque spesso travisate nella loro ratio.

Per questi motivi nel recente CCNL l'Associazione ha perseguito l'obiettivo di ridurre la discrezionalità del livello aziendale di contrattazione attraverso sia il potenziamento del livello nazionale, mediante l'incremento dell'eshaustività delle sue norme, e sia attraverso l'introduzione di un importante livello di confronto regionale atto ad omogeneizzare le scelte applicative aziendali e ad introdurre elementi di specificità regionali.

Questo obiettivo rimane strategico e da perseguire con decisione ed ostinazione anche nel prossimo futuro.

Dobbiamo però essere ancor più chiari di prima sui compiti da attribuire al livello regionale di contrattazione al fine di evitare che eventuali derive eccessive di tipo federaliste o verso la devoluzione possano trovare in questo livello un ottimo strumento per disgregare l'unità del CCNL ed aumentare rispetto al passato la disomogeneità attuativa. In questo caso si sostituirebbe alla disomogeneità spontanea e non organizzata delle aziende quella ben più pericolosa e strutturata delle Regioni.

Da questo deriva pertanto che si deve affidare al livello regionale il compito di permettere, all'interno del quadro normativo nazionale generale, la migliore espressione delle specificità regionali, attraverso:

- la contrattazione sulla quantità economica da stanziare per il fondo aggiuntivo regionale, sui correlati obiettivi e sui criteri generali per il suo utilizzo;

- la predisposizione concertata di linee guida per la contrattazione aziendale, rispettose comunque del dettato nazionale, tese a garantire standards attuativi omogenei su aspetti normativi ed economici, con specifica individuazione delle risorse destinate;
- la definizione, anch'essa concertata, di indirizzi generali sull'organizzazione del lavoro dei dirigenti medici nelle aziende sanitarie;
- il controllo vincolante sull'applicazione tempestiva e corretta dei contratti nelle aziende, con conseguenti interventi correttivi e penalizzazione dei direttori generali, in caso di accertata responsabilità.

CONCLUSIONI

COME SI EVINCE da quanto fino ad ora detto, il progetto politico – contrattuale delineato per la nostra Associazione parte da un'analisi, forse un po' cruda ma purtroppo realistica, della situazione attuale in cui si trova la categoria. Per determinare un'inversione di tendenza bisogna avere il coraggio di formulare un progetto, forse ambizioso ma concreto, la cui riuscita dipenderà, non solamente dalle idee e dalla forza con cui saranno portate avanti, ma anche dalla coerenza di fondo che li unisce, dalle strategie attuate e dagli strumenti e metodologie utilizzate.

Questo progetto può essere alla nostra portata, ma perché questo succeda dobbiamo aver il coraggio e non l'incoscienza di osare, in tal modo risveglieremo l'orgoglio ed il sentimento di appartenenza della categoria e vinceremo il senso di frustrazione in cui versa.

La riduzione del "disagio medico" o addirittura la sua scomparsa deve essere il frutto, non solo della risoluzione almeno di parte delle criticità che lo generano, ma della riconquista di un "ruolo sociale", legittimato dai comportamenti e dalle scelte della categoria.

Se per alcuni questo è un sogno (noi non crediamo che lo sia), allora vale la pena di sognare.

LA FORMAZIONE PRE E POST LAUREA, SPECIALISTICA E CONTINUA, LA RICERCA: I RAPPORTI TRA SSR E FACOLTÀ DI MEDICINA

- LE RAGIONI DEL CONFLITTO
- CRITERI E PARAMETRI DI ATTIVITÀ
- DIDATTICA OSPEDALIERA
- LA FORMAZIONE POST LAUREA E L'OSPEDALE DI INSEGNAMENTO
- ORGANO DI INDIRIZZO
- ASPETTI RETRIBUTIVI
- LIVELLI DI GOVERNO
- FINANZIAMENTO
- CONCLUSIONI

A CURA DI
Costantino Troise
Serafino Zucchelli
Mario Figus

IN QUALSIASI SISTEMA sanitario gli Ospedali sede di insegnamento, all'interno dei quali si concretizza il rapporto tra sistema formativo ed assistenziale, sono strutture di importanza cruciale ma, in Italia, il rapporto tra SSN e Facoltà di Medicina, è segnato da conflittualità, latente o manifesta, e contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti.

Il decreto legislativo n. 517/1999, pur introducendo sostanziali elementi di discontinuità, se da una parte con la istituzione delle Aziende Integrate ha collocato più strettamente nel sistema sanitario i policlinici a gestione diretta, dall'altra non ha certo risolto i molteplici problemi legati alla convivenza di componenti mediche con diritti e doveri differenti. Per di più, esso è rimasto in gran parte inapplicato ed il processo di integrazione tra parti che pur si riconoscono finalità convergenti stenta a decollare.

Eppure, non appearing attualmente realizzabile un doppio circuito assistenziale, sia pure con

compiti e prerogative differenziate, o un trasferimento di competenze nel settore della formazione medica, l'unica via praticabile nella generalità del territorio nazionale è quella delle Aziende Integrate, ove far convergere la normativa universitaria e quella ospedaliera che si trovano a rispondere a logiche non sempre conciliabili.

Le conflittualità esistenti si rivelano difficilmente risolvibili in assenza di regole e senza definire le premesse e le condizioni per il processo di integrazione, pur considerato da molte parti un valore aggiunto per le Aziende Sanitarie.

LE RAGIONI DEL CONFLITTO

L'ULTIMO TRENTENNIO ha prodotto il moltiplicarsi delle sedi d'insegnamento: dai pochi atenei di antica tradizione, concentrati in aree limitate del Paese, che attraevano studenti da tutto il territorio nazionale, si è passati ad una diffusione capillare delle Università e delle Facoltà di medicina che oggi contano 39 sedi attive (5 solo a Roma!), presenti in quasi tutte le Regioni, mentre la prossima apertura di altre 2 sedi è stata annunciata.

A causa della penuria di mezzi e della stessa espansione numerica delle sedi, la Università ha da tempo scelto la strada, apparentemente più agevole, dell'utilizzo delle strutture e del personale del servizio sanitario nazionale. Ma l'innesto delle Facoltà nel tessuto preesistente degli ospedali non è stato accompagnato da uno sforzo normativo che individuasse per gli ospedali sedi di insegnamento un modello gestionale che non fosse il policlinico né l'ospedale.

Le convenzioni regionali, che nelle intenzioni del legislatore avrebbero dovuto garantire la convivenza tra SSN e Facoltà mediche, hanno mostrato nella reale applicazione limiti nella difficoltà e conflittualità della mediazione tra le parti, contrassegnata da ricorsi, latenza nei rinnovi, inapplicabilità nella gestione corrente offrendo nella migliore delle ipotesi un modello di equilibrio ottenuto a prezzo di estenuanti

compromessi e spesso diseconomiche duplicazioni delle funzioni, con risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali e formativi.

La novità delle “Aziende”, poi, e la contrazione delle risorse disponibili hanno acuito il contrasto riducendo gli spazi su cui era possibile in passato effettuare le mediazioni ed imponendo metodi di lavoro ritenuti ostativi dalla Facoltà, la cui diversa e triplice missione si ritiene non possa essere condizionata da vincoli decisi a livello nazionale o regionale.

Oggi i due sistemi sono di fatto estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, con personale separato da prerogative e compiti differenti, in una condizione di concorrenzialità che rende sempre teso il rapporto e difficile la collaborazione.

Un rilevante motivo di contrapposizione tra le due aree è ancora rappresentato dalla progressiva occupazione degli spazi ospedalieri, e delle stesse carriere, attraverso l'utilizzo della didattica come grimaldello per l'accesso alla direzione di strutture assistenziali. Un processo di clinicizzazione che, superato senza ostacoli le mura, ed il concetto, dell'Ospedale di riferimento, rischia di alterare finalità, obiettivi e metodi del servizio sanitario nella amnesia della mission della stessa Università costituita da didattica e ricerca.

Infine, la previsione normativa di dover rispondere alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del SSN è sostanzialmente disattesa essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorchè occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza.

ANCHE DI FRONTE AL NUOVO SCENARIO, L'UNIVERSITÀ CONTINUA A COMPORTARSI COME VARIABILE INDIPENDENTE DEL SISTEMA.

La ricerca di un assetto unitario non può risolversi nel riassorbimento di una tipologia nell'altra. Diviene indispensabile, quindi, realizzare un nuovo modello organizzativo,

prima che giuridico-istituzionale, espressione originale della integrazione tra due ordinamenti nel quale la specificità di ciascuno è definita dall'insieme degli obiettivi della Azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza, prodotto non di una omologazione della Università al modello dell'Azienda ospedaliera o, come in realtà sta avvenendo, della subordinazione dell'Azienda all'Università, in grado di superare gli elementi di criticità più evidenti.

CRITERI E PARAMETRI DI ATTIVITÀ

IL PRIMO ELEMENTO di criticità è rappresentato dalla necessità di chiarire quanta e quale sia l'assistenza necessaria allo svolgimento ottimale delle attività di formazione del medico e ricerca clinica che, certo, non possono essere disgiunte dalla pratica medico-assistenziale.

La identificazione della tipologia e del volume delle attività assistenziali necessarie e non vicariabili per le funzioni istituzionali della Facoltà di medicina e chirurgia, è possibile attraverso l'utilizzo delle soglie operative di cui all'art. 1 comma 2 D.Lgs 517/99, in riferimento sia al livello minimo di attività professionali richiesto per la qualificazione delle strutture sia al numero di docenti e studenti impegnati nella didattica. Ciò per non consentire il proliferare di microstrutture con un indice operativo al di sotto di soglie minime di efficacia e di economicità e prive di una congrua quantità di personale universitario assegnato.

Un tale obbligo, organizzativo prima che legislativo, non può essere eluso o evaso per lasciare aperta la strada a tentativi di mantenere l'esistente e forzare l'Atto aziendale verso la mera ricognizione del dato storico o della ratifica di assetti di potere interno.

La identificazione di strutture assistenziali esterne all'Azienda di riferimento “necessarie” allo svolgimento delle attività didattiche deve rispondere a bisogni reali e non essere strumentalmente utilizzata a sostegno della clinicizzazione di UUOO ospedaliere attraverso la sottrazione a favore di personale universitario,

a ricompensa di una mancata carriera accademica, di posti apicali che la normativa assegna al SSN.

C'è bisogno di norme, e del loro rispetto, che stabiliscano, in maniera trasparente, cogente e condivisa, la quota dell'assistenza, espressa in dotazione strutturale ed articolazione organizzativa, necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca in rapporto al numero dei docenti e dei discenti. La presenza universitaria entro le strutture del SSN viene avvertita come minacciosa proprio a causa della vaghezza dei limiti, fissati, e spostati, di volta in volta in sede di convenzione regionale, costituendo una mina vagante all'interno della organizzazione delle Aziende Integrate. In assenza di una tenuta delle Regioni le Facoltà di Medicina tendono ad espandersi nella area assistenziale dei servizi sanitari con la motivazione che questi devono supportare il sistema formativo e la ricerca, sul quale però esse mantengono piena autonomia di individuazione della quantità e dei contenuti rivendicando anche un riconoscimento economico aggiuntivo delle prestazioni rese. Questa strategia, oltre a introdurre nel mondo ospedaliero una visione incoerente con gli interessi dei pazienti, porta ad inevitabile collisione non solo con i legittimi diritti dei Medici Ospedalieri ma anche con le prerogative delle Regioni in fatto di programmazione sanitaria. Essa configura di fatto la subordinazione delle necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, e la cessione di sovranità da parte delle rappresentanze elette alla Università, fermi restando per il SSR tutti gli obblighi connessi al finanziamento.

Alla fine i ruoli istituzionali vengono confusi e sovrapposti fino a praticare vere procedure di appalto di servizi sanitari ad una istituzione terza la cui mission è formare e fare ricerca.

DIDATTICA OSPEDALIERA

LA CARENZA FORSE più macroscopica del decreto legislativo n. 517/99 è nel non aver previsto una ridefinizione del ruolo del personale medico

ospedaliero nei complessi misti. Carezza ben grave ove si consideri che la stragrande maggioranza del personale che opera in tali Aziende afferisce al SSN, che la perdurante differenziazione dei ruoli operativi è la maggior causa delle conflittualità riscontrate e che all'accresciuto compito formativo nell'ambito delle specializzazioni mediche a norma UE e dei corsi di laurea delle professioni sanitarie deve concorrere tale personale, come previsto dal dlgs n. 502/1992. Di fatto l'apporto del personale del SSN appare ancora di scarsa rilevanza qualitativa risentendo verosimilmente sia della "parsimoniosa" applicazione di parte universitaria, e regionale, della normativa, sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che intenda fornire una funzione oltre che assistenziale anche didattica. Valorizzare la funzione didattica svolta dai medici ospedalieri, sia come didattica formale che come attività di tutor clinico, e la loro attività di ricerca clinica è una esigenza di sistema per orientare i nuovi professionisti verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse che rendono equo e sostenibile il Servizio Sanitario in un contesto di risorse economiche limitate. Se si vuole garantire una reale e duratura efficacia ai complessi integrati, il personale ospedaliero deve potere affiancare al compito assistenziale anche il riconoscimento di una funzione, già nei fatti esercitata, nell'ambito didattico e della ricerca, prevedendo non solo l'accesso ai fondi di ateneo di cui al D.Lgs 517/99, art. 6 comma 3, ma anche la destinazione a tali incombenze di parte del monte orario e la corresponsione di una quota retributiva dedicata da finanziare attraverso la quota d'incremento regionale del valore della produzione prevista quale riconoscimento dei costi aggiuntivi dovuti al fatto di essere l'ospedale sede di insegnamento. Onere quest'ultimo riconosciuto già dalla Legge Crispi (1890), che lo poneva a carico della Università non essendo affatto scontato, come oggi superficialmente si tende a credere, che esso

debba ricadere sui fondi della Sanità.

LA FORMAZIONE POST LAUREA E L'OSPEDALE DI INSEGNAMENTO

IL PROBLEMA DELLA FORMAZIONE medica post-laurea è particolarmente sentito all'interno della UE ove è uno dei punti principali di riferimento per la libera circolazione dei medici che deve essere sostenuta da sistemi formativi e di accreditamento che portino a standards reciprocamente accettati in modo che i pazienti abbiano realistiche aspettative di ricevere un'elevata qualità di assistenza dovunque vivono e a prescindere dall'area in cui il medico sia stato formato.

La formazione specialistica del medico, essendo un primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica, non può non coinvolgere il SSN al quale il D.Lgs. 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante regolamentato da appositi protocolli e rafforzato dalla previsione in capo al Dirigente Ospedaliero della titolarità dei corsi svolti presso una struttura del SSN.

I Medici che effettuano i loro studi in Italia devono aspettare almeno dieci anni prima che possano venir loro attribuiti incarichi di direzione di struttura o di alta specializzazione mentre quelli formati negli altri Paesi europei possono accedere agli incarichi di livello più elevato quando sono in media di cinque anni più giovani, con migliori prospettive per quanto riguarda l'esperienza e la carriera.

Vista la eccessiva lunghezza di tale percorso e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione, che in molte discipline continua a essere lontana dal garantire gli obiettivi formativi previsti dalle indicazioni della UE, appare incongruo, e inutilmente penalizzante per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere agli incarichi della dirigenza medica del SSN. L'alternativa è rappresentata dall'inserimento immediato del neolaureato nei posti vacanti del SSN, laddove è, dai vigenti contratti,

considerato come "medico in formazione", assicurandogli il percorso formativo adeguato, integrato con componenti teoriche, attraverso la sua mobilità all'interno dell'area in cui presta servizio.

Più in generale, appare urgente un forte rinnovamento dei percorsi formativi, iniziando a ragionare su un modello che non può più essere quello tradizionale delle facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico. Una discussione sui futuri luoghi della didattica medica deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica con un rapporto docente- discente diretto e capillare e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula.

Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza circoscritto, organizzando la sua presenza sia in strutture con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

Il sistema attuale, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del SSR, non serve ai soggetti in formazione che vivono una condizione professionale, sociale, economica inaccettabile, non serve ai cittadini perché la relativa ristrettezza delle strutture formative non garantisce l'acquisizione delle indispensabili competenze ed esperienze, non serve alle Regioni perché di fatto parcheggia preziose risorse professionali in circuiti formativi estranei alle esigenze del sistema.

Il raggiungimento di obiettivi formativi espressi in atti professionali, di crescente e progressiva complessità, richiesto dalle normative è ad oggi in gran parte disatteso sebbene certificato al momento degli esami finali.

“Di fatto il mandato professionalizzante – in tutta la dignità e pregnanza del termine- che la legge assegna alle scuole di specializzazione viene

sostanzialmente tradito, in uno scenario fatto di nozioni che si rincorrono tra corsi non integrati, la acquisizione delle quali viene valutata tramite esami tradizionali che, nella maggioranza dei casi, rappresentano una mera formalità” (G. Renga, 1992)

Un nuovo modello formativo deve avere come base metodologica e supporto organizzativo la Rete Formativa Regionale, che rappresenta il presupposto per la realizzazione di quell’idea di Ospedale d’Insegnamento, nucleo portante di una vera integrazione tra SSN e Università.

La sinergia tra le missioni di ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l’obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l’ospedale di insegnamento è il luogo dove essa si realizza al meglio nella indipendenza normativa ed organizzativa dei ruoli.

Oggi l’ospedale di insegnamento è una realtà legislativa negata (L. 229/99, art. 16 sexies)

ORGANO DI INDIRIZZO

RIMANE DISCUTIBILE l’esclusione della componente ospedaliera da un nuovo organo di governo delle Aziende Integrate a fronte di una partecipazione sovradimensionata della componente universitaria (sia il Preside di Facoltà che, in diverse Regioni, il Rettore fanno parte a vario titolo dell’Organo di Indirizzo). Sarebbe auspicabile che almeno uno degli esperti in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari di nomina delle Giunte Regionali fosse riconducibile alla Dirigenza Medica ospedaliera.

ASPETTI RETRIBUTIVI

LE NORME SUL PERSONALE introdotte dal D.Lgs.517/99 superano il meccanismo della equiparazione introdotto dalla Legge De Maria come criterio per determinare il trattamento economico del personale universitario.

La nuova normativa attribuisce al personale docente universitario un trattamento economico aggiuntivo a quello erogato dal MIUR quale riconoscimento non più di una equiparazione

con la retribuzione della Dirigenza Medica, ma delle prestazioni assistenziali erogate. La scelta del legislatore di una retribuzione espressione di un corrispettivo economico di due prestazioni, ritenute inscindibili tranne che per questo aspetto, ha creato nel Paese una giungla retributiva priva di ogni logica e caratteristica di equità. Inoltre, essa rischia di produrre un differenziale negativo a svantaggio dei medici ospedalieri il che finirà con indurre la rivendicazione di provvedimenti amministrativi finalizzati ad una nuova equiparazione.

LIVELLI DI GOVERNO

L’ISTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO ad attività integrata (DAI), oggetto ancora misterioso per molti aspetti, non appare sufficiente a uniformare comportamenti legati a differenti stati giuridici e differenti, per quanto legittime, ambizioni di carriera. Anzi, tale modello organizzativo rischia di configurarsi come l’ennesimo luogo di asimmetria del potere, amplificata dai PRU che affidano la nomina dei Direttori a indefiniti criteri di essenzialità didattica, assoluta da ogni valutazione di coerenza con la gestione di risorse preminentemente assistenziali e con criteri di capacità professionale ed organizzative (D.lgs 517/99, art. 4). Rimane, inoltre, tutto da verificare il rapporto con i non soppressi Dipartimenti Universitari che mantengono autonomia gestionale sulla didattica e sulla ricerca, attività sottratte di fatto al processo di integrazione.

Ruolo e composizione del Comitato di dipartimento vanno definiti identificando accanto ai componenti di diritto, una quota elettiva, e individuando gli ambiti di autonomia degli organi di direzione, delle procedure e dei percorsi decisionali interni, delle modalità della partecipazione della dirigenza medica al governo clinico.

Gli stessi criteri di nomina, e di revoca, del Direttore Generale delle Aziende Integrate, che privano il personale ospedaliero di un riferimento super partes politico-gestionale

determinando in tale figura un esistenziale conflitto di interessi, andrebbero rivisti.

FINANZIAMENTO

SUL VERSANTE DEL FINANZIAMENTO persiste la omissione di una chiara previsione di concorso della Università nelle spese malgrado essa voglia determinare obiettivi e strategie ed accampi diritti nella gestione delle risorse determinando una dissociazione tra potere e responsabilità. Il contributo dell'Università al raggiungimento del pareggio di bilancio deve essere definito in modo direttamente proporzionale ai fattori di produzione assorbiti, ai rapporti percentuali tra UU.OO. a direzione ospedaliera e universitaria o alla percentuale di DAI a direzione universitaria, visto che il Direttore di Dipartimento è responsabile della gestione unitaria e coordinata delle risorse economiche, strumentali ed umane, e quindi del raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati.

CONCLUSIONI

SPETTA ALLE REGIONI intervenire per rendere i rapporti Università-SSN meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali evitando che siano la provenienza istituzionale e l'autoreferenzialità ad orientare il processo di organizzazione e di gestione delle neonate Aziende Integrate.

L'Anaa Assomed rifiuta la teoria del "destino manifesto" per cui i medici ospedalieri sono condannati a cedere spazi e competenze all'espansionismo universitario per rifugiarsi nelle riserve di un SSN povero e per i poveri, lasciando ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione e della didattica e della assistenza nei settori ad alta specializzazione. Costruire il comune senso d'appartenenza ed il livello di integrazione necessario a superare il vissuto da "separati in casa" che caratterizza la situazione attuale è possibile attraverso la trasparenza degli obiettivi, delle strategie, della gestione, la capacità di darsi le regole e di farle rispettare per assicurare una risposta adeguata

alle attese che la società civile giustamente "pretende" dal sistema integrato formazione medica-ricerca-assistenza sanitaria.

Una comune assunzione di responsabilità di tutti gli attori interessati al futuro del sistema formativo e di quello assistenziale può permettere di individuare le soluzioni gestionali ed organizzative per uscire insieme dalle difficoltà trasformando l'occasione legislativa in opportunità di crescita, per i professionisti e per il sistema, a vantaggio della qualità delle cure erogate ai cittadini. Se non si cambia nessuno si salva. Né gli Ospedali né le Facoltà.

ORDINI E NUOVE PROFESSIONI

- LA DIPENDENZA E L'OBLIO DEGLI ORDINI
- LA RISCOPERTA DEGLI ORDINI
- IL DECLINO DELLA "DOMINANZA PROFESSIONALE". LE NUOVE SFIDE
- IL SISTEMA FORMATIVO E L'ATTO MEDICO
- LA MATRICE ETICA-DEONTOLOGICA
- LA "GOVERNANCE PROFESSIONALE". IL PROGETTO PER UN FUTURO DEGLI ORDINI
- IL NOSTRO RUOLO PER GLI ORDINI

A CURA DI
Amedeo Bianco

LA DIPENDENZA E L'OBLIO DEGLI ORDINI

LE PROBLEMATICHE relative alla vita degli Ordini Professionali sono notoriamente sottostimate nei profili strategici delle Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica, compresa la nostra Associazione. È radicata nel medico dipendente, soprattutto in quello ospedaliero, la sostanziale convinzione che il proprio vissuto professionale, dai principi etici e deontologici alle relazioni con i colleghi, con le istituzioni sanitarie e con i pazienti non abbia bisogno di altri luoghi e altre mediazioni per diventare un esaustivo sistema di valori professionali. Questa salvifica convinzione, poco contrastata quando non incoraggiata anche dalla nostra Associazione, negli scorsi decenni ha favorito la "dominanza" in queste Istituzioni di una limitata componente categoriale, quella libero professionale convenzionata, che invece negli Ordini ha cercato e trovato un forte centro di gravità capace di aggregare interessi culturali, professionali e, fino a non molti anni fa, anche sindacali. Queste asimmetrie di rappresentanza hanno, di fatto, indebolito le capacità degli Ordini Professionali di rispondere, in modo esaustivo e negli ambiti di propria competenza, ai grandi cambiamenti tecnico professionali, civili, sociali, culturali determinati dallo sviluppo della moderna medicina scientifica e

tecnologica e dei moderni sistemi di tutela della salute. A questo si aggiunge che esaltando contrapposizioni interne tra categorie e modelli competitivi non necessariamente sono in grado di selezionare al meglio le classi dirigenti. Paradossalmente la fragilità degli Ordini Provinciali e della Federazione Nazionale nel consenso dei professionisti e nell'autorevolezza verso le istituzioni contrasta con il grande potere che questi hanno in campo previdenziale ed assistenziale in quanto sono i grandi elettori (e gli eletti!) dei Consigli di Amministrazione delle Fondazioni ENPAM ed ONAOSI: il primo con un patrimonio consolidato di oltre 6,5 mld di euro, il secondo di circa 350 ml di euro. Gli interessi in gioco sono dunque corposi e per molti aspetti, in modo legittimo, vanno al di là di un mero confronto sulle dinamiche dell'esercizio professionale.

LA RISCOPERTA DEGLI ORDINI

IN TALE CONTESTO in questi anni, con maggior convinzione rispetto al passato, abbiamo cercato di portare negli Ordini quella fetta di mondo professionale, i circa 110.000 medici dipendenti (quasi la metà dei medici attivi) che si era autoescluso, in una prospettiva di pari dignità con le componenti professionali di antica dominanza. Il progetto ha vissuto nel recente passato alterne fortune, affidato alla buona volontà ed alla passione di pochi uomini espressione del mondo ospedaliero che hanno dato ed ottenuto il massimo possibile tenuto conto della bassissima *compliance* dei medici dipendenti verso gli Ordini. Questo impegno ha però posto le basi per avviare un processo di innovazione di uomini ed idee, di più equilibrate rappresentanze categoriali, in grado di dare slancio a queste asfittiche istituzioni professionali in una fase storica che ne minaccia la stessa esistenza. Sarebbe tuttavia ingeneroso e soprattutto inveritiero attribuire tutta la responsabilità storica dell'inquietante declino degli Ordini a chi ha sempre avuto tra le mani le leve del comando. Una valutazione obiettiva del fenomeno non può infatti sottostimare il peso

di poderose mutazioni strutturali della professione medica che hanno travolto anche le sorti delle sue istituzioni.

IL DECLINO DELLA COSIDDETTA “DOMINANZA PROFESSIONALE” LE NUOVE SFIDE

ORMAI TUTTI GLI ESPERTI in materia concordano nel sancire il definitivo tramonto della cosiddetta “dominanza professionale” che ha precipitato i “dottori” in una condizione di subalterità contrassegnata da una perdita di status sociale ed economico e da un processo di forte riduzione dell’autonomia e responsabilità tecnico-professionale. Altri azzardano valutazioni socio-politiche più ardite configurando addirittura un fenomeno di “proletarizzazione dei medici” in ragione di una perdita di proprietà dei mezzi di produzione passati ad un terzo pagante (i servizi sanitari pubblici e privati, le mutue, le assicurazioni.) che detta le sue regole nelle relazioni di cura. Ma, paradossalmente, questo padrone, pervasivo ed invadente, ha però reso possibile lo sviluppo della moderna medicina e del moderno medico supportando ed organizzando le grandi reti di prevenzione ed assistenza primaria, trasferendo quanto possibile delle grandi innovazioni della ricerca biotecnologica negli ospedali e nei luoghi di assistenza specialistica ma soprattutto rendendo l’intero sistema delle tutele della salute, sempre più complesso e costoso, accessibile a tutti secondo i bisogni, indipendentemente dal reddito.

Il rapporto medico-paziente che è e resta il baricentro civile, etico e tecnico-scientifico dell’esercizio professionale, va dunque inquadrato in questa nuova cornice. Il paziente, o come altrimenti si voglia definirlo, interfaccia un professionista che fatica sempre più a rendere coerente una domanda ricca di aspettative e senza limiti, con una risposta spesso condizionata, quando non razionata sul piano economico o non accessibile nella pratica clinica per ragioni etiche e/o tecnico professionali. Queste difficoltà che serpeggiano nella relazione

di cura possono sfociare in conflitti che appaiono sempre più venati da tratti giustizialisti; basti pensare al vissuto e al percepito del fenomeno *malpractice* ancor oggi largamente orientata alla ricerca giacobina dei colpevoli veri o presunti e poco interessata allo sviluppo di politiche positive di prevenzione e gestione degli errori che nei moderni sistemi sanitari trovano in larghissima parte origine in una cattiva organizzazione e gestione dei processi clinico-assistenziali.

Ma le poderose mutazioni di cui parlavamo lambiscono anche il core della moderna professione e cioè il suo impianto scientifico perché paradossalmente i bagliori della “rivoluzione biotecnologica” della medicina, figlia della razionante e razionale metodologia scientifica non illuminano aree sempre più vaste di domanda (e di offerta medica) di pratiche curative così dette alternative (o Complementari o Non Convenzionali) figlie di un'altra ragione non razionale e di una metodologia che nega quella scientifica. La medicalizzazione del disagio sociale, il mito dell’infallibilità della medicina e del medico, il sensazionalismo tecnico scientifico, le pressioni comunicative di un forte complesso industriale che insieme spingono verso il consumo di merci sanitarie, sollecitano domande, bisogni veri e presunti, aspettative alle quali la medicina e i medici spesso non sanno o non possono compiutamente rispondere.

IL SISTEMA FORMATIVO E “L’ATTO MEDICO”

A FRONTE DI UN ATTACCO al *core* della professione, il sistema formativo universitario pre e post laurea, almeno nel nostro Paese, continua a produrre laureati in Medicina e Chirurgia e specialisti bravissimi sul piano delle conoscenze tecnico scientifiche ma drammaticamente fragili ed inadeguati sul piano delle competenze tecnico professionali nel loro impatto con l’effettivo esercizio professionale. Questi elementi di crisi, con alcune ovvie distinzioni di contesto, sono comuni a tutti i

sistemi professionali dei paesi economicamente avanzati e non a caso nella nuova Europa, quella della libera circolazione delle merci e dei servizi, compresi quelli rivolti alla tutela della salute, le principali organizzazioni mediche europee stanno discutendo sulla definizione di “atto medico”.

Il Consiglio della UEMS (Unione Europea Medici Specialisti), la più autorevole tra le organizzazioni mediche europee, nell'ottobre 2005 ha proposto la seguente definizione: *“The medical act encompasses all the professional action, e.g. scientific, teaching, training and educational, clinical and medico-technical steps, performed to promote health, prevent diseases, provide diagnostic or therapeutic care to patients, individuals, groups or communities and is the responsibility of, and must always be performed by a registered medical doctor/physician or under his or her direct supervision and/or prescription”.*

Questa formulazione, così essenziale e fredda, è la spia di una necessità, quasi ontologica di definire i contenuti e i soggetti abilitati all'interno di un recinto di filo spinato che delimita i confini di un territorio professionale sempre più minacciato da altre competenze professionali emergenti e disposte ad accendere guerre di confine.

Se volessimo caratterizzare la professione medica sulla base di tale definizione, questa sarebbe poco più che un soggetto di mercato con l'esclusiva su una merce delicata, sofisticata e costosa e cioè alcune attività di tutela della salute.

LA MATRICE ETICA-DEONTOLOGICA

DALLA PALESE INSUFFICIENZA di questa visione nasce il bisogno di un moderno Ordine professionale che sul piano civile vesta quel nudo atto medico di tensioni morali, di regole deontologiche, di una spinta irresistibile all'autonomia e alla responsabilità quali garanzie per la tutela del diritto alla salute e il rispetto della dignità della persona. Sul piano tecnico scientifico l'Ordine deve farsi garante, con e per i suoi professionisti, affinché la ricerca pura ed

applicata, la formazione pre e post laurea e quella permanente, cioè le sacre fonti del sapere siano estranei ad interessi di parte. Sul piano sociale l'Ordine deve sollecitare i professionisti a considerare propri e non estranei alle ragioni del moderno esercizio professionale quelle delle compatibilità economiche, incalzando i decisori e mettendo al servizio di questi quanto nessun altro può compiutamente dare e cioè l'appropriatezza l'efficacia e la qualità e la sicurezza delle prestazioni rese.

LA “GOVERNANCE PROFESSIONALE”: IL PROGETTO PER UN FUTURO DEGLI ORDINI

IL FUTURO degli Ordini sta in questo progetto di *governance professionale* che affronta i conflitti e porta a soluzioni condivise le contraddizioni che il rapido mutare della storia continuamente propone alla scienza e coscienza di tutti. Ma la *governance professionale* è possibile se si realizzano alcune condizioni irrinunciabili o meglio, una su tutte e cioè una riforma legislativa degli Ordini orientata su quattro fondamentali obiettivi:

- a. qualificare la rappresentanza professionale attraverso una modifica delle procedure e norme elettive e di quelle relative al funzionamento ed organizzazione degli Ordini sul territorio prevedendo la costituzione delle Federazioni Regionali;
- b. rafforzare il ruolo disciplinare degli Ordini sulla base di una assoluta autonomia regolatoria del Codice Deontologico, definendo i vincoli e le autonomie delle procedure disciplinari rispetto a quelle proprie della giurisdizione civile e penale, la composizione del collegio giudicante, le tutele della difesa dell'incolpato, i gradi di appello, i livelli di sanzione disciplinare e le possibili misure sostitutive e/compensatorie;
- c. ridefinire il profilo giuridico degli Ordini quali Enti sussidiari dello Stato e delle Regioni preposti alla garanzia, verso i cittadini e le Istituzioni sanitarie, della qualità, appropriatezza, efficacia, sicurezza, indipendenza delle attività mediche,

prevedendone per tali finalità la presenza di diritto nei principali organismi di progettazione verifica e controllo della attività di promozione e tutela della salute;

- d. riconoscere un ruolo di “partnership” degli Ordini con l’Università per la condivisione, pur nel rispetto dell’autonomia dell’insegnamento, di progetti formativi pre e post laurea più attenti e puntuali sui bisogni dei professionisti. Riconoscere, infine, un ruolo di garanzia dell’efficacia ed accessibilità dei processi di formazione continua, ECM correlati. Ovviamente altre questioni vanno affrontate, perché proprie, dagli Ordini professionali tra queste la vigilanza sui nuovi profili della questione morale e dei conflitti d’interesse, la promozione e la tutela di una diversa cultura e gestione dell’errore in medicina, la gestione stragiudiziale di contenziosi medico legali, lo studio ed il costante aggiornamento del Codice Deontologico da proporre quale “manuale di buona pratica professionale”, infine la regolazione della pubblicità sanitaria e delle tariffe, emblematicamente collocate sui territori di confine che separano i grandi spazi del moderno mercato dalle striminzite terre dei vincoli deontologici.

profilano sulle potenzialità di riprogrammare i codici biologici, compresi quelli dell’inizio e fine vita. Su queste linee di frontiera si giocherà non solo il tradizionale ruolo etico e civile della nostra professione ma anche il suo moderno ruolo sociale laddove sarà chiamato a garantire l’accessibilità, l’equità e la sostenibilità di un diritto fondamentale del cittadino e della persona.

IL NOSTRO RUOLO PER GLI ORDINI

OGGI UN MESSAGGIO va dato chiaro e forte: i nostri Ordini vanno difesi ed un loro futuro non di sola sopravvivenza dipende anche da quanto e come la nostra Associazione sarà capace di alzare il tasso di attenzione e partecipazione dei medici dipendenti alla loro vita non per rivendicare una nuova dominanza ma per condividere con le altre culture categoriali le grandi sfide etiche, civili e sociali del moderno esercizio professionale. Il futuro degli Ordini sta dunque nella promozione e tutela di una professione moderna, non autoreferenziale ma aperta ai bisogni dei cittadini, alla loro domanda di aiuto nelle scelte, da quelle più semplici e quotidiane a quelle, straordinarie ed inquietanti, che si

LA PREVIDENZA DEI DIRIGENTI MEDICI: IL RIEQUILIBRIO DELLE TUTELE; LE FORME INTEGRATIVE E MAGGIORI GARANZIE PER QUELLE IN ATTO

A CURA DI

Giorgio Cavallero

Giancarlo Marinangeli

Claudio Testuzza

LA RECENTE LEGGE delega di riordino del sistema previdenziale, fra i vari temi di intervento che si propone, ha individuato un'importante questione nel futuro della previdenza complementare: la possibilità di attivare il trasferimento del trattamento di fine servizio (Tfr) ai Fondi di previdenza integrativi. In verità la condizione di essere assoggettati al Tfr, riguarda, in campo dei medici dirigenti dipendenti dalle Asl, solamente i nuovi assunti dopo il 31 dicembre 2000. I più anziani contribuiscono, assieme al loro datore di lavoro, all'indennità premio di servizio (IPS). Ma anche per costoro è possibile, optando per il Tfr, aderire ai Fondi previdenziali.

La tematica dei Fondi non è affatto nuova. Il decreto legislativo n. 124 del 21 aprile 1993, in attuazione della delega della legge 421/92, ha disciplinato le forme di previdenza per l'erogazione dei trattamenti pensionistici complementari del sistema obbligatorio pubblico, al fine di assicurare più elevati livelli di copertura previdenziale. Con l'introduzione di tale normativa e con i successivi interventi legislativi si è consolidato un sistema previdenziale basato su tre pilastri:

1. **PREVIDENZA OBBLIGATORIA,**
2. **PREVIDENZA COMPLEMENTARE,**
3. **FORME PENSIONISTICHE INDIVIDUALI**

La condizione di necessità di integrare i trattamenti obbligatori è, poi, diventata ancora più forte con l'entrata in funzione del sistema di calcolo previdenziale "contributivo", che

prevede un trattamento pensionistico nettamente inferiore a quello realizzato con il precedente sistema "retributivo". Tuttavia, specie nel pubblico impiego, nonostante le indiscusse potenzialità dello strumento dei Fondi pensione, non si è ancora avuta una sua realizzazione e percezione dell'importanza della stesso. Ci sono voluti ben quattro anni dal varo della legge di riforme previdenziale "Dini" (n. 335/95), per raggiungere l'accordo Aran/Sindacati sulla previdenza integrativa nel pubblico impiego. Ma a tutt'oggi, tranne per i dipendenti della scuola, le iniziative in questo senso languono. Il perché di questa situazione di stallo viene fatto ricadere su vari fattori: tutti importanti, ma non, a nostro avviso decisivi.

Intanto non si è dato all'investimento una garanzia di vantaggio fiscale tale da sollecitare i dipendenti a produrre versamenti nel settore. Infatti permane un'anacronistica imposizione sui rendimenti dei Fondi che impedisce, una contribuzione che possa garantire al lavoratore un rendimento minimo garantito assieme ad un possibile vantaggio sulla base della bontà degli investimenti. Nell'ambito del servizio pubblico, poi, per coloro che sono stati assunti prima del 2001, esiste la vecchia "buonuscita", (IPS per i dirigenti medici) che pur essendo costituita anche da contributi da parte del lavoratore, e non solamente del datore di lavoro, come avviene, invece, per il Ffr, mostra un appeal non indifferente essendo calcolata sugli stipendi dell'ultimo anno e assoggettata ad un trattamento fiscale vantaggioso. Ma anche l'utilizzo del Tfr, che andrebbe ad alimentare i Fondi, non appare così vantaggioso, se utilizzato a questo fine, anziché lasciato al datore di lavoro. Infatti se si considera che il Tfr costituisce il 6,91% della retribuzione e la legge prevede che sia remunerato al 75% dell'inflazione più un incremento fisso dell'1,5%, ci si accorge che, se l'inflazione è alta (indicativamente più del 6%), il dipendente incamera un interesse reale negativo, ma se invece, come è avvenuto negli ultimi anni, l'inflazione è più bassa, la rivalutazione batte

I CONTI IN TASCA

LA PENSIONE FUTURA

Dipendente 38enne con 13 anni di contributi : stipendio 26.900 euro // pensionato nel 2030

Retribuzione finale 63.000 > Pensione 40.000 = rapporto pensione/retribuzione: 60%

Dipendente 48enne con 23 anni di contributi : stipendio 32.800 euro//pensionato nel 2020

Retribuzione finale 50.700 > Pensione 36.500 = rapporto pensione/retribuzione : 72%

A parità di rendimento il capitale finale al lordo e al netto delle tasse che può essere ottenuto dal trattamento di fine rapporto (TFR) accantonato in azienda e con il versamento ad un Fondo.

(Si è ipotizzata una inflazione del 2,5%, un tasso di rivalutazione del 3%, costi come da fondo Fonchim)

	Reddito lordo: 50.000 euro // Durata versamenti: 20 anni				
	Versamenti totali	Rivalutazione	Capitale finale lordo	Prelievo fiscale	Capitale finale netto
Tfr in azienda	88.257	27.523	115.780	26.737	89.043
Tfr ai Fondi	87.816	25.718	113.534	11.855	101.679
		Differenza 12.636			

*Lavoratore dipendente 40 anni, con reddito annuo 30.000 euro, versamento 1.200 euro + Tfr **

Risparmio fiscale su singolo versamento	568
Risparmio fiscale complessivo	14.210
Montante finale	149.360
Rendita annua lorda	7.377
Imposta	493
Rendita annua netta	6.884

**regime fiscale previsto da riforma Maroni a condurre dal 1° gennaio 2008*

PREVIDENZA INTEGRATIVA

Raffronto tra PIP e FONDO NEGOZIALE

La pensione dopo trenta anni per 1.000 euro investiti:

	<i>Pip prudente</i>	<i>Fondo negoziale prudente</i>
Dove investe	Gestione assicurativa separata	30% Azionario 70% Obbligazionario
Costi	1,6 % in media	0,5 % in media
Caricamenti	8 % a scalare	No
Rendimento	4,5 % annuo	Nessuno
Garanzia di rendimento	Si : 2%	No
Coefficienti di conversione	Quasi sempre	Quasi mai
	3.716,18 euro	4.410,00 euro
	<i>Pip dinamica</i>	<i>Fondo negoziale dinamico</i>
Dove investe	70% azionario 30% obbligazioni	70%azionario 30% obbligazioni
Costi	1,7 % in media	0,5 % in media
Caricamenti	8 % a scalare	No
Rendimento annuo	7,5 %	Nessuno
Garanzia di rendimento	No	No
Coefficienti di conversione	Quasi sempre	Quasi mai
	6.422,46 euro	8.470,00 euro

l'aumento del costo della vita ed il lavoratore gode di un interesse reale positivo. Rimane da considerare che comunque l'intervento di una previdenza integrativa si farà assolutamente necessario.

La riforma previdenziale, approvata a fine luglio 2004, si indirizza fortemente verso questo fine.

Infatti la previsione legislativa, a decorrenza dal 2008, anche se non ancora allargata ai dipendenti pubblici, del silenzio/assenso nell'utilizzo del Tfr, maturando, verso i Fondi, qualora il lavoratore non richieda di rimanere nell'attuale regime, dovrebbe favorire il loro impiego nella previdenza complementare. L'attuale regime previdenziale dei medici dipendenti dalle aziende sanitarie prevede, a fronte di una contribuzione di circa il 33% della retribuzione (10% lavoratore + 23% datore di lavoro) una previdenza pubblica (Inpdap) che, da un sistema di calcolo piuttosto conveniente il retributivo, è transita, per i più giovani, ad un criterio, il contributivo, che non potrà dare trattamenti equivalenti agli attuali ma una copertura pensionistica intorno al 50/60 per cento dell'ultimo stipendio.

Per lo stesso ente è previsto un contributo misto: dipendente 2,5% - datore 3,6%, ai fini del trattamento di fine servizio IPS), mentre agli assunti dal 2001 è loro attribuito il TFR a carico dell'azienda di appartenenza.

Esiste, poi, una contribuzione obbligatoria all'Enpam, Fondo generale quota A, per la sola condizione di essere iscritti all'Albo dell'Ordine dei medici, per un trattamento pensionistico minimo al raggiungimento del 65° anno d'età.

In relazione all'attività libero professionale, comprensiva dell'attività intramoenia, il Fondo generale quota B prevede il versamento del 12,5% degli introiti finalizzato ad un incremento della pensione di base.

I medici sono inoltre obbligati ad un piccolo contributo a favore dell'ente assistenziale Onaosi.

Da questa esamina si rileva che sono attivati diversi canali di contribuzione previdenziale con evidente dispersione di economie e conseguente

modesto recupero economico previdenziale.

Parimenti la categoria, pur contando un numero elevato di iscritti e di entità contributiva, specie in sede dell'istituto previdenziale pubblico, non ha alcuna rappresentanza negli organismi gestionali del medesimo con nessuno garanzia in merito ai bilanci e agli investimenti patrimoniali.

Anche per l'ente dei medici, Enpam, la sua presenza è assolutamente marginale e poco influente.

Si ritiene che in questa delicata fase di transizione debbano essere poste le basi per un maggiore controllo dei due settori con presenze decisionali in sede dei rispettivi organi.

Appare necessario aprire un ampio dibattito intorno all'attuale dualismo contributivo (Inpdap/Enpam) con l'obiettivo di far confluire le contribuzioni in forme più redditizie e meno dispersive.

Necessita la decisione della costituzione di un Fondo di previdenza complementare della categoria con revisione dell'obbligatorietà della contribuzione Enpam (in particolare del Fondo generale quota B) con l'obiettivo di una maggiore garanzia per i medici più giovani.

OSPEDALITA' PRIVATA E SERVIZI SPECIALISTICI ACCREDITATI: PARITÀ DI DIRITTI E DI DOVERI

■ INTRODUZIONE

■ ANALISI

■ CONSIDERAZIONI

■ PARITÀ DI DIRITTI E DI DOVERI

■ ANAAO E OSPEDALITA' PRIVATA ACCREDITATA

■ CONCLUSIONI

A CURA DI

Mohammed Alkilani

Fabio Florianello

INTRODUZIONE

IL CONCETTO DI "PARITÀ" tra strutture pubbliche e private è introdotto dal D.Lgs. 502/92 che afferma il "diritto di scelta delle strutture sanitarie e dei professionisti da parte del cittadino utente".

Tale parità non è più legata al semplice convenzionamento ed autorizzazione, ma all'accreditamento, vale a dire alla presenza dei "prescritti requisiti strutturali, organizzativi e funzionali" a garanzia delle caratteristiche delle strutture e dei posti letto. Con il DPR 14/1/97 viene introdotto il concetto di "ulteriori requisiti di accreditamento", validi ai fini di una programmazione regionale. Programmazione ancor più sottolineata nel D.Lgs. 229/99 dove con gli "accordi contrattuali" si vengono a pre-determinare da parte delle Regioni le quantità di prestazioni riconosciute e remunerate dal SSN. Nella strategia complessiva delineata da tale quadro normativo assume un particolare rilievo il tentativo di riequilibrare il rapporto pubblico/privato con l'apertura di maggiori spazi all'iniziativa dei privati, riconoscendo a questi ultimi un ruolo non più soltanto integrativo e residuale, ma essenzialmente paritario (ed entro certi limiti concorrenziale) nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni. L'attuale sistema di "concorrenza amministrata" introdotto dal D.Lgs. 502/517 e definito dalle

norme del D.Lgs. 229/99 pur non privo di limiti e rigidità all'accesso dei produttori privati di prestazioni, ha comunque avuto il merito di determinare un'accresciuta offerta di servizi ed insieme assicurare la libertà di scelta del cittadino, innescando tra pubblico e privato un utile confronto concorrenziale che dovrebbe poter incidere positivamente, nell'intenzione del legislatore, sulla qualità del servizio e sui costi di produzione.

ANALISI

A. L'offerta privata accreditata.

- **STRUTTURE** sono 542 le strutture che costituiscono l'ospedale privata accreditata. Erano 531 nel 2000. Il sistema pubblico è costituito da 672 strutture (813 nel 2000);
- **POSTI LETTO ATTIVATI** sono 51.207 (46.962 di degenza ordinaria e 4.245 di Day Hospital), pari al 19,98% del totale (pubblici + privati accreditati). Nell'anno 2000 erano 53.341. I posti letto pubblici sono 205.134 (255.247 nel 2000) suddivisi in 178.600 di degenza ordinaria e 26.534 di day hospital;
- **PERSONALE** vi sono oltre 14.000 medici, divisi in 5.312 medici dipendenti e 8.931 con rapporto libero professionale continuativo. Gli Infermieri sono 18.281, i Tecnici 4.858, altro Personale 27.811 per un totale di 65.193, pari ad un rapporto unità personale/posti letto di 1,26. Nel sistema pubblico vi sono 102.989 medici dipendenti, 257.750 infermieri, 127.717 tecnici, 157.217 altro personale per un totale di 645.673, con un rapporto unità personale/posto letto di 3,15;
- **UNITÀ OPERATIVE SPECIALISTICHE** sono presenti numerose specialità, ma il numero dei posti letto è particolarmente consistente in cardiocirurgia pari a 27,1 % del totale (privato+pubblico), oculistica 33,1%, ortopedia 21,1%, chirurgia generale 20,7%, psichiatria 38,8%, neuroriabilitazione 31,1%, recupero e riabilitazione funzionale 51,3%, lungodegenza 51,9%;
- **SERVIZI PER L EMERGENZA-URGENZA**

OFFERTA SANITARIA PRIVATA ACCREDITATA

Strutture Ospedaliere 542	Ambulatori e Laboratori 7213	Strutture territoriali 355	Strutture Semiresidenti 1151	Strutture Residenti 2980
P.L. Ordinari 46962	P.L. day hospital 4245	Totale P.L. 51.207		
N.Ricoveri 1.301.912	GG. Degenza 11.815.708			
Medici Dipendenti 5312	Medici Liberi Prof. 8931	Infermieri 18.281	Tecnici 4858	Altro Pers. 27.811
Totale Personale	65.193			
Personale/p.l.	1,27			

sono scarsamente rappresentati i Dipartimenti Emergenza/Pronto Soccorso (8% sul totale delle strutture vs. il 79% del pubblico), le Terapie Intensive (7% vs. il 52%), Dialisi (7,2% vs. il 54,6), Centri Immunotrasfusionali (1% vs. 48,1%);

- **APPARECCHIATURE E TECNOLOGIA** la dotazione appare completa, mentre il rapporto apparecchiature/strutture è nettamente a favore del sistema pubblico;

B. Ricoveri.

Sono 1.301.912 pari al 10,2 % del totale contro i 11.492.976 degli ospedali pubblici.

D. Contratti e Retribuzione:

I contratti sono significativamente differenti sia dal punto di vista normativo che retributivo, soprattutto per quanto riguarda i Medici. Inoltre il regime di dipendenza riguarda il 37% delle figure mediche presenti nell'organizzazione, mentre il 63% è in regime di libera professione.

C. Qualifiche, mansioni e sviluppo di carriera

Rimane in vigore la ripartizione del DPR 128/69 con assistenti (due fasce), aiuti, aiuti dirigenti e responsabili (o primari) con un assetto fortemente gerarchico nell'affidamento di responsabilità e compiti. Evidente il divario con il sistema pubblico

D. Formazione ed aggiornamento

Sono previsti 12 giorni di assenza retribuita per corsi, convegni, ma soltanto per i dipendenti. Notevole la differenza con quanto previsto dal contratto pubblico.

E. Costo totale

Il costo dell'ospedalità privata accreditata è di circa l'8,5% del Fondo Sanitario Nazionale a fronte del 16,4 % del totale delle giornate di degenza

F. Associazioni di rappresentanza

La quasi totalità delle strutture private accreditate sono rappresentate da Aiop

OFFERTA SANITARIA PUBBLICA

Strutture Ospedaliere 672	Ambulatori e Laboratori 7235	Strutture territoriali 4624	Strutture Semiresiden. 1098	Strutture Residen. 1457
P.L. Ordinari 178.600	P.L. day hospital 26.534	Totale P.L. 205.134		
N.Ricoveri 11.492.976	GG. Degenza 66.091.995			
Medici Dipendenti 102.989	Medici Lib.Prof. ?	Infermieri 257.750	Tecnici 127.717	Altro Pers. 157.217
Totale Personale	645.673			
Personale/p.I.	3,15			

(Associazione Italiano Ospedalità Privata che aderisce a Confindustria), Aris (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari), Fondazione Don Gnocchi. Sono queste le Associazioni incaricate della Contrattazione nazionale. Per quanto riguarda le rappresentanze sindacali dei lavoratori, CGIL, CISL e UIL sono ammesse alla trattativa per il comparto, mentre per i Medici sono ammessi esclusivamente Anaa per il regime libero-professionale e Cimop per la dipendenza.

G. Programmazione Regionale e Devolution

Le modifiche introdotte dal nuovo ordinamento costituzionale, nel ridefinire le materie oggetto di legislazione esclusiva dello Stato, hanno affidato alla piena autonomia delle Regioni la potestà organizzativa sanitaria. Queste ultime non hanno ancora interamente legiferato in termini di “ulteriori requisiti per l’accreditamento” previsti dal

DPR 14/1/1997. In ogni caso, in applicazione della normativa vigente, ogni struttura privata dovrebbe essere chiamata a contrattare annualmente il volume di prestazioni da erogare, al pari di quanto avviene con l’organizzazione pubblica. Per quanto riguarda i Piani Organizzativo-Funzionali non sono per lo più richiesti alle strutture private.

CONSIDERAZIONI

Dall’analisi effettuata appare piuttosto evidente quanto l’organizzazione ospedaliera privata accreditata si sia espansa negli ultimi anni avendo raggiunto poco meno del 20% dei posti letto con oltre 10 % dei ricoveri totali. Tale dato, è doveroso sottolinearlo, rappresenta la media nazionale, con alcune Regioni che presentano una scarsa presenza di servizi privati ed altre che arrivano a superare il 28%. Alcune caratteristiche di questa espansione

appaiono altrettanto evidenti.

- Innanzitutto la scelta di un'offerta che non si colloca nei termini di una vera concorrenza (ammesso che quest'ultima sia possibile ed etica nelle organizzazioni sanitarie) ma al contrario manifesta una maggiore propensione alla scelta delle prestazioni: ne è un esempio la scarsità di offerta nell'emergenza-urgenza (anche a causa delle difficoltà normative ad ottenere tale tipologia di accreditamento) o la particolare presenza in alcune specialità. Il quadro che ne emerge è quello di un'offerta per nulla paritaria nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.
- Le apparecchiature e la tecnologia sono presenti in modo adeguato anche se in rapporto differente e ridotto rispetto al servizio pubblico.
- Per quanto riguarda il Personale, le équipe mediche ed infermieristiche sono assai meno numerose che nel pubblico, probabilmente anche per la scarsità di servizi dedicati all'emergenza-urgenza. In sintesi il rapporto Personale/posti letto è pari a 1,27 vs. il 3,15 del pubblico.
- La selezione dei medici presenta alcune differenze laddove le normative vigenti non prevedono particolari norme per l'assunzione (Gli unici requisiti sono: la laurea, specializzazione ed iscrizione all'Ordine dei Medici).
- L'aggiornamento è previsto a livello contrattuale in misura notevolmente minore rispetto al pubblico.
- Differente la retribuzione, l'organizzazione del lavoro con assetti fortemente gerarchici e qualifiche ferme al DPR 128/69 con autonomia professionale riservata contrattualmente a pochi mentre incerti appaiono gli sviluppi di carriera. Particolarmente accentuata è la presenza del regime libero-professionale medico (67%) che nella attuale organizzazione comporta i rischi di un precariato permanente.
- La contrattazione nazionale e locale dei medici si svolge fra le tre Associazioni Aiop,

Aris e Fondazione Don Gnocchi ed un unico soggetto sindacale ammesso alle trattative, diverso per il CCNL della dipendenza e l'ACNL del regime libero professionale. Per quest'ultimo il soggetto sindacale ammesso (ed unico firmatario) è ANAAO.

PARITÀ DI DIRITTI E DI DOVERI

IL TEMA DEI RAPPORTI pubblico/privato costituisce senza dubbio uno dei problemi più spinosi e meno chiari nei tentativi di razionalizzare ed ottimizzare il sistema sanitario del nostro Paese. Anche se vi è ormai una convinzione diffusa che non è possibile immaginare una sanità integralmente pubblica, come d'altra parte non si può analogamente ipotizzare una sanità interamente affidata alla iniziativa privata.

I due sistemi assistenziali devono pertanto concorrere a delinearne l'assetto dell'intero sistema secondo quanto previsto dal dettato costituzionale che mette al centro e garantisce i bisogni del cittadino, indipendentemente dal sistema di tutela prescelta, ma che d'altra parte non concepisce la libera iniziativa economica come illimitata, configurandone una finalità sociale. E la sanità rappresenta in modo incontrovertibile un settore in cui appare evidente la finalità sociale.

Inoltre, la cura della salute richiede che vengano allestite strutture preordinate allo svolgimento di attività dirette alla produzione dei servizi necessari per la erogazione di prestazioni di diagnosi e cura. Tali allestimenti possono costituire l'oggetto di imprese organizzate e la loro gestione realizzarsi secondo criteri di economicità. Ciò che non consente di considerare l'iniziativa economica privata, in campo sanitario, in contrasto al sistema pubblico, in quanto anch'essa dovrebbe contribuire a perseguire efficacemente interessi collettivi e finalità sociali. Ecco perché tale contributo non può configurarsi e realizzarsi mediante una prevalente scelta di prestazioni. Soprattutto se tale scelta dovesse indirizzarsi nella prevalente direzione di prestazioni

APPARECCHIATURE E TECNOLOGIE

Ospedali Pubblici (apparecchiature / strutture)

Ecografi	Tac	Rmn	Gruppo RX	Rx portatile	App Anestesia	Vent. Polm	Tav. Operatori	Conta Glob. Aut.	App. Emodialisi	Cam. Iperbar.
8.629	908	374	4.656	2479	7.077	12406	7.049	1.671	10.741	61
15,9	1,7	0,7	8,6	4,6	13,1	22,9	13,0	3,1	19,8	0,11

Ospedali Privati Accreditati (apparecchiature / strutture)

Ecografi	Tac	Rmn	Gruppo RX	Rx portatile	App Anestesia	Vent. Polm	Tav. Operatori	Conta Glob. Aut.	App. Emodialisi	Cam. Iperbar.
1.258	273	194	998	515	1.350	1214	1.182	513	1.079	13
1,9	0,4	0,3	1,5	0,8	2,0	1,8	1,8	0,8	1,6	0,02

contrassegnate da basso consumo di risorse, da alti contenuti remunerativi o comunque da inappropriata qualitativa.

Al contrario, il privato deve operare verso una vera integrazione concorrenziale che, a partire dalla tipologia di prestazioni, al trattamento e gestione del personale, alla contrattazione, all'organizzazione del lavoro, alle retribuzioni, al riconoscimento dei poteri di rappresentanza, possa erigersi a sistema paritario di erogazione di servizi e prestazioni e nel contempo conferisca piena dignità agli operatori sanitari quali garanti dell'offerta e delle attività effettuate.

Non sono sufficienti, pertanto, le mere e reiterate affermazioni di principio in ordine alla necessità della parità di diritti tra pubblico e privato (necessità ormai ineludibili ed irrinunciabili), ma si rende indispensabile che tali affermazioni siano accompagnate da scelte irreversibili verso quella parità di doveri, fin qui francamente assai poco messa in pratica, per non dire elusa.

In quest'ottica sarebbe assai meno arduo superare quei ritardi e furbizie (talora residuo di vecchie incrostazioni ideologiche) di numerose amministrazioni regionali che stanno

determinando un quadro di incertezza e di stallo e che non hanno consentito fino ad ora un assetto chiaro e trasparente di tutto il sistema.

ANAAO E OSPEDALITA' PRIVATA ACCREDITATA

L'INTERESSE DI ANAAO a rappresentare i medici operanti nelle strutture private accreditate nasce dalla convinzione che tali strutture sono parte integrante del SSN e di conseguenza devono partecipare ad un unico sistema di regole che stabilisca diritti e doveri dei soggetti erogatori di prestazioni. Solo in tal modo il cittadino utente ha la certezza di servizi sanitari che garantiscano livelli di qualità ed affidabilità a prescindere dalla struttura erogatrice, sia essa pubblica o privata accreditata.

Anaa Assomed è consapevole che, attraverso un corretto sistema di accreditamento, unico ed applicabile a tutte le strutture facenti parte del SSN, si possa garantire il diritto del cittadino utente ad usufruire dei servizi sanitari garantiti dalla nostra Costituzione ed è perciò che si fa parte attiva affinché si possa realizzare una pari qualità attraverso pari diritti e doveri di ogni operatore e struttura a prescindere dalla sua

appartenenza pubblica o privata.

Sono passati ormai molti anni da quando Anaa ha allargato il suo interesse ed ha abbracciato l'idea di rappresentare i medici operanti nelle strutture private accreditate quale punto di partenza per realizzare rapporti omogenei e corretti nei vari comparti del SSN.

In tal senso si inquadra l'azione della nostra associazione quando nel 1997 ha sottoscritto per la prima volta un Accordo di lavoro riguardante il settore libero-professionale dell'ospedalità privata accreditata. Purtroppo, ulteriori tentativi di essere ammessi da Aiop, Aris e Fondazione Don Gnocchi al tavolo contrattuale riguardante i Medici dipendenti hanno avuto esito negativo a fronte di una palese preferenza accordata ad altra associazione sindacale, rappresentativa di una parte soltanto dei Medici. Così come pure sono stati vani finora i reiterati tentativi di aprire il tavolo per rinnovare l'Accordo sul regime libero-professionale, a distanza di quasi un decennio. Tuttavia, Anaa non si può esimere dal continuare a perseguire l'obiettivo di rappresentanza dei medici delle strutture ospedaliere private dal momento che tali strutture rappresentano in modo inequivocabile (ed irreversibile) una realtà diffusamente presente sul territorio nazionale.

Tale obiettivo impone un'azione decisa che si esplica in una duplice direzione: da una parte una campagna di informazione che porti a conoscenza dei medici operanti nell'Ospedalità privata la volontà di Anaa a rappresentare le loro istanze. Dall'altra parte una forte iniziativa nei confronti delle associazioni datoriali rappresentate da AIOP, ARIS e Fondazione Don Gnocchi.

Senza queste azioni si rischia, oltre alla perdita degli iscritti, soprattutto il fallimento dell'azione di rappresentanza che deve essere rivolto ai Medici nel loro insieme, senza distinzioni o chiusure ideologiche nei confronti di organizzazioni e sistemi alternativi al pubblico. Da ciò deriva la necessità di individuare gli obiettivi che la nostra associazione deve porsi in

modo chiaro ed irreversibile:

- La realizzazione di una parità normativa tra strutture pubbliche e private accreditate con pari obblighi assistenziali.
- La definizione di una contrattazione collettiva che garantisca a parità di funzioni e compiti una pari dignità normativa ed un pari trattamento retributivo

CONCLUSIONI

ANAAO HA INIZIATO e deve continuare la sua opera specifica nell'ambito del sistema dell'Ospedalità Privata accreditata allo scopo di consolidare la rappresentatività sindacale nel settore quale garanzia di:

1. una reale omogeneità normativa di accreditamento tra il settore pubblico e privato, esplicitata da una parità di doveri e di diritti a garanzia dell'Utente;
2. una reale omogeneità di trattamento normativo ed economico tra medici, a parità di funzioni e carichi di lavoro;
3. una definitiva presenza Anaa alle trattative per i rinnovi contrattuali dei medici operanti nelle strutture private accreditate.

MEDICI DEL MINISTERO DELLA SALUTE: STATO GIURIDICO E CONTRATTO

- CHI SONO E COSA FANNO I MEDICI DEL MINISTERO DELLA SALUTE
- STATO GIURIDICO E CONTRATTO
- OBIETTIVI

A CURA DI

Gianluigi Scaffidi
Concetta Mirisola
Giuseppe Plutino

CHI SONO E COSA FANNO I MEDICI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

I dirigenti medici del Ministero della salute sono responsabili di settori particolarmente importanti per la salute pubblica quali:

- i controlli sugli alimenti di origine animale;
- la prevenzione delle patologie infettive e di quelle correlate all'inquinamento ambientale;
- le emergenze sanitarie nazionali (bioterrorismo, BSE, SARS, Influenza aviaria e quant'altro il futuro vorrà riservarci);
- l'attività medico legale nell'ambito di erogazione di indennizzi per danni da vaccinazioni/emotrasfusioni, ricorsi e consulenze richieste dalla Autorità giudiziaria;
- la valutazione etico-scientifica e metodologica delle domande di autorizzazione dei dispositivi medici;
- la partecipazione in rappresentanza dell'Italia a progetti di Salute Pubblica nel contesto dell'Unione Europea e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, a progetti di cooperazione internazionale verso i Paesi in via di sviluppo.

Inoltre i dirigenti medici delle sedi periferiche del Ministero della salute, situate all'interno dei maggiori porti ed aeroporti nazionali, sono impegnati in prima linea contro il rischio di importazione di malattie infettive diffuse effettuando vigilanza igienico-sanitaria su mezzi,

merci e persone in arrivo sul territorio italiano e comunitario; oltre a ciò forniscono ai viaggiatori un valido supporto di prevenzione alle malattie infettive e svolgono importanti attività medico-legale, sul personale marittimo nazionale.

Queste sono solo alcune delle funzioni svolte nell'ambito dei propri compiti istituzionali, che nei principali Paesi occidentali anche a forte impronta federalista, sono svolte da strutture sanitarie di livello Nazionale.

STATO GIURIDICO E CONTRATTO

Il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (art.18, comma 2bis e comma 8) ha previsto l'inquadramento nel livello dirigenziale del personale dipendente del Ministero della Sanità appartenente ai profili professionali di "medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo"; in applicazione del succitato art. 18 è stato emanato il DPCM n. 73 del 13 dicembre 1995, che ha inquadrato il "personale del Ministero della Sanità .. nella dirigenza del ruolo sanitario, articolato su due livelli" (I e II livello).

In applicazione del suddetto DPCM il 30 settembre 1997 è stato siglato il CCNL integrativo del CCNL del personale con qualifica dirigenziale del comparto ministeri relativo al quadriennio 1994-1997, che prevedeva l'applicazione degli istituti normo-economici del Ssn ai dirigenti sanitari sia di I livello che di II livello (medici, veterinari, chimici, farmacisti, biologi e psicologi), in servizio presso il Ministero della Salute.

Con il D.Lgs. 229/99, sono stati aboliti, nell'ambito del SSN, i due livelli della dirigenza sanitaria ed è stato istituito un unico livello della dirigenza sanitaria; questa norma, però, non è mai stata recepita dal Ministero della Salute che *ha continuato a mantenere la differenziazione dei due livelli*. A seguito del DPR 150/99, che ha istituito il RUD (ruolo Unico della Dirigenza dello Stato), il Ministero della Salute ha iscritto in tale Ruolo soltanto i dirigenti sanitari ex II livello, escludendo i dirigenti sanitari di ex I livello. Da ciò deriva il fatto che ancora oggi

non vengono attribuiti dall'Amministrazione gli incarichi dirigenziali a tali dirigenti.

Il 5 aprile 2001 è stato rinnovato il contratto della dirigenza statale, quadriennio 1998-2001, ma si è rimandata a una coda contrattuale la parte relativa alla dirigenza sanitaria.

Nel 2002 è stata varata la "legge Frattini" di riforma della dirigenza statale che, abolendo il RUD *obbligava le amministrazioni ad istituire al proprio interno, entro 90 giorni, il ruolo unico della dirigenza*, nel cui ambito potevano essere istituite apposite sezioni in modo da tutelare la professionalità dei dirigenti.

Il 23 settembre 2004 è stato sottoscritto l'accordo collettivo quadro per la definizione delle autonome aree di contrattazione della dirigenza per il quadriennio 2002/2005. Con tale accordo i dirigenti sanitari ex II livello vengono definiti "genericamente" dirigenti di II fascia e perdono così la specifica appartenenza alla "categoria sanitaria". Per i dirigenti sanitari ex I livello, non essendo stato istituito ancora il ruolo del Ministero della salute, lo stesso accordo prevede invece la definizione di "dirigenti delle professionalità sanitarie"; infatti, all'art. 5, si legge: *I dirigenti delle professionalità sanitarie del Ministero della Salute (ex I livelli) di cui all'art. 18 c. 8 del D. Lgs. 502/1992 tutti appartenenti all'area dirigenziale I, a seguito dell'istituzione presso il predetto Ministero del ruolo dei propri dirigenti ai sensi dell'art. 23 c. 1 del d.lgs. 165/2001, come modificato dalla L. 145/2002 nonché dall'art. 1 c.3 del D.P.R. 23 aprile 2004 n. 108, saranno inseriti in apposite sezioni tali da garantire la specificità tecnica dei citati dirigenti.*

Il 23 dicembre 2004, dopo una interminabile attesa durata più di 7 anni, è stato firmato il CCNL integrativo del CCNL del 5 aprile 2001 per i dirigenti delle professionalità sanitarie relativo al quadriennio 1997-2001 comunque non esaustivo per quanto attiene la retribuzione e gli incarichi come invece previsto per la dirigenza dello Stato.

In violazione a quanto previsto dalle sopra citate norme contrattuali, ai dirigenti sanitari di ex I

livello, poi denominati dirigenti del Ministero della Salute, non sono mai stati conferiti incarichi ai sensi dell'art. 19 comma 5 del D. Lgs. 29/93, che l'Amministrazione ha sempre osteggiato mediante l'adozione di atti organizzativi contrastanti (v. DM 17 maggio 2001). Ciò ha, peraltro, determinato a livello organizzativo interne notevoli anomalie e ritardi nello svolgimento della contrattazione decentrata e nella susseguente determinazione della retribuzione di posizione e di risultato. Alla luce del succitato Accordo quadro e in vista del rinnovo contrattuale per il quadriennio 2001-2005 si auspicava una rapida istituzione da parte dell'Amministrazione del suddetto ruolo della dirigenza del Ministero della salute; infatti, l'istituzione del citato ruolo, con l'inclusione della dirigenza delle professionalità sanitarie in apposite sezioni, avrebbe avuto il merito di stabilire, definitivamente, l'appartenenza di tale dirigenza alla II fascia della dirigenza dello Stato evitando il perpetuarsi degli ormai annosi equivoci anche nella definizione del contratto che andava ad aprirsi.

A questo punto occorre premettere che il Ministero della salute ha dolosamente ritardato l'iter di approvazione del ruolo della propria dirigenza in quanto a distanza di tre anni dalla entrata in vigore della "Legge Frattini" ed a fronte dei tre mesi concessi dalla stessa legge per la sua applicazione, il Ministero della salute è, incredibilmente, l'unico Dicastero ancora privo di tale provvedimento. Tutto ciò ha una spiegazione.

L'ARAN, infatti, in presenza di tale ruolo, avrebbe dovuto accorparsi nel negoziato della II fascia della dirigenza dello Stato anche i dirigenti delle professionalità sanitarie, con la conseguenza che l'Amministrazione avrebbe dovuto riconoscere a questi ultimi il conferimento degli incarichi, inclusa la titolarità degli uffici.

Tale doloso ritardo (il decreto istitutivo, dopo la firma del Ministro della salute, è ancora al vaglio delle altre amministrazioni competenti) ha

comportato la chiusura, nel gennaio scorso, del contratto dell'area I della dirigenza dello Stato che ha visto, ancora una volta, un trattamento diversificato per i dirigenti delle professionalità sanitarie (ex I livello) rispetto ai dirigenti di II fascia (amministrativi e ex II livelli sanitari) particolarmente per quanto riguarda il conferimento degli incarichi e la susseguente determinazione della retribuzione di posizione e risultato.

Malgrado tutto ciò i Medici del Ministero della Salute vengono definiti, a parole, come figure fondamentali per il funzionamento del ministero stesso, salvo poi essere utilizzati per scopi non proprio di sanità pubblica come avvenuto per le pseudo emergenze che negli ultimi anni sono state sventolate per meri scopi di visibilità del ministro di turno. In questi giorni stiamo assistendo all'ennesimo anomalo impiego dei medici cooptati per rispondere al numero verde per l'emergenza aviaria esclusivamente allo scopo di confortare i cittadini che, allarmati da una campagna di comunicazione poco lungimirante, vengono assaliti dalla sindrome "pollofobica".

OBIETTIVI

Dopo la puntuale disamina dello stato giuridico e contrattuale e, soprattutto, delle reiterate inadempienze del Ministero della salute si ritiene che:

- debba essere al più presto concluso l'iter procedurale di perfezionamento del decreto istitutivo del ruolo dei dirigenti del Ministero della Salute ai sensi del DPR 108/2004, con l'inserimento in tale ruolo di tutto il personale dirigente delle professionalità sanitarie;
- l'Amministrazione debba cessare l'omissione del recepimento di precise norme legislative e dare luogo alla piena applicazione delle norme della dirigenza Stato e del relativo CCNL Area I, con particolare riferimento all'assegnazione al suddetto personale degli incarichi da parte dei Direttori Generali
- i Medici debbano essere impiegati in maniera

adeguata nel rispetto del loro ruolo e, soprattutto, della loro dignità professionale. Qualora l'Amministrazione perseverasse negli atteggiamenti fin qui mantenuti occorrerà ricercare percorsi alternativi che prevedano per i medici uno stato giuridico e contrattuale al di fuori del ruolo ministeriale, facilitando, fra l'altro, le procedure di mobilità verso l'SSN.

FINITO DI STAMPARE
NEL MESE DI GIUGNO 2006
PRESSO LA TIPOGRAFIA
STAMPALITH
TRENTO

