

AUTUNNO BOLLENTE

A colloquio con Carlo Lusenti

↳ Ester Maragò

Sarà un autunno "bollente" per i camici bianchi del Ssn. Le misure sulla sanità contenute nella manovra economica 2009 che il Governo si appresta a varare sono da bocciare e senza appello.

Penalizzano i medici e rischiano di sottrarre ai cittadini il diritto alla qualità e alla sicurezza della cure. Per questo l'Anaa Assomed insieme alle altre sigle sindacali ha dissepellito l'ascia di guerra annunciando iniziative di protesta che culmineranno con tre giornate di sciopero a ottobre e una manifestazione nazionale a Roma.

"La manovra economica - ha spiegato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed nell'intervista che pubblichiamo in questo

numero di Dirigenza Medica - si presenta come punitiva per i medici".

Inoltre, sferra un attacco mortale al Servizio sanitario nazionale che viene ridisegnato come un sistema di assistenza "povero per i poveri". E questo, ha rimarcato il segretario nazionale "i medici non lo vogliono né per la categoria né per i cittadini".

PRIMO PIANO

DOPO LA MANOVRA. È SCIOPERO

CAMICI DI RABBIA

Per la sanità solo tagli. Ai finanziamenti, alle prestazioni, ai posti letto, alle piante organiche e al diritto al riposo. E neanche un euro per il nuovo biennio contrattuale. Ecco perché a ottobre scioperiamo.

Intervista al segretario Carlo Lusenti

alle pagine 1-3

Dottor Lusenti, il mondo medico è nuovamente sul piede di guerra. Cerchiamo di capire cosa sta succedendo ...

Abbiamo un carico di questioni irrisolte che si è creato ed è cresciuto negli ultimi anni. Mi limito a citare solo i principali problemi iscritti nell'agenda sindacale, ma l'elenco sarebbe molto più lungo: il contratto non rinnovato, la mancata rivalutazione dell'indennità di esclusività, i problemi del precariato e delle dotazioni organiche insufficienti, quelli della mancata ed ostile applicazione del contratto vigente, della sicurezza negli ospedali, i rapporti tra Ssn e Università. Tutti problemi dei quali si è abbondantemente parlato, ma che non hanno trovato soluzioni al di là delle buone intenzioni espresse dalle istituzioni.

A rendere ancora più aspro il clima c'è ora un forte attacco, di fatto ideologico, verso il pubblico impiego: i dipendenti pubblici sono diventati i nuovi monatti ai quali vengono attribuiti tutti i mali del Paese, e in questo calderone ci sono finiti anche i medici.

Come ultimo atto, in ordine di tempo, ci sono le disposizioni del Decreto 112 che aprono le porte ad una nuova serie di problemi con i quali dobbiamo fare i conti e che non possono essere lette se non come ostili ai medici. Tra l'altro il provvedimento contiene alcune questioni prive del carattere di urgenza: ad esempio, la decisione di mandare in pensione i primari con quaranta anni di anzianità poteva benissimo essere risolta successivamente,

segue in seconda pagina

IL GOVERNO CI HA PENALIZZATO

Intervista a Enrico Rossi, coordinatore degli assessori regionali alla sanità che chiede un tavolo di confronto sul finanziamento
pagina 4

PENSIONI: LE NOVITÀ IN ARRIVO

Dal 1 gennaio 2009 addio al divieto di cumulo tra pensioni d'anzianità e redditi da lavoro autonomo e dipendente
pagina 6

SE L'ITALIA VA A PEZZI

Uno speciale sul federalismo sanitario con un articolo di Domenico Iscaro e un focus sulla Lombardia alla vigilia del federalismo fiscale
alle pagine 8-13

INTERVISTA
A CARLO LUSENTI,
SEGRETARIO NAZIONALE
ANAAO-ASSOMED

PER SACCONI SIAMO "VETERO"? E IO LO SFIDO A INNOVARE IL SISTEMA

↳ segue dalla prima

magari dopo un confronto con le parti.

E non è finita qui: quando entrerà in vigore la legge sarà consentita la possibilità di svolgere turni di 15 ore continuative, con buona pace della sicurezza e della prevenzione dell'errore medico.

Più in generale, la manovra economica del Governo riduce i finanziamenti al Ssn, come lamentano le Regioni, e dunque andrà a colpire la voce di bilancio più significati-

va, ossia quella per il personale, in particolare quello medico. Sarà quindi più difficile coprire gli organici, aumenteranno ulteriormente i fenomeni di precarizzazione, peggiorando il lavoro dei medici già in attività.

Insomma, questa è una condizione insostenibile: i medici svolgono un lavoro impegnativo, sono l'asse portante dell'assistenza sanitaria di questo Paese e non possono più convivere all'infinito con un

bombardamento continuo di problemi che produce solo frustrazione e disaffezione.

Per contrastare le decisioni prese dal Governo avete presentato un forte pacchetto di iniziative di protesta. Che risposta vi aspettate, soprattutto dalla categoria?

Siamo professionisti inquadrati come dirigenti della pubblica amministrazione, quindi non possiamo ricorrere ad

azioni estreme o spettacolari come magari alcuni vorrebbero. Le nostre armi sono queste, a cominciare dal ricorso alle vie legali quando il decre-

to sarà approvato. Siamo intenzionati a sollevare le questioni di legittimità e di legalità delle norme contenute nel provvedimento. Non è possi-

C'è un modo vecchio di gestire l'azione di governo che non coglie gli elementi di modernità della categoria medica. Sacconi dovrebbe sfidarci su questo



Prima con il ministro Turco ci incontravamo molto e non concludevamo niente, adesso ci incontriamo poco ma il Governo, da solo, fa troppo

bisogno che tutti i professionisti rallentino l'attività: in una équipe basta che due medici su dieci alzino il piede dall'acceleratore e gli altri non sono più in condizione di spingere la macchina. Non sto pensando ad una sorta di guerriglia o di sabotaggio, ma mi limito a fotografare quello che sta già avvenendo nella realtà, quello che i medici fanno già da soli perché sono demotivati e si sentono messi all'angolo. Quindi, se qualcuno è intenzionato a sostenere il buon funzionamento del sistema non può far finta di non vedere: come gli insegnanti demotivati fanno una scuola pessima, i medici demotivati fanno ospedali pessimi.

Il ministro Sacconi ha bollato le azioni di protesta presentate dai sindacati come appartenenti ad una logica "vetero-sindacale". Come replica?

In generale ritengo che il termine "vetero" non debba essere letto necessariamente con un'accezione negativa, ma in questo caso mi sento di rovesciare del tutto il giudizio. C'è un modo vecchio di gestire l'azione di governo che considera le parti come una contro l'altra e non coglie gli elementi di modernità di cui la categoria medica è portatrice, ossia la capacità di identificare soluzioni comuni compatibilmente con lo scenario attuale. Sacconi dovrebbe sfidarsi su questo, utilizzando la nostra cultura e la capacità di essere un passo avanti rispetto alla società. È questa la vera modernità. Abbandoniamo quindi questa liturgia delle parti: prima con il ministro Turco ci incontravamo molto e non concludevamo niente, adesso ci incontriamo poco ma il Governo, da solo, fa troppo.

Parliamo del rinnovo del contratto. A che punto sono le trattative?

È una trattativa altalenante, che non ha una rotta precisa. Come Intersindacale abbiamo

scelto di giocare fino all'ultima mano di questa partita, anche se nell'incontro del 24 luglio c'erano tutti i presupposti per abbandonare definitivamente il tavolo. Le proposte che ci sono state presentate, infatti, sono insufficienti e inadeguate, ai limiti della provocazione.

Eppure sono convinto che se da parte dell'Aran e delle Regioni ci fosse uno spazio di ragionevolezza e buon senso si potrebbe concludere un buon contratto. Possiamo infatti chiudere il biennio economico 2006-2007 prima che i soldi già finanziati vengano portati via – perché il rischio c'è – aggiungendo alla parte economica pochi aspetti normativi che sciogliono definitivamente alcuni nodi normativi. Quindi un contratto piccolo che risolve importanti problemi. Questo potrebbe essere un segnale positivo in uno scenario negativo.

Ad aprile, prima che la trattativa si interrompesse a causa delle elezioni, avevamo condiviso con la parte pubblica due punti sostanziali, pur senza metterli nero su bianco: il rafforzamento della contrattazione integrativa aziendale e la possibilità di offrire maggiori garanzie assicurative per il rischio civile e penale correggendo le polizze, togliendo le franchigie e introducendo soluzioni più consone ai medici. Ma tutto è rimasto al palo ed anzi è stata negata anche la possibilità di introdurre attraverso un articolo con-

trattuale parte delle garanzie sui turni di riposo che la manovra ha spazzato via.

Altro punto che potevamo condividere con la controparte è quello della verifica dei dirigenti, una delle stelle polari del ministro Brunetta e uno dei nostri cavalli di battaglia, tanto che negli ultimi due contratti avevamo inserito ben otto articoli su questa materia. Anche in questo caso, le norme esistenti potevano essere ribadite adottando alcuni correttivi condivisi per renderle veramente efficienti.

Insomma, ci sarebbero le condizioni per chiudere un contratto che utilizzi i fondi già dati alle Regioni e risolva alcuni problemi. Questo contribuirebbe non tanto a rasserenare il clima, ma quantomeno a non peggiorarlo. Tuttavia nutro molte perplessità sulla capacità del governo di cogliere questa occasione. È sarà un fatto grave, anche perché presto cambieranno le regole della contrattazione e nulla sarà più come prima. Quindi o il contratto si chiude adesso o non lo si chiude più.

(E.M.)

bile, infatti, che venga abrogata una legge di recepimento di una direttiva europea o vengano introdotte norme che contravvengono ad alcuni principi costituzionali di eguaglianza di trattamento. L'altra arma che abbiamo è ridurre, nei termini possibili, la disponibilità a svolgere lavoro eccedente a quello contrattualmente dovuto. Noi medici ospedalieri riserviamo all'assistenza una quantità di tempo enormemente superio-

re ai nostri doveri, utilizzando ore che dovrebbero essere dedicate all'aggiornamento e accumulando ferie maturate e non godute oltre a milioni di ore di straordinario, quasi sempre non retribuito. Non si capisce perché dovremmo continuare a dare questo tempo ad un sistema che non riconosce il nostro ruolo, la nostra dedizione e soprattutto non si adopera in alcun modo a risolvere le questioni ancora aperte. Non c'è

Le iniziative di protesta delle organizzazioni sindacali

- il ricorso per alcune disposizioni contenute nel Dl 112/2008 alla Corte Europea, al Tar e alla Corte Costituzionale;
- la stretta osservanza dell'orario di lavoro (38 ore settimanali comprensive della formazione);
- il blocco dello straordinario ad un massimo di 250 ore l'anno come previsto dal decreto legislativo 66/2003 con eventuali denunce al Tribunale del Lavoro in caso di esubero;
- l'utilizzo delle ferie maturate nel corso dell'anno come previsto dal Contratto di lavoro;
- 3 giornate di sciopero nazionale ad ottobre con una manifestazione nazionale a Roma.

INTERVISTA A ENRICO ROSSI

Coordinatore degli assessori regionali alla sanità

“CARO TREMONTI NON CI SIAMO”

Con queste risorse è evidente che neppure le Regioni più virtuose ce la faranno. Per questo puntiamo all'intesa di ottobre per riprendere un dialogo costruttivo con il Governo che fino ad oggi ha espresso di fatto una logica dirigistica

↳ Eva Antoniotti

Assessore Rossi, parliamo subito della questione centrale. In questa Finanziaria anticipata ci sono o no tagli di finanziamento per la sanità?

Per il 2009 il Governo ha confermato gli stanziamenti già fatti dal Governo precedente, anche se mancano ancora i 434 milioni a copertura dei ticket sulla specialistica aboliti, visto che nel maxi-emendamento per questa partita ci sono solo 400 milioni. Ma negli anni successivi c'è una caduta spaventosa dell'incremento del fondo, che nel 2010 si incrementa soltanto dello 0,53 e poi ricresce ancora nel 2011 ma in misura tale da non compensare la perdita. In sostanza, negli anni di governo del centro sinistra l'incremento medio annuo è stato superiore al 3%, mentre nel prossimo triennio l'incremento medio è intorno a un punto e mezzo. Il che vuol dire che questo governo sostanzialmente dimezza l'incremento delle risorse per la sanità. Questa è la verità che tutte le Regioni denunciano, sia di centro destra che di centro sinistra.

Le Regioni, almeno quelle virtuose, riusciranno comunque a far quadrare i bilanci? Se con un incremento di poco superiore al 3% le Regioni meglio organizzate, più convinte, più efficienti sono riuscite a presentare i bilanci in pareggio, con questa riduzione, oltretutto in tempi in cui l'inflazione è addirittura superiore al 3%, è evidente che neppure le Regioni più virtuose ce la faranno. In questo senso si torna indietro rispetto anche al raffreddamento

dei costi che aveva prodotto il Patto per la salute con Padoa Schioppa e con Prodi. Per quanto quel Patto dovesse essere rafforzato, soprattutto nei confronti delle Regioni che non l'avevano rispettato come si stava cominciando a discutere, non c'è dubbio però che il tendenziale di spesa era diminuito e alcune Regioni avevano dimostrato di potercela fare. Adesso invece si rischia che riprenda a crescere un deficit che coinvolge tutti e che può dare un colpo esiziale al servizio sanitario nazionale, all'idea stessa di un servizio pubblico, producendo deficit che non sono affrontabili.

Ci auguriamo che ci sia tempo e modo prima del 31 ottobre, data in cui viene tralasciato il Patto per la Salute, che anche Tremonti abbia a ripensarci.

La manovra prevede appunto che sia siglata una nuova intesa tra Governo e Regioni entro il prossimo ottobre, ma fissa già i contenuti di questa intesa. Avete già avuto modo di discuterne con i rappresentanti del Governo?

No, assolutamente. Ce le siamo trovate scritte e abbiamo subito fatto una serie di rapidissime osservazioni, del tutto informali. Ma naturalmente nessun nostro emendamento è stato recepito.

Si ritorna, insomma, ad una logica dirigistica che era già stata sperimentata nella precedente stagione con Tremonti e che non aveva prodotto effetti, perché in sanità serve la governance, la condivisione. Io non dico

che quei tetti siano in sé sbagliati, dico che per decreto in sanità si fanno poche cose. Fissare tetti per legge, bloccare di nuovo le assunzioni significa entrare dentro una logica che non tiene, come abbiamo già visto. Piuttosto, il ministero del Welfare, quello dell'Economia, l'Agenzia sanitaria regionale e le Regioni dovrebbero insieme entrare nel merito del governo sanitario, fissando obiettivi, programmi sanitari, modalità con cui operare. Conseguire il governo economico è importante, ma deve avvenire attraverso il complessivo governo della sanità.

Speriamo che l'intesa di ottobre diventi una buona occasione per avviare questo lavoro, perché per ora non esiste più neppure un tavolo di confronto tra i Presidenti e il Governo nazionale.

Il testo della manovra economica indica alle Regioni quali strumenti usare per contenere le spese. Sono praticabili?

Difficilmente. Il taglio dei compensi ai dirigenti delle Aziende sanitarie e ospedaliere, ad esempio, è una misura demagogica, assolutamente inconsistente nei risultati, che rischia addirittura di far fuggire dal pubblico i migliori direttori generali e rischia di non farci più trovare direttori sanitari. Infatti, per ricoprire questo incarico i candidati devono avere già svolto una funzione di direzione di struttura complessa, in altre parole essere stati primari: ma se i primari guadagnano di più dei direttori sanitari, non si vede perché dovrebbero cambiare ruolo.

Tra l'altro nelle misure previste c'è anche la possibilità di ripristinare i ticket sulla popolazione esente per età o per patologia, e anche questo provvedimento disumano viene scaricato sulle Regioni.

Sono indicati anche tagli nelle piante organiche. È possibile realizzarli senza tagliare i servizi? Credo di no. Penso piuttosto che alla fine andremo a creare una nuova sacca di precariato.

In questo quadro di ristrettezze, si riusciranno a chiudere i contratti e le convenzioni mediche?

Per i medici di famiglia le risorse erano già state previste e mi auguro che si proceda rapidamente alla sigla della Convenzione, che avrebbe fatto bene il precedente Governo ad affrontare con più celerità di quanto non sia accaduto.

Per quanto riguarda il contratto della dirigenza, invece, c'è ancora un lavoro da fare e per

questo nei prossimi giorni ci sarà ancora una riunione del Comitato di settore. Le Regioni hanno accantonato le risorse per questo rinnovo, ma come sempre vale il patto che la parte eccedente alle risorse dell'inflazione programmata deve essere messa dal governo nazionale, per costruire un contratto che tenga conto degli stessi sviluppi che si sono avuti per il contratto della dipendenza e per i medici di famiglia.

 per saperne di più

COSA PREVEDE

Fondo sanitario nazionale. È scontro sulle cifre tra Governo e Regioni. Per il primo gli stanziamenti del triennio sono in linea con i precedenti. Per le Regioni, al contrario, mancano all'appello 6,5 miliardi in tre anni. Nel dettaglio, per il 2009 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale è confermato in 102.683 milioni di euro (ma, denunciano le Regioni mancano 434 milioni di euro di mancata copertura per l'eliminazione del ticket sulle ricette). Per il 2010 sono stanziati 103.945 milioni (per le Regioni 1,4 in meno del fabbisogno) e per il 2011 si arriva a 106.265 milioni (2,4 in meno secondo le Regioni).

Tagli a posti letto e personale. La manovra prevede una riduzione dello standard dei posti letto diretto a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale. Inoltre si prevede una riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale attraverso la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione in-

tegrativa di cui ai contratti nazionali di lavoro.

Nel caso in cui l'intesa Stato-Regioni non venga raggiunta, sarà lo Stato a fissare gli standard necessari per la riduzione dei ricoveri ordinari.

Ticket. Viene abolito definitivamente il ticket di 10 euro sulle ricette per visite mediche e prestazioni specialistiche. Tuttavia la copertura per il suo mancato gettito è stata fissata in 400 milioni di euro l'anno contro gli 834 stimati quale gettito complessivo di questo ticket. Starà alle Regioni trovare fondi alternativi.

Eliminate le 11 ore di riposo. Il personale sanitario del Ssn non avrà più diritto alle 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore, né al tetto massimo di 48 ore lavorative settimanali. La contrattazione collettiva, sottolinea il decreto legge approvato dal Governo, dovrà in ogni caso tener conto delle condizioni di lavoro che consentano una protezione appropriata e il pieno recupero delle energie psico-fisiche del professionista.

Contratto. La firma del contratto sarà in mano al parere della Corte

SE SI ROMPE IL PATTO PER LA SALUTE

RITORNO AL PASSATO

↳ Claudio De Vincenti*

Nell'ambito della manovra di bilancio varata dal Consiglio dei ministri del 18 giugno, alla sanità è assegnato il compito di assicurare risparmi rispetto al tendenziale che dovrebbero assommare a 2 miliardi di euro nel 2010 e a 3 miliardi nel 2011. [...] Il decreto legge si limita a disporre il taglio del finanziamento centrale messo a disposizione delle Regioni per il Servizio sanitario nazionale, ma non specifica le misure che

dovrebbero dare concretezza ai risparmi di spesa, che presumibilmente saranno contenute nella Finanziaria 2009 con relativi collegati. È comunque già possibile avanzare alcune considerazioni. [ndr. Ai risparmi sopra indicati dal professor De Vincenti vanno poi aggiunti gli oneri a carico delle Regioni pari a 434 milioni l'anno conseguenti alla sola parziale copertura (400 milioni su 834) del mancato gettito conseguente all'abolizione del ticket di 10 euro sulle ricet-

te specialistiche e diagnostiche. In tutto, quindi, la manovra per la sanità sfiorerebbe quota 6,5 miliardi nel triennio 2009/2010].

DOPO IL PATTO PER LA SALUTE

Colpisce prima di tutto il rilievo quantitativo della manovra in campo sanitario ove si tenga presente che il settore ha già dato un contributo significativo al riequilibrio dei conti pubblici nel 2007: tenendo conto del venir meno del ticket sulla specialistica inizialmente introdotto dalla Finanziaria 2007 e poi sospeso per due anni, la manovra 2007 assommava a oltre 3 miliardi di euro, più rilevante ancora è il contenimento complessivo fatto registrare dalla spesa sanitaria nel corso dell'anno, con un tasso di incremento pari allo 0,9 per cento e una riduzione del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil dal 6,85 per cento nel 2006 al 6,66 per cento nel 2007, come si evidenzia dalla tabella 4.2 della Relazione unificata del marzo scorso e tabella III 1 del Dpef appena pubblicato. Si tratta di una frenata molto significativa, rispetto al 7 per cento di incremento medio annuo registrato nel periodo 2000-2006, quando la spesa era salita di oltre un punto percentuale in rapporto al Pil. Anche incorporando nel dato 2007 il costo dei rinnovi contrattuali del biennio 2006-2007, slittato al 2008, il tasso di crescita risulterebbe comunque al 2,4 per cento. Il Documento di programmazione economico-finanziaria appena pubblicato, pur scontando un rimbalzo nel 2008 in parte dovuto agli slittamenti contrattuali, indica comunque una sostanziale stabilizzazione della spesa in rapporto al Pil tra il 6,8 e il 6,9 per cento nel triennio 2009-2011, un dato inferiore a quello dei nostri principali partner europei.

Il recupero di controllo sulla spesa è il frutto del "Patto per la salute" siglato nel settembre 2006 tra Governo e Regioni. Il

La manovra di bilancio prevede risparmi consistenti sulla sanità. E di fatto rimette in discussione il Patto per la salute e la strategia che ha consentito di recuperare il controllo sulla spesa sanitaria

Patto ha colmato il disavanzo sanitario apertosi nel periodo 2000-2006 combinando un adeguamento ex ante delle risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale e la loro stabilizzazione in quota di Pil con un insieme di misure di riduzione delle spese e soprattutto con un rafforzamento dei vincoli di bilancio regionali in termini di copertura di spese non programmate e automatismi fiscali a carico delle Regioni. Ha inoltre separato i problemi di finanziamento ordinario del sistema, da ancorare al Pil, dalla questione del finanziamento specifico dei disavanzi delle Regioni in difficoltà, cui è stato destinato un fondo transitorio triennale di sostegno condizionato all'adozione di piani di rientro cogenti. Dal punto di vista della governance del sistema, il Patto ha sancito la scelta di puntare a un "governo condiviso" Stato-Regioni del sistema sanitario. Scelta che tendeva a prefigurare un assetto in cui, a fianco dell'autonomia gestionale e della responsabilità di bilancio delle Regioni, lo Stato svolge un ruolo, essenziale per l'unitarietà del sistema, di coordinamento degli obiettivi di salute, di promozione dell'appropriatezza delle prestazioni e di rigore finanziario. [...]

RISCHI DI UN RITORNO AL PASSATO

Il decreto legge rimette di fatto in discussione il Patto prima della scadenza del triennio [...]. Ma non è solo questo il punto: il fatto è che il semplice taglio del finanziamento a disposizione delle Regioni non implica

di per sé una equivalente riduzione di spesa e di indebitamento netto. Affinché ciò accada, occorre che la manovra di taglio del finanziamento si accompagni con la specificazione di misure precise su singole voci di spesa e di entrata del Ssn che portino a risparmi equivalenti quantificabili ex ante con sufficiente certezza, a meno che non vengano avallate coperture inconsistenti. Il rischio, allora, è che l'accelerazione che va profilandosi si traduca per la fretta in provvedimenti rozzi, che penalizzerebbero la funzionalità del Ssn. Se così fosse, le misure di taglio si rivelerebbero in realtà illusorie rispetto alla effettiva soluzione dei problemi di governo della spesa, come lo furono nella prima metà degli anni 2000: il pericolo è quello di riattivare il meccanismo perverso che vedeva lo Stato lesinare il finanziamento del Ssn per poi inseguire con un anno di ritardo le dinamiche spontanee della spesa. Piuttosto che bruciare le tappe di ridefinizione del Patto, tanto più che comunque il finanziamento 2009 non viene modificato, sarebbe utile dare corpo al lavoro di elaborazione degli indicatori di costo e di performance che consentano di riprogrammare su basi condivise il finanziamento 2010-2012.

* Professore di Economia Politica presso la Facoltà di Economia dell'Università di Roma "La Sapienza"

Questo articolo è tratto da: www.lavoce.info, dove può essere letto in versione integrale

LA MANOVRA

dei Conti. Se la magistratura contabile approverà l'ipotesi di contratto, l'Aran e i sindacati potranno procedere alla firma definitiva, ma in caso di parere negativo della Corte dei Conti, le parti non potranno procedere con la firma e il presidente dell'Aran, sentito il Comitato di settore e il presidente del Consiglio dei Ministri, dovrà riaprire le trattative per la sottoscrizione di una nuova ipotesi di accordo, adeguando i costi contrattuali alle indicazioni della Corte.

L'ipotesi potrà comunque essere sottoscritta nel caso in cui la certificazione non positiva è limitata a singole clausole contrattuali, che dovranno però essere rese inefficaci.

La norma, nell'intenzione del Governo, dovrebbe portare a chiudere più tempestivamente i contratti, ma rischia di togliere spazio alle trattative sindacali.

Si prevede, inoltre, una riduzione del 10% per il 2009 dei fondi per la contrattazione integrativa, dal 2010 una riduzione del 20% delle risorse aggiuntive che confluiscono nei fondi per la contrattazione integrativa.

Pensionamento dei medici. Diventa una discrezionalità dell'Azienda e

non più un diritto soggettivo il mantenimento in servizio da 65 a 67 anni a domanda.

Inoltre l'Azienda può licenziare il dipendente al compimento del 40° anno di contribuzione pensionistica, privando l'interessato del diritto a restare in servizio.

Viceversa, non si applica ai dipendenti del Ssn la possibilità, prevista per i dipendenti dello Stato, di accedere all'esonero dal servizio nel quinquennio antecedente il conseguimento dei 40 anni di servizio negli anni 2009-2011 (con retribuzione del 50% maggiorabile al 70% in caso di attività di volontariato e con la possibilità di svolgere altra attività professionale, mantenendo la contribuzione pensionistica da far valere all'atto del pensionamento effettivo come se fosse rimasto in servizio).

È prevista inoltre l'abolizione del divieto di cumulo tra pensione e reddito di lavoro dipendente e autonomo. È un provvedimento che consente di sommare dal 1° gennaio del 2009 la pensione a qualunque attività di lavoro dipendente od autonomo senza decurtazione.

Part time. Il part time viene praticamente abolito.

LE NOVITÀ sui trattamenti pensionistici d'anzianità

DIVIETO DI CUMULO ADDIO!

Siamo finalmente arrivati all'eliminazione del divieto di cumulo fra pensioni d'anzianità e redditi da lavoro autonomo e dipendente.

Si sono dovuti attendere quindici anni dal decreto legislativo che aveva introdotto questo strano balzello, ma dal 1° gennaio 2009 grazie alle nuove disposizioni legislative approvate dal Governo Berlusconi, i trattamenti pensionistici d'anzianità saranno totalmente cumulabili sia con i redditi derivanti dal lavoro autonomo sia da quello dipendente.

Si è trattato di una liberalizzazione che va incontro soprattutto all'emersione dal lavoro in "nero" che risultava essere l'unica scappatoia da una anacronistica forma di restrizione che puniva coloro che avessero avuto la condizione e il desiderio di continuare un'attività anche dopo il pensionamento.

Le nuove norme aprono alla possibilità di cumulare anche i trattamenti pensionistici conseguiti con il sistema contributivo in via anticipata rispetto ai 65 anni per gli uomini e 60 per le donne, fermo restando che siano stati raggiunti i requisiti pensionistici introdotti dalla riforma "Maroni" così come, in seguito,

modificati dalle norme introdotte a fine 2007 con la riforma del Governo Prodi. Altra condizione importante è che la nuova disposizione si riferisce anche ai trattamenti pensionistici correlati all'iscrizione alla gestione separata dell'Inps, già propria dei co.co.co.

Inoltre, con effetto sempre dal 1° gennaio 2009 e relativamente alle pensioni liquidate con il sistema contributivo, sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente i trattamenti di vecchiaia anticipati liquidati con anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni e sono interamente cumulabili con i red-

diti da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia liquidate a soggetti con età pari o superiore a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne.

La misura del decreto, come da noi anche ultimamente auspicato, ha valore retroattivo relativamente alle figure dei pensionati. Libera, pertanto anche coloro i quali sono andati o andranno in pensione prima del 1° gennaio 2009.

Ma il divieto, anche se parziale fino all'importo del 30 per cento del trattamento pensionistico, permane per i redditi conseguiti sino a quella data. Per cui chi si trovasse nella condizione di essere soggetto, attualmente, al divieto di

cumulo dovrà comunque provvedere agli adempimenti previsti per tale limitazione in relazione ai redditi degli anni 2007 e successivamente a quelli del 2008.

Il termine del 1° gennaio 2009 si riferisce, infatti, alla venuta meno del divieto per i redditi conseguiti da quella data e non per il passato. Verosimilmente questa condizione serve a preservare i bilanci di previsione degli enti previdenziali che si sarebbero trovati un ammanco, intorno ai 220 milioni di euro solamente per l'Inps, e che difficilmente avrebbero saputo come colmare questo vuoto improvviso.

Una pecca del decreto riguarda la sua non estensione alle pensioni di invalidità e a quelle di reversibilità. L'esclusione delle pensioni ai superstiti, per i quali la normativa attuale parla di divieto di cumulo tra pensione e altri redditi,

non solo da lavoro, è dovuta, verosimilmente, alla presunta onerosità che avrebbe avuto la misura essendo la platea dei titolari di reversibilità, a detta dell'Inps, di circa quattro milioni e mezzo. Ma resta che la riduzione prodotta ai trattamenti di reversibilità continuerà a rappresentare una grave condizione soprattutto per quei nuclei familiari dove entrambi i coniugi lavorano ovvero abbiano lavorato. Infatti, a determinare il reddito che porta a ridurre l'importo della pensione del titolare deceduto, già peraltro ridotta nella reversibilità al 60 per cento di quella originaria, rientra anche l'eventuale trattamento pensionistico in godimento del coniuge sopravvissuto costituito con versamenti propri ed obbligatori!

Ci auguriamo che in futuro possa essere eliminata anche questa particolarmente vessatoria limitazione.

↳ Claudio Testuzza

I trattamenti ai superstiti: cumulo delle pensioni con i redditi del beneficiario

Ammontare dei redditi	Percentuali di riduzione
Reddito superiore a 3 volte il trattamento minimo annuo del Fondo pensioni Inps lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio (da 17.281,69 a 23.042,74 euro)	25% della pensione
Reddito superiore a 4 volte il trattamento minimo annuo del Fondo pensioni Inps lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio (da 23.042,25 a 28.802,80 euro)	40% della pensione
Reddito superiore a 5 volte il trattamento minimo annuo del Fondo pensioni Inps lavoratori dipendenti, calcolato in misura pari a 13 volte l'importo mensile in vigore al 1° gennaio (oltre 28.802,81 euro)	50% della pensione

L'importo del trattamento minimo annuo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, preso a riferimento, per il 2008 di euro 5.760,56

Le nuove norme aprono alla possibilità di cumulare anche i trattamenti pensionistici conseguiti con il sistema contributivo in via anticipata rispetto ai 65 anni per gli uomini e 60 per le donne fermo, restando che siano stati raggiunti i requisiti pensionistici introdotti dalla riforma "Maroni" così come, in seguito, modificati dalle norme introdotte a fine 2007 con la riforma del Governo Prodi

CONFERENZA ORGANIZZATIVA ANAAO ASSOMED, Fiuggi 11-12 giugno 2008

PIÙ VALORE AL NOSTRO LAVORO

È fitta l'agenda dei temi trattati dai circa 250 quadri dirigenziali dell'Anaa Assomed riuniti al Palaterme di Fiuggi per l'annuale conferenza organizzativa. Le questioni nodali sul tappeto sono, infatti, numerose. Prima fra tutte quella del rinnovo contrattuale. Una partita tutta da giocare anche perché in ballo ci sono la rivalutazione dell'indennità di esclusiva e i problemi legati al precariato. Ma non mancano anche altre questioni sulle quali i medici devono prendere posizioni precise, come quella sull'accorpamento del Ministero e sul rapporto Ssn Università

IL DOCUMENTO FINALE

La Conferenza Organizzativa dell'Anaa Assomed tenuta a Fiuggi l'11 e il 12 giugno 2008, udita la relazione del Segretario nazionale, condivide l'analisi del quadro professionale e politico esposta. La Conferenza Organizzativa ribadisce il giudizio negativo dell'Associazione a proposito della soppressione del Ministero della Salute, una scelta politica che priva il sistema sanitario di un organismo baricentro rispetto al finanziamento ed alla salvaguardia di criteri di uniformità assistenziale che rendono il diritto alla salute agibile quale diritto di cittadinanza a prescindere dalla residenza. La Conferenza Organizzativa registra con preoccupazione il vuoto contrattuale ed il peggioramento delle condizioni del lavoro del Medico Dirigente e dei suoi livelli retributivi, falcidiati da manovre fiscali e trend inflativo. Ciò alimenta un senso diffuso di insoddisfazione, diffidenza, frustrazione, disaffezione e rabbia della categoria.

La Conferenza Organizzativa prende atto dell'esistenza di un clima interno agli ospedali che rende più difficile sostenere motivazioni e senso di appartenenza determinando comportamenti difensivi e antagonisti che rischiano di

isolare la categoria dal suo retroterra sociale.

La Conferenza Organizzativa individua in tre ordini di fattori le cause determinanti di tale clima.

La "questione economica" è diventata essenziale dopo che si è esaurita la spinta propulsiva creata dall'iniezione nelle retribuzioni dei medici ospedalieri del monte economico relativo all'indennità di esclusività.

In un contesto, per di più, caratterizzato da aumento della quantità e della complessità del lavoro prodotto con accresciuti livelli di responsabilità anche sotto il profilo medico-legale.

Appare necessario porre rimedio ad una condizione di subalternità economica, anche nei confronti di altre categorie professionali, a partire dalla rivalutazione dell'indennità di esclusività, promessa non mantenuta dal precedente Governo, per finire al diritto alla giusta mercede in relazione alla quantità di orario-lavoro prestato.

Il secondo motivo di crisi è individuato nelle condizioni di lavoro che segnano un intollerabile peggioramento nel quale le tensioni sull'orario contrattuale si accompagnano ad una costante prevaricazione e sopraffazione di valori e competenze profes-

sionali da parte dei direttori generali.

L'orario di lavoro è diventato una melassa indistinta all'interno della quale è necessario intervenire per riaffermare, a partire dal contratto, la separazione netta tra debito orario contrattuale, ribadito uguale a 38 ore, e quantità di orario eventualmente richiesto o comunque prestato. Anche per assicurare l'equilibrio tra impegno e remunerazione previsto dal Codice deontologico.

All'interno delle condizioni di lavoro un aspetto importante è costituito dal capitolo della sicurezza delle cure riguardanti contemporaneamente medici e pazienti.

In tale contesto la Conferenza Organizzativa ribadisce la validità del D. lgs 66/2003 sull'orario di lavoro, la cui applicazione va rivendicata con forza in tutte le realtà anche contrastando, attraverso un ricorso alla Corte Ue, la deroga introdotta con un colpo di mano dalla Finanziaria 2008. A tale riguardo la Conferenza Organizzativa chiede anche che le Aziende assicurino una tutela completa nei confronti delle responsabilità patrimoniali e civilistiche delle attività professionali in tutte le sue forme.

Il terzo aspetto riguarda la progressiva sottrazione di valore sociale ed economico al

lavoro del Medico Dirigente che sta conducendo ad una perdita di dignità della professione, particolarmente accentuata in alcune aree del Paese. La perdita di ruolo sociale sta diventando la pre-condizione per giustificare una riduzione della categoria a mero elemento esecutivo tenuto ai margini dei processi decisionali, puro esecutore di ordini pronto ad essere additato alla pubblica opinione come responsabile unico dei mali del sistema.

L'ingerenza della politica e la pervasività capillare dei partiti nella sanità compromette la credibilità del rapporto fiduciario medico-paziente ed espone la stessa carriera dei Dirigenti Medici all'incertezza delle procedure ed alle invasioni barbariche delle lobbies sottraendola alla competenza ed al merito.

La Conferenza Organizzativa individua un ulteriore problema aperto per la categoria nel rapporto tra Ssn-Facoltà di Medicina, anch'esso non avviato a soluzione dal Governo Prodi.

Il percorso formativo medico post laurea oggi appare lungo, inefficiente e costoso per cui diventa ineludibile l'individuazione di nuovi luoghi della didattica medica, nuovi contenitori in cui sia realizzato il ruolo didattico dei medici del

Ssn accompagnato dal necessario riconoscimento normativo ed economico. La Conferenza Organizzativa si dichiara consapevole del cambiamento del contesto politico che rischia di avviare una destrutturazione strisciante del sistema di tutela della salute, e del ruolo dei medici ospedalieri che sempre lo hanno difeso, ed una riforma del sistema contrattuale che mira ad indebolire il ruolo del sindacato, piuttosto che assicurare una riscrittura contrattuale che garantisca univocità di interpretazione certezza delle sue applicazioni decentrate.

La Conferenza Organizzativa auspica che gli organismi dirigenti si adoperino, con le modalità ritenute più opportune, a dare risposte alla crescente domanda dei Dirigenti Medici di condizioni di lavoro all'altezza, organizzativa ed economica, del ruolo svolto da chi è chiamato a tutelare, pur nelle condizioni rese difficili dalla scarsità delle risorse economiche, il bene salute costituzionalmente garantito.

La "questione economica" è diventata essenziale dopo che si è esaurita la spinta propulsiva creata dall'iniezione nelle retribuzioni dei medici ospedalieri del monte economico relativo all'indennità di esclusività

Nel 30° anniversario della nascita del Ssn, nei cui valori l'Anaa Assomed continua a riconoscersi, la Conferenza Organizzativa fa appello all'orgoglio degli iscritti per un rinnovato impegno a difesa delle ragioni dello stare insieme, per un sindacato più forte e più moderno, elemento insostituibile per la difesa dei loro legittimi interessi e dei cittadini che ad essi affidano la propria salute.

Federalismo al bivio

SE L'ITALIA VA A
PEZZI

↳ Domenico Iscaro - Presidente Anaa Assomed

PRINCIPI DELLE FONTI LEGISLATIVE

Il federalismo è un ampio processo di conferimento di funzioni amministrative e legislative dallo Stato agli Enti Locali per riconoscere alle Regioni tutte le competenze loro assegnate dalla Costituzione. A partire dagli anni 1997/1998 viene progressivamente attribuita alle Regioni ed agli Enti locali la totalità delle funzioni amministrative e legislative, con l'eccezione di quelle espressamente riservate allo Stato, elencate nella legge n. 59/1997 "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa", con le quali la competenza regionale diviene la norma, quella statale l'eccezione. Questo profondo trasferimento di poteri è stato nello stesso tempo sostenuto da provvedimenti legislativi atti ad attribuire agli enti decentrati risorse fiscali autonome destinate a finanziare le loro nuove funzioni. In questo senso opera il D.lgs 56/2000 con il quale si istituiscono una aliquota regionale Irpef (tra 0,9-1,4%), una nuova compartecipazione regionale sull'Iva (25,7% del gettito) ed una aliquota regionale di compartecipazione all'accisa

sulla benzina (250 lire/l). Con lo stesso decreto si istituisce un meccanismo di perequazione orizzontale in base alla capacità fiscale.

È con la riforma del titolo V della Costituzione che questo trasferimento di funzioni verso gli organi periferici viene completato. Due in particolare sono gli articoli della nuova Costituzione che intervengono direttamente nella definizione del nuovo assetto istituzionale di tipo federale. L'articolo 114, che stabilisce un nuovo criterio di equiordinazione delle istituzioni dello Stato e l'articolo 118 in cui viene ripreso il principio europeo, sancito dal trattato di Maastrich, di sussidiarietà.

L'articolo 114 afferma che "La Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato e che i Comuni, le Province, le Città metropolitane, le Regioni sono enti autonomi con propri statuti poteri e funzioni".

Viene in tal modo disegnato un nuovo impianto istituzionale ad orientamento orizzontale, non più verticale, nel quale i soggetti hanno pari dignità e peso (equiordinazione) che incide direttamente sulla forma Stato "che ormai è quella di un ordinamento strutturalmente policentrico,

La scelta di un modello federale rispetto ad un altro non è una scelta neutrale, perché un conto è partire dalla valutazione dei costi delle funzioni attribuite e dalla stima delle risorse per farvi fronte ed un altro è la semplice rivendicazione di quote di risorse da attribuire in base alla ricchezza del territorio, indipendentemente dai bisogni di soddisfare

basato su un forte pluralismo istituzionale tra soggetti dotati di eguale dignità costituzionale, tutti componenti essenziali della Repubblica" (Bassanini).

L'articolo 118 afferma che: "Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. I Comuni, le Province e le Città metropolitane devolvono i titolari di funzioni amministrative proprie" e sono chiamata a favorire "l'autonomia iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà". Il principio di sussidiarietà, fondamento indispensabile del Federalismo,

stabilisce che i compiti di gestione amministrativa della cosa pubblica devono essere affidati alle strutture più vicine al cittadino lasciando alle strutture amministrative sovraordinate soltanto quelle funzioni che, per loro natura, non possono essere svolte localmente, secondo una scala che inizia dai Comuni e, attraverso le Province, le Regioni arriva allo Stato.

Il principio di sussidiarietà è inteso in una duplice dimensione, verticale e orizzontale. La sussidiarietà verticale consiste nel fare svolgere all'ente gerarchicamente inferiore, quello più prossimo al cittadino e quindi più vicino ai bisogni del territorio, tutte le funzioni e i compiti di

cui esso è capace, lasciando all'ente sovraordinato la possibilità di intervenire con potere di sostituzione o integrazione, laddove le risorse e le capacità dell'ente sottordinato non consentano di raggiungere pienamente e con efficacia ed efficienza l'effettuazione di un servizio. La sussidiarietà orizzontale (espressamente indicata nell'art. 118 comma 4) si ha quando attività proprie dei pubblici poteri vengono svolte da soggetti privati o comunque esterni alla Pubblica Amministrazione su suo mandato, stipulando in questo caso, un rapporto di tipo convenzionale che regola le relazioni tra il soggetto privato che eroga il servizio e la

3) viene riproposta la funzione dello Stato centrale come garante del principio di equità di tutti i cittadini nell'esigibilità di un diritto costituzionalmente garantito (si pensi alla salute o all'istruzione). Infatti, si afferma che "La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione per i territori con minore capacità fiscale per abitante" con l'obiettivo di compensare le differenze di ricchezza della varie regioni e che potrebbe creare un sistema a doppia velocità.

sti di natura politica verificatisi in questi anni e le differenti interpretazioni di dottrina costituzionale, nell'applicazione del federalismo in sanità, si sono affermati principalmente due modelli attuativi ed una posizione istituzionale di grande rilevanza sostenuta dalla Conferenza delle Regioni, che mettono in evidenza un servizio sanitario regionale fortemente diversificato nei modi di organizzazione e regolazione dell'offerta e nella combinazione dei fattori produttivi.

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nel documento sull'attua-

dall'art. 119 Costituzione (tributi, entrate proprie e forme di compartecipazione) devono consentire alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni loro attribuite, come espressamente previsto dal comma 4 dell'art. 119 Costituzione. In particolare, tali fonti "devono assicurare la copertura al 100% delle spese, della spesa sanitaria, necessaria ad assicurare i livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Infine si ribadisce la necessità che il fondo di pe-

essere garantiti su tutto il territorio nazionale e che la loro copertura deve essere totale. Si ribadisce la necessità della istituzione del fondo perequativo per assicurare integralmente in finanziamento dei Lea e per ridurre le differenze esistenti circa le capacità fiscali procapite presenti sul territorio nazionale. Si propone quindi un Patto di legislatura concentrato sugli accordi già stipulati (Patto della Salute) per la piena attuazione del federalismo fiscale.

Modello lombardo. Il cosiddetto modello Lombardo nasce dall'approvazione della Legge Regionale 31/1997 e dalla sua attuazione nel corso degli anni e si contraddistingue per alcune caratteristiche peculiari:

A) Una partnership pubblico-privato che prevede l'accreditamento di tutte le strutture private, compreso il terzo settore e privato sociale (non profit, imprese sociali non profit) e la formazione di una rete di erogatori istituzionali pubblici. L'equiparazione tra pubblico e privato è estesa anche alle prestazioni ambulatoriali ed i cittadini sono liberi di rivolgersi senza vincoli a qualsiasi erogatore in base al solo grado di soddisfazione atteso.

B) Trasformazione dei grandi Ospedali pubblici in Azienda o Fondazioni, che possono essere aperte anche al privato, e abbandono da parte delle Asl della gestione diretta dei servizi sanitari, con l'intento di realizzare la netta separazione tra chi eroga le prestazioni e chi le acquista (le Asl). Le Asl possono diventare soggetti di diritto privato con il ruolo di agenzia al servizio dei cit-

Pubblica Amministrazione. Se i due articoli precedenti disegnano la nuova architettura istituzionale dello Stato federale, l'**articolo 119** indica le risorse finanziarie destinate a supportare il nuovo stato federale: "I Comuni, le Province, le Città metropolitane, le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa, hanno risorse autonome, stabiliscono ed applicano tributi ed entrate proprie, dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibili al loro territorio".

Le Regioni quindi acquisiscono totale autonomia finanziaria, rispetto a prima, quando era lo Stato ad "attribuire" e quindi determinare la tipologia delle imposte regionali, e possono definire (stabiliscono) propri sistemi di finanziamento con il solo obbligo che essi devono essere coerenti con i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Le risorse derivanti dai tributi applicati devono in ogni caso "finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite", senza nessun altro intervento economico da parte dello Stato. Nello stesso articolo (comma

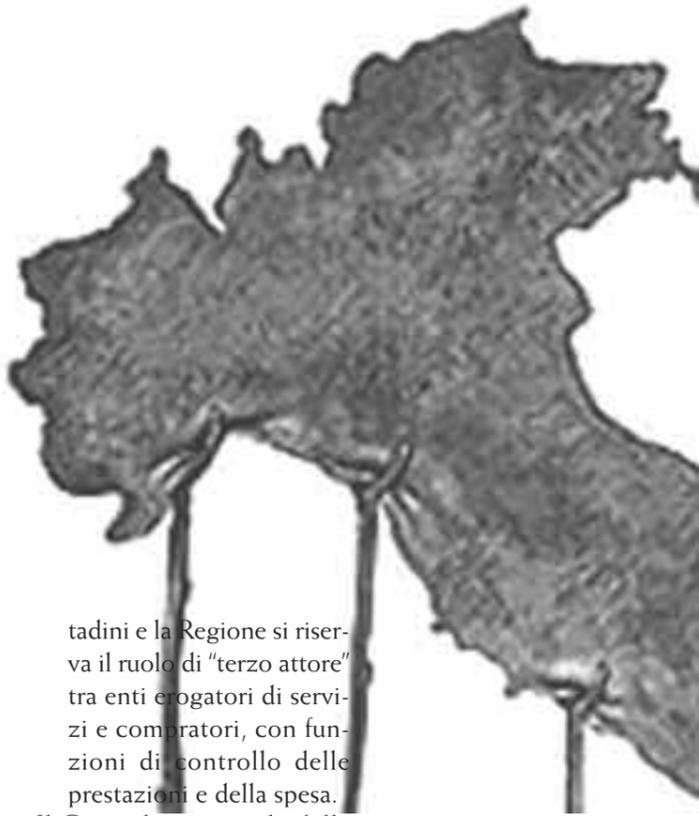
PRINCIPALI MODELLI DI FEDERALISMO SANITARIO

In questo nuovo contesto istituzionale, senza prendere in considerazione tutti gli aspri contra-

zione dell'art. 119 della Costituzione, approvato il 31 luglio 2005, sostiene che le fonti di finanziamento previste

requazione, attribuito allo Stato "deve prevedere meccanismi tesi a garantire effettivamente i principi di solidarietà e coesione previsti dalla Costituzione e dovrà ridurre in modo adeguato le differenze tra territori con diversa capacità fiscale per abitante". Le stesse posizioni sono state riaffermate nel documento politico programmatico per l'avvio della XVI legislatura (15 giugno 2008) nel quale si sostiene che i Livelli essenziali di assistenza (Lea) devono

La questione del federalismo sanitario in estrema sintesi è riconducibile a due posizioni che si confrontano e nessuna soluzione sembra quella capace di coniugare con completa soddisfazione la maggiore equità del sistema con la scarsità delle risorse disponibili



tadini e la Regione si riserva il ruolo di "terzo attore" tra enti erogatori di servizi e comparatori, con funzioni di controllo delle prestazioni e della spesa.

Il Consiglio regionale della Lombardia ha approvato il 19 Giugno 2007 la legge sul federalismo fiscale, proposta al Parlamento ed attualmente sostenuta dalla Lega, che prevede il diritto della Regione a trattenere l'80% dell'Iva, il 15% dell'Irpef statale e l'intero gettito delle accise sulla benzina, dell'imposta sui tabacchi e quella sui giochi, che per la sola Regione Lombardia è quantificabile in un "pacchetto" di risorse aggiuntive, per quanto riguarda la sola Iva ed Irpef, di quasi 15 miliardi di euro. Il fondo perequativo previsto dall'art. 119 della costituzione deve essere a carattere orizzontale, interregionale, alimentato con quote di tributi propri e delle partecipazioni delle regioni con maggiore capacità fiscale per abitante e la ripartizione del fondo non può ridurre più del 50% delle differenze per capacità fiscale per abitante delle Regioni con minore risorse. Il meccanismo di perequazione che secondo la Costituzione dovrebbe ristabilire equità di diritti e di trattamento per tutti i cittadini al là della loro residenza è destinato in questo caso a ridurre e non annullare, le differenze di ricchezza tra le varie Regioni. Questo meccanismo è stato respinto dalla Conferenza delle Regioni, che lo ha giudicato come una forma di "carità" delle Regioni ricche alle Regioni povere, mentre è soste-

nuto dalla Lega che ritiene che esso al contrario "rappresenti il giusto equilibrio tra solidarietà ed efficienza, premiando i comportamenti virtuosi e le Regioni con minore evasione fiscale".

Modello toscano. L'elemento che principalmente caratterizza il sistema sanitario della Regione Toscana è costituito dall'introduzione delle "Società della salute" a cui è affidato il compito di rinnovare integralmente la medicina territoriale e che diventano responsabili della individuazione dei bisogni di salute. Esse hanno la forma giuridica del consorzio con la partecipazione di due azionisti, le Asl con una maggioranza intorno all'80% ed i Comuni con una quota del 20%, ma non è esclusa la partecipazione dei medici di base e delle organizzazioni non profit. Le società della salute rappresentano un modello di imprenditorialità locale fondato sulla certezza del finanziamento e dotato di piena autonomia decisionale. L'intento è quello di garantire alla medicina territoriale una più ampia rappresentanza, valorizzando la comunità locale e rendendo più partecipata la gestione della medicina di primo livello. Con Asl e Comuni non più in competizione tra loro, anzi chiamati allo stesso tavo-

lo, sarà favorita l'integrazione socio-sanitaria e sarà possibile formulare una nuova rete dei servizi extraospedalieri a cominciare dalla assistenza domiciliare e dagli ambulatori specialistici. I presidi ospedalieri rimangono alle Asl, ma con l'obbligo di stipulare con le Società della Salute un piano di coordinamento. Ruolo della Regione è di guidare una programmazione su larga scala in modo da orientare la domanda verso le prestazioni ritenute essenziali ed appropriate.

CONCLUSIONI

Intorno a questi modelli si è sviluppato un ricco dibattito con un corredo di analisi dei costi e delle performance spesso contrastanti, a sostegno delle tesi favorevoli all'uno o all'altro modello, secondo gli schieramenti politici. La scelta di un modello federale rispetto ad un altro non è una scelta neutrale, perché un conto è partire dalla valutazione dei costi delle funzioni attribuite e dalla stima delle risorse per farvi fronte ed un altro è la semplice rivendicazione di quote di risorse da attribuire in base alla ricchezza del territorio, indipendentemente dai bisogni di soddisfare. Da una parte quindi la posizione delle Regioni che chiedono risorse economiche idonee a finanziare integralmente i Lea, come previsto dalla Costituzione, affidando ancora una volta ai piani di programmazione sanitaria regionale il compito di contenere la spesa, e dall'altro la Regione Lombardia e la Lega che chiedono che cospicue quote del reddito prodotte dalle singole Regioni restino sul territorio di origine a soddisfare i bisogni dei cittadini che quel reddito hanno prodotto e che propongono un modello di "sussidiarietà orizzontale" senza alcuna preoccupazione dell'equilibrio dei rapporti tra autonomia dei privati e titolarità della funzione pubblica, in cui la Regione si ritaglia il ruolo di

terzo pagante in un mercato di prestazioni fondato sulla libera concorrenza tra pubblico e privato.

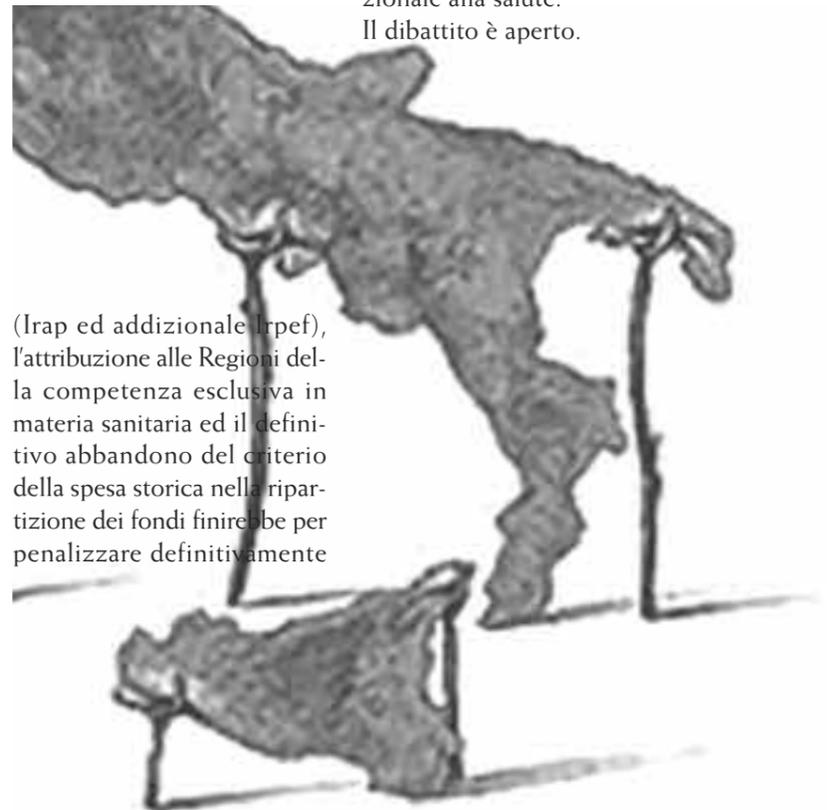
Da una parte ancora le Regioni che sostengono un sistema di perequazione che gestito dallo Stato, sani le differenze di gettito fiscale esistenti tra Regioni ricche e Regioni povere e dall'altro la proposta di Legge del Consiglio regionale lombardo che propone un meccanismo perequativo calibrato per ridurre e non annullare completamente le differenze di capacità fiscale delle singole regioni, con il rischio da tutti prospettato, che la forbice tra Regioni ricche e Regioni povere si allarghi ulteriormente.

Poiché il fabbisogno sanitario delle Regioni del Mezzogiorno viene prevalentemente coperto con quote di tributi erariali e trasferimenti aggiuntivi a carico del bilancio dello stato (Fsn, compartecipazioni all'Iva e all'accisa sulla benzina ed ulteriori integrazioni) e il fabbisogno sanitario del Centro Nord è fondamentalmente soddisfatto dal gettito delle entrate tributarie proprie

le Regioni con minore capacità fiscale. Quest'ultime per fronteggiare gli inevitabili disavanzi sanitari si vedrebbero costrette a tagliare le prestazioni mettendo a repentaglio l'assicurazione dei livelli essenziali di assistenza.

La questione del federalismo sanitario in estrema sintesi è riconducibile a due posizioni che si confrontano e nessuna soluzione sembra quella capace di coniugare con completa soddisfazione la maggiore equità del sistema con la scarsità delle risorse disponibili. Da una parte la dimensione di crescita della spesa sanitaria, che negli ultimi cinque anni è passata da 80 miliardi di euro a 104 miliardi di euro (dal 6 al 7% del Pil), dimostra come le misure di contenimento basate su politiche di spesa concordate tra i diversi livelli di governo è inefficace, dall'altra la riforma federalista della sanità, pur sostenuta dal forte principio di avvicinare i centri decisionali ai cittadini, rischia di ampliare le differenze territoriali nella quantità e qualità delle prestazioni, mettendo a serio rischio il diritto costituzionale alla salute. Il dibattito è aperto.

Il definitivo abbandono del criterio della spesa storica nella ripartizione dei fondi finirebbe per penalizzare definitivamente le Regioni con minore capacità fiscale



(Irap ed addizionale Irpef), l'attribuzione alle Regioni della competenza esclusiva in materia sanitaria ed il definitivo abbandono del criterio della spesa storica nella ripartizione dei fondi finirebbe per penalizzare definitivamente

Forum Federalismo: il caso Lombardia

IL “MODELLO LOMBARDO”? UN FALLIMENTO... PER IL PUBBLICO

Il sistema sanitario italiano veste i panni d'arlecchino. E l'articolo pubblicato nelle pagine precedenti, a firma del presidente Anaao Assomed Domenico Iscaro, ci offre una fotografia dettagliata dello scenario esistente. Ogni Regione, di fatto, segue strade diverse, vuoi per offrire risposte appropriate alle esigenze di ogni territorio, vuoi per la differente impostazione politica dei Governi locali. Dirigenza Medica in questi anni ha dedicato spazio alle Regioni italiane proprio per mettere in luce elementi specifici, in positivo o in negativo, di ogni sistema sanitario locale. Ora inizierà un nuovo ciclo di approfondimenti: si cercherà di comprendere come la differente gestione della sanità impatti nella vita

delle Aziende sanitarie.

Si parte con le strutture sanitarie della Lombardia (a lato il governatore Roberto Formigoni). Abbiamo ascoltato i segretari aziendali di cinque importanti realtà lombarde. L'obiettivo, in questo caso, è quello di capire quali effetti il modello proposto dalla Regione – che prevede una “collaborazione”, o meglio una forma di “competizione regolata”, tra pubblico e privato – ha prodotto nell'organizzazione aziendale. Ed anche di sapere quali sono punti di forza e criticità delle strutture. Il giudizio sul modello lombardo è stato pressoché unanime.

La “gara” tra pubblico e privato prevede percorsi diversificati e assegna al pubblico, nella realtà dei fatti, un handicap

difficilmente colmabile. Le porte delle strutture pubbliche sono aperte a tutti, quelle del privato accreditato selezionano le entrate in base al profitto. Peccato che la “coperta economica” del privato continua ad essere lunga mentre quella del pubblico è sempre più striminzita.

Il risultato? La classe medica ospedaliera pubblica – come ha sintetizzato il segretario aziendale dell'Azienda bresciana – rischia di rimanere ghettizzata in una sorta di mondo della sanità dei poveri, con poche luci e molte ombre. Quindi con meno finanziamenti, meno adeguamenti di risorse e di personale.

Unica eccezione tra le esperienze raccolte è quella del San Matteo di Pavia, che spiazzava il privato accreditato.

Un sistema squilibrato, a favore del privato

Alberto Alberti

Segretario aziendale Anaao Assomed
Azienda ospedaliera Niguarda Cà Granda di Milano

Gli effetti che il modello lombardo ha prodotto nella nostra Azienda sono sostanzialmente due: è aumentata la gravità media dei casi trattati ed è cresciuto il carico di lavoro per medici ed infermieri. Il motivo? Perché da sempre il pubblico accoglie ogni tipo di paziente indipendentemente dalla complessità, dalla criticità e dalla remunerazione delle prestazioni, mentre il privato evita il paziente critico e

seleziona tra i complessi solo i Drg con una remunerazione vantaggiosa come ad esempio quelli afferenti alla cardiocirurgia, tant'è che a Milano e in generale in Lombardia abbiamo un numero spropositato di cardiocirurgie. E come se non bastasse, sono stati ridotti i posti letto nel pubblico e aperti nel privato con il falso mito di permettere alla gente di scegliere. Sta di fatto che, negli ultimi cinque anni, la quota di spesa sanitaria a favore del privato è salita, mentre si è ridotta quella per il pubblico. Le conclusioni che possiamo tirare sono

quindi ovvie.

Anche sul fronte aziendale non mancano note dolenti. Nel nuovo programma organizzativo aziendale, che avrà effetti fino al 2010, il numero dei primariati e delle strutture semplici mediche è stato ridotto, mentre quello della dirigenza infermieristica e amministrativa è cresciuto. Altro che governo clinico.

Non solo, sono state declassate strutture complesse come per esempio la diabetologia, la seconda per ordine di grandezza in tutta la Lombardia che è stata ridotta a struttura semplice. Insomma,

in un sistema che già non ti premia economicamente – anche la quota di produttività aggiuntiva è irrisoria – non avere neppure gratificazioni di carriera è un ulteriore elemento di demotivazione. Invece, una grande vittoria conquistata dal sindacato è la stabilizzazione, entro il 2009, di circa quaranta medici precari che corrispondono al 7 per cento della forza lavoro. Una sfida interessante sarà quella del nuovo ospedale Niguarda, attualmente in costruzione, grazie al quale le negatività dell'attuale struttura a pagdiglioni saranno superate.

IL "MODELLO LOMBARDO"? UN FALLIMENTO... PER IL PUBBLICO

Quali sono gli effetti di questa organizzazione che vede pubblico e privato in competizione? Che la struttura pubblica si fa carico delle deficienze delle strutture private accreditate. Abbiamo vicino alla nostra struttura tre cliniche private accreditate, ma non si può proprio parlare di rapporto di collaborazione. O meglio, il privato accreditato risponde alle nostre carenze per quanto riguarda le problematiche ambientali, nel senso che offre al paziente un comfort alberghiero maggiore del nostro. Di contro noi rispondiamo, soprattutto in emergenza urgenza, di tutte quelle prestazioni che il

privato non è in grado di coprire. Il risultato è quindi che tutti i casi più complessi vengono dirottati nella nostra struttura. Queste situazioni non sono mai messe in giusta evidenza, il Presidente della Regione fa finta di ignorarle e così le strutture private continuano a proliferare e a guadagnare, mentre l'azienda pubblica è costretta a sopportare solo oneri in più.

Tirando le somme, credo che il modello lombardo sia "il massimo del minimo" per quanto riguarda la tutela del paziente. E i fatti di cronaca, penso al caso della clinica Santa Rita, lo testimoniano.

Un sistema poco equo

Sergio Costantino

Segretario aziendale Anaa Assomed
Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico Mangiagalli e Regina Elena di Milano

La vera competizione avviene tra privato "accreditato e convenzionato" - e che quindi riceve danaro pubblico in cambio di prestazioni - ed il pubblico stesso, non interferendo in ciò il privato "puro". Questo confronto è viziato da differenze insanabili che lo rendono poco equo (escludendo i casi di inappropriatazza delle prestazioni, di dolo nel fornire o certificare la prestazione, di "comportamenti opportunistici", eufemismo utilizzato per indicare una sovrapproduzione fraudolenta del reale, di cui tutti abbiamo avuto notizia leggendo i giornali). Infatti, le strutture "private" sono più agili e "spregiudicate", dispongono di edifici nuovi e quindi meglio progettati ed utilizzo di personale a basso costo, spesso non dipendente ed indotto alla "produttività". Ma la precarizzazione è una vera conquista? Il risparmio immediato corrisponde ad un buon investimento futuro? E soprattutto a cosa corrisponde la produttività in sanità? Quindi abbiamo differenze sfavorevoli (dal punto di vista produttivo/economico) al pubblico sia

strutturali che delle risorse umane, ma fondamentale è il modello gestionale impostato per cercare un utile economico con tutti i mezzi consentiti e non contestati. In un sistema con limitata possibilità di controllo dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni è più che lecito supporre, visti i recenti casi, una certa "esuberanza" nel trattare i pazienti; a maggior ragione quando una componente cospicua dello stipendio o del "prestigio personale" sia legata a questa misura. Tuttavia non dovrebbe essere premiante il solo dato quantitativo: l'inappropriato, anche se abbondante, equivale infatti ad uno spreco di risorse pubbliche da biasimare. La domanda è: produrre buona salute o produrre numeri? Senza voler essere catastrofico penso che questa seconda ipotesi sia sempre più pressante. L'indicazione al pareggio di bilancio degli ospedali pubblici spinge in quel senso; quindi un obiettivo economico amministrativo ha condizionato tempi, diagnosi e modelli operativi dei medici. Questo vale per i ricoveri ma anche per le prestazioni am-

bulatoriali: chi deve erogare prestazioni specialistiche? Che caratteristiche tecnico/qualitative devono avere le prestazioni strumentali? Sono lecite modificazioni dei protocolli diagnostici validati internazionalmente per risparmiare tempo? È lecito accettare un livello qualitativo basso di raccolta dati? Dati scadenti poi generano etichette di malattia dure da togliere e ulteriori richieste di esami strumentali spesso più invasivi e costosi.

La struttura non può essere isolata dal contesto sociale, solo in un iperliberismo teorico l'ospedale si può definire azienda quando dovesse autofinanziarsi in un'ottica esclusivamente dettata dal libero mercato e dal gradimento dei "clienti"/pazienti. Ma quando i fondi siano della comunità questa spinta all'acquisire risorse economiche a tutti i costi appare francamente più un atto antisociale dettato da scarso senso civico che motivo di vanto e lode, né tanto meno modello a cui ispirarsi.

Per arrivare allo specifico della domanda molte strutture ospedaliere pubbliche hanno attuato una

L'Azienda si compone di quattro ospedali, Legnano, Cuggiono, Magenta e Abbiategrasso. Sono presenti tutte le specialità, in particolare a Legnano che, come ho già detto, è punto di riferimento anche per le emergenze urgenze. Sempre a Legnano, a breve, sarà inaugurata la nuova struttura. Speriamo che con questo restyling le situazioni logistiche migliori-

no, portando dei benefici nello svolgimento del lavoro. Tuttavia, non sappiamo ancora se questo nuovo assetto condurrà ad un ridimensionamento del numero di posti letto. Comunque, la situazione è sostanzialmente buona. Non abbiamo subito pressanti intro-

missioni politiche, anzi nel conferimento di incarichi ha pesato molto di più la carta dell'amicizia. Abbiamo portato a termine la graduazione delle funzioni, e siamo stati tra i primi ospedali italiani ad aver introdotto la copertura assicurativa per i medici.



strategia difensiva basata più sul tentativo di imitazione, per quanto legalmente possibile, del modello privato convenzionato (con tutte le storture connesse: tentativi di compressione del personale, visto non come importante risorsa, ma come "costi fissi" e quindi anche precarizzazione) piuttosto che non chiedere al controlante, cioè la Regione, di verificare intensivamente il rispetto delle regole e dei "pesi" di partenza. In contemporanea è stata cercata una maggior agilità gestionale ponendo in essere, ove possibile, nuovi modelli di gare, appalti e largo uso dell'outsourcing. Credo tuttavia che questo faciliti una deregulation così importante da aver già sancito la fine del Ssn solidaristico come lo abbiamo sempre inteso.

Per quanto concerne il Policlinico, note francamente positive na-

scono dalla attiva e decisa fase di ricostruzione con la sostituzione di gloriosi ma fatiscenti reparti quali il Monteggia ed il Pasini. Quelle negative credo non siano peculiari della struttura bensì riconducibili al modello gestionale imperante già citato; infatti sulla scia della prevalenza dell'aspetto "costo" rispetto all'obiettivo "servizio" acquista sempre maggior preponderanza decisoria - acuita vertiginosamente dopo la creazione del ruolo medico apicale quinquennale rinnovabile, posizione fragile e facilmente sotto scacco - la componente amministrativa che spesso si considera a tutti gli effetti l'unica vera dirigenza di un ospedale, uscendo dal dualismo dinamico del passato; in quest'ottica probabilmente vanno letti quei rapporti sindacali non sempre illuminati, ad esempio, l'orrore per quanto derivi dal D.lgs. 66/2003 in materia di orario di lavoro.

Ricoveri per acuti in regime ordinario delle strutture di ricovero pubbliche e delle case di cura private accreditate Schede di dimissione ospedaliera - Anno 2005

Regione	Strutture di ricovero pubbliche			Case di cura private accreditate		
	Dimessi	Remunerazione teorica (Euro)	Remunerazione teorica per ricovero (Euro)	Dimessi	Remunerazione teorica (Euro)	Remunerazione teorica per ricovero (Euro)
PIEMONTE	404.248	1.427.160.606	3.530,41	61.724	197.909.396	3.206,36
VALLE D' AOSTA	13.920	45.409.850	3.262,20	-	-	-
LOMBARDIA	1.077.830	3.370.865.932	3.127,46	268.327	873.664.859	3.255,97
PROV. AUTON. BOLZANO	73.580	204.033.574	2.772,95	1.521	4.212.629	2.769,64
PROV. AUTON. TRENTO	51.080	159.727.766	3.127,01	2.743	7.727.883	2.817,31
VENETO	549.469	1.821.758.540	3.315,49	29.023	83.810.944	2.887,74
FRIULI VENEZIA GIULIA	143.781	485.819.867	3.378,89	10.026	27.424.551	2.735,34
LIGURIA	218.466	746.701.731	3.417,93	1.992	13.396.187	6.724,99
EMILIA ROMAGNA	513.771	1.650.817.420	3.213,14	77.942	248.698.204	3.190,81
TOSCANA	421.600	1.467.118.765	3.479,88	23.551	93.583.812	3.973,67
UMBRIA	108.639	337.072.904	3.102,69	5.320	18.108.357	3.403,83
MARCHE	180.413	566.744.240	3.141,37	19.189	47.237.839	2.461,71
LAZIO	671.320	2.053.600.997	3.059,05	129.792	399.032.554	3.074,40
ABRUZZO	188.841	535.424.230	2.835,32	68.074	168.636.425	2.477,25
MOLISE	56.190	167.833.683	2.986,90	3.756	10.092.049	2.686,91
CAMPANIA	602.445	1.587.746.384	2.635,50	214.767	514.975.715	2.397,83
PUGLIA	542.321	1.507.799.781	2.780,27	77.634	197.895.949	2.549,09
BASILICATA	67.723	203.464.320	3.004,36	1.871	3.890.786	2.079,52
CALABRIA	201.017	531.391.783	2.643,52	76.825	199.147.558	2.592,22
SICILIA	582.660	1.643.710.711	2.821,05	131.074	377.903.926	2.883,13
SARDEGNA	212.869	580.196.607	2.725,60	38.989	87.233.998	2.237,40
ITALIA	6.882.183	21.094.399.691	3.065,07	1.244.140	3.574.583.621	2.873,14

Linea (-): non sono presenti strutture private non accreditate nella Regione
Fonte: ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

Quella del San Matteo è una realtà peculiare dove la concorrenza con il privato accreditato è poco avvertita. Il Policlinico, anche per la presenza dell'Università, è un grande ospedale - con notevoli professionalità ed enormi potenzialità - che opera in una provincia piccola. In questo contesto abbiamo sempre fatto la parte del leone: si rivolgono alla nostra struttura pazienti provenienti sia dalle province lombarde sia da altre Regioni. Il nostro unico competitore potrebbe forse essere l'Humanitas di Rozzano che si trova a qualche chilometro di distanza da Pavia. Ci sono poi la Fondazione Maugeri che si occupa essenzialmente di riabilitazione e l'Istituto Mondino

specializzato nella cura di patologie neurologiche. Ma anche con queste strutture non siamo mai entrati in competizione per la diversità di competenze e per la forza del Policlinico.

Ora, mi sembra di capire, si sta cercando di creare delle sinergie tra gli Irccs pavesi e il San Matteo per offrire un servizio sempre più completo sfruttando le potenzialità e le professionalità presenti in ogni singola struttura. A breve sarà inaugurato il Cnao, il centro di adroterapia per la cura dei tumori, limitrofo all'ospedale. È una Fondazione autonoma creata da diversi enti, tra cui il Policlinico di Milano, l'Istituto europeo di oncologia, l'Istituto nazionale dei tumori, l'Istituto neurologico Besta di Milano e

Ma a Pavia la parte del leone la fa il pubblico

Paolo Lanzarini

Segretario aziendale Anaa Assomed
Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia

naturalmente il San Matteo. Il Policlinico ha avuto per molti anni una gestione amministrativa all'insegna della continuità. Ma adesso la situazione è mutata, con il passaggio a Fondazione e il recente cambio della guardia ai vertici della struttura, stiamo entrando in una nuova fase che comporterà una riorganizzazione vera e propria. Infatti, nonostante abbia-

mo avuto in questi ultimi anni un efficiente controllo di gestione - ma "all'acqua di rose", come hanno sottolineato i nuovi amministratori - stiamo entrando solo ora nel vivo dell'aziendalizzazione, in ritardo rispetto alle altre realtà. Per il momento sono stati definiti gli obiettivi di budget e aperta la discussione con i Direttori di struttura complessa, ma l'obiettivo è portare la riorganizzazione aziendale a regime entro un anno.

La presenza dell'Università è sicuramente un valore aggiunto per l'ospedale, tuttavia non sono

mancati attriti tra le due amministrazioni anche per il carattere corporativo dell'Università. Però devo rilevare che molti cattedratici attualmente in servizio, anche grossi nomi, provengono dall'ambito ospedaliero. Questo per noi è un punto di forza. Anzi, il Policlinico poteva essere utilizzato come laboratorio per dare vita a carriere parallele e unificabili. Le criticità del Policlinico? Il comfort alberghiero e la struttura a padiglioni, ma è in corso un'operazione di ristrutturazione che consentirà di superarle.

Un sistema con poche luci e molte ombre

Claudio Macca

Segretario aziendale Anaa Assomed
Azienda ospedaliera Spedali Civili di Brescia

Si tratta in realtà di una competizione in cui l'arbitro parteggia per il privato, ma la riduzione di budget sempre più pesante a carico del pubblico, la disuguaglianza di trattamento a favore del privato, ha prodotto uno spiccato aumento dei costi. Il pubblico lavora in non profit, mentre il privato ha necessità di lavorare con profitto per garantire i propri utili e i propri investimenti. Esistono tuttavia delle distorsio-

ni, che la Regione non ha saputo prevenire per scarsa vigilanza ed eccessiva accondiscendenza nei confronti delle cliniche private (il caso Santa Rita di Milano è un classico esempio di lievitazione dei costi per scarsa vigilanza, con in più l'aggravante dei crimini sanitari perpetrati sui pazienti).

La struttura pubblica invece eroga ancora sulla base di un'etica professionale di grandi categorie di lavoratori, sanitari e non, che

producono senza gratificazioni proporzionali al lavoro svolto (nel bene e nel male) e con grandi sacrifici dal punto di vista economico e lavorativo.

I punti di forza della nostra struttura sono la capacità aziendale di adeguarsi alla grande domanda di salute che proviene dal territorio, sia nei processi di ricovero che ambulatoriali.

In particolare si tratta di un'Azienda che di notte e di giorno, festivo o feriale, realizza grandi performances di efficienza nell'urgenza e nell'emergenza, ma che, anche nell'ambito sia del ricovero ordinario che

nelle prestazioni ambulatoriali, riesce a produrre volumi di lavoro impressionanti per quantità e qualità. Nei periodi critici (di notte, nei festivi, nelle stagioni estreme, estate e inverno) si sobbarca il peso dell'assistenza ordinaria e straordinaria di un intero e complesso territorio, con grandi agglomerati urbani, civili, industriali e produttivi.

Per contro il privato, pur raggiungendo buoni livelli sia dal punto di vista culturale che operativo, continua a programmare la propria attività sulla base di esigenze proprie che non di territorio e di popolazione, a cui

invece provvedono gli Spedali Civili di Brescia.

Il pubblico resta l'unico strumento oggettivamente efficiente per efficacia ed economicità rispetto ai grandi temi sociali e sanitari: le malattie croniche, la cronicità che diventa criticità e viceversa, l'assistenza alle fasce più deboli e agli extracomunitari.

Questo però rischia di ghettizzare la classe medica ospedaliera pubblica in una sorta di mondo della sanità dei poveri, con poche luci e molte ombre (meno finanziamenti, meno adeguamenti di risorse e di personale).

(contributi raccolti da Ester Maragò)

ACCADE IN FRANCIA

IL TEMPO DEI MEDICI DIVENTA DENARO

↳ Sergio Costantino - Segretario Aziendale Anaa Assomed Policlinico di Milano

In Italia il Governo tenta di ribadire un concetto, già sconfessato dalla Cassazione, sugli obblighi dei medici in quanto dirigenti per non pagare, come sarebbe equo e conforme alle leggi, le pecche organizzative del sistema sanità

Il Ministro della Salute francese Roselyne Bachelot ha disposto il pagamento di una cifra di 300 euro per giornata lavorativa, su richiesta dei medici, del 50 per cento delle ore straordinarie effettuate.

Ovviamente lasciando le restanti ore a disposizione per il recupero.

I medici francesi hanno obiettato che la cifra più congrua sarebbe di 400 euro per giornata lavorativa, ma hanno avuto tempo sino al 30 giugno per inoltrare la domanda di pagamento.

Allo stato attuale non sono ovviamente ancora noti i dati dell'adesione a questa proposta.

La notizia riportata desta qualche scalpore, ma in realtà dovrebbe destare scalpore il fatto che in Italia questo non avvenga.

Anche in Italia, come in Francia, esiste un limite massimo di ore settimanali stabilito per contratto nazionale (35 contro le nostre 38). Entrambe le Nazioni, Stati membri della Comunità europea, hanno recepito le indicazioni della direttiva europea 93/104 Ce che prevedeva appunto un duplice destino per le ore straordinarie: o retribuite o destinate al recupero orario.

In Italia orario di lavoro e straordinario nel D.lgs. 66/2003 sono così definiti:

"Qualsiasi periodo in cui il lavoratore sia al lavoro, a disposizione del datore di lavoro e nell'esercizio della sua attività o delle sue funzioni" (art. 1, comma 2, a); "è il lavoro prestato oltre il normale orario di lavoro così come definito all'art. 3 del presente decreto" (art. 1 comma 2, c).

Il recupero orario non è da confondere tuttavia con il riposo compensativo, dovuto in caso di turno festivo o reperibilità festiva, infatti la direttiva europea giudica diritto "indisponibile" quello del riposo, così come per le ferie, ovvero neppure il lavoratore per scelta spontanea può rinunziarvi (per evitare spontaneità "obbligatorie") né tanto meno monetizzarlo.

Quindi il recupero orario si può monetizzare, il riposo compensativo, per la normativa europea, assolutamente no. Il recupero orario dovrebbe essere disponibile per il lavoratore per tempo illimitato e dovrebbe costituire una "banca delle ore" che alcune realtà italiane anche pubbliche, ma non

in sanità, hanno già realizzato. Questa banca delle ore dovrebbe corrispondere a quanto già presente in Francia (contro risparmio tempo).

Nella realtà ospedaliera italiana si sono invece voluti spesso applicare dei criteri ostativi che non credo possano portare benefici, inasprendo potenzialmente un comportamento fiscale di computo delle ore e vincolandolo ad una autorizzazione a priori, smentita dalla giurisprudenza che accetta lo straordinario per motivi dovuti all'organizzazione del lavoro come legittimi (contrastando una visione un po' troppo semplicistica del lavoro medico che talune amministrazioni propugnano, sul modello inaccettabile "suona la sirena cade l'attrezzo", paventando fasce orarie e gabbie lavorative che la normativa sia italiana che europea non prevedono, anzi si parla spesso di orario elastico soprattutto in relazione agli impegni di vita familiare, per consentire alle donne la professione di medico senza rinunciare per questo alla maternità ed ai suoi doveri; le pari opportunità finché restano sulla carta non rappresentano altro che un odioso esercizio calligrafico). Non è difficile comprendere che nel lavoro in presenza di pazienti non è tollerabile che questi siano abbandonati a metà della cura, della visita o dell'intervento per sopravvenuto cambio turno. Questo fatto, a nostro avviso, oltre che immora-

le perché inficia il rapporto fiduciario che si crea tra medico e paziente, dovrebbe essere anche considerato illecito professionalmente.

La normativa europea, ma che dal 2003 è anche legge dello Stato italiano come D.lgs. 66/2003, prevede che debba essere retribuito od in alternativa recuperato (art. 5, comma 5): non esiste alcuna altra possibilità e, come per altro recita una recente sentenza del Tar, non ha necessità di essere autorizzato quando si esplica per effetto dell'organizzazione interna di servizio (Tar Puglia 814/2006).

A questo punto c'è da domandarsi come mai non venga generalmente applicata, ed anzi sia in tutti i modi osteggiata sino a "partorire" norme parzialmente abrogative di sapore sostanzialmente anticostituzionale che rinviano i limiti massimi di lavoro giornaliero alle previsioni contrattuali, che attualmente non esistono, contrariamente al dettato Costituzionale che li vorrebbe vincolati a leggi dello Stato.

La vera domanda da porsi è in merito all'effettiva appartenenza dell'Italia alla Comunità europea.

Facendo riferimento anche a trattati recentemente firmati (dicembre 2007: trattato di Lisbona 3/12/07, la carta dei diritti dell'Ue il 14/12/07 ed il 17/12/07 una dichiarazione congiunta "la salute in tutte le politiche" firmata dai 27 Paesi membri) sembrerebbe di sì, ma valutando il

rispetto delle direttive europee sull'organizzazione e sull'orario di lavoro non possiamo che manifestare dubbi.

Ad esempio, per il principio di reciprocità qualsiasi medico italiano operante nel territorio francese ha diritto allo stesso trattamento dei colleghi transalpini, ma un medico francese operante in territorio italiano quale amara sorpresa incontrerebbe? Semplicemente la non osservanza dei principi sopra riportati ed il tentativo, talora in virtù di accordi sindacali locali non tanto virtuosi, di cancellare queste ore come se fossero il vezzo di perditempo e non dipendessero da reali e contingenti situazioni cliniche ed organizzative.

Quindi non 300 o 400 euro per giorno lavorativo, come nel caso francese, ma un vero e proprio niente. Anzi per un paradosso chi più ha lavorato più sarà danneggiato, oltre che dileggiato.

Per fare un esempio concreto, da una stima dell'Anaa Assomed Regione Toscana, i medici ospedalieri nella sola Toscana "regalano" in modo sostanzialmente coercitivo 500 mila ore di lavoro anno (quindi oltre 60 mila giorni lavorativi/anno per oltre 15 milioni di euro su una forza lavoro di circa 7 mila medici ospedalieri). Quindi per favore non tocchiamo dei luoghi comuni quali l'assenteismo la scarsa disponibilità quando altra è l'effettiva realtà.

Infatti, nella maggior parte delle situazioni queste ore diventano fantasma e vari sono i tentativi di cancellarle.

C'è quindi da domandarsi come mai la proposta del Ministro francese della Salute non abbia generato una volontà inarrestabilmente imitativa nel comportamento dell'omologo italiano.

Come sempre è solo una questione di soldi?

O ci sono differenze culturali che solo uno stato con lunghe tradizioni di governo centrale può vantare?

Comunque, sia il dato che il confronto sono stridenti e non sono certo a nostro vantaggio.

C'è da domandarsi come mai la proposta del Ministro francese della Salute non abbia generato una volontà inarrestabilmente imitativa nel comportamento dell'omologo italiano. Come sempre è solo una questione di soldi?

Esteri

↳ Antonino Michienzi

Publicità degli outcome: la nuova scommessa anglosassone

Le performance degli ospedali messe in vetrina. Così Stati Uniti e Regno Unito intendono dare libertà di scelta ai consumatori e incrementare la qualità dei servizi. Senza dimenticare i conti

Trasparenza, visibilità o, più semplicemente, pubblicità. È l'uovo di Colombo che Stati Uniti e Gran Bretagna hanno scoperto da qualche tempo per migliorare le prestazioni ospedaliere.

Se al di là dell'Atlantico il segretario del Department of Health and Human Services, Mike Leavitt, si concentra sul diritto di scelta del cittadino-consumatore ("l'iniziativa darà ai consumatori più scelta sulla qualità dei servizi per la cura della loro salute mettendoli nelle condizioni di scegliere quelli a costi più bassi"), in Gran Bretagna il dilemma è come riuscire a conciliare la qualità del servizio offerto con il contenimento della spesa sanitaria. E rendere pubblici gli outcome degli ospedali sembra proprio la soluzione giusta. Infatti, spiega il Segretario di Stato per la Salute inglese, Alan Johnson, questa decisione produrrà immediatamente un effetto benefico: se i consumatori sceglieranno i servizi migliori offerti dal mercato della Sanità grazie alla pubblicità delle loro prestazioni "il denaro seguirà pazienti. Il che significa che, per soddisfare al meglio le esigenze dei pazienti, gli ospedali competeranno sulla qualità dei servizi offerti, piuttosto che sul loro prezzo".

Ma cominciamo dall'inizio. In Inghilterra alla fine dello scorso marzo viene pubblicato, dopo una consultazione popolare, il *Code of practice for the promotion of Nhs-funded*

services. Il documento, entrato in vigore da qualche settimana, consente agli ospedali del Servizio Sanitario Pubblico inglese (l'Nhs) di promuovere i propri risultati, anche comparandoli con quelli delle strutture concorrenti. Inoltre autorizza i cittadini a scegliere, per le prestazioni ospedaliere, una qualunque struttura accreditata dall'Nhs. Due misure che, nelle previsioni del Dipartimento della Salute dovrebbero innescare un circolo virtuoso nel sistema sanitario inglese, dando luogo a una corsa alla qualità. E in cui i giudici sarebbero i consumatori. I pazienti.

Una vera e propria rivoluzione copernicana, insomma, favorita dalle altre opzioni previste dal Codice. Gli ospedali, per rimpinguare le casse, potranno infatti stipulare contratti di sponsorizzazione con aziende private, a patto che queste non producano beni o servizi nocivi alla salute, o siano legate a gioco d'azzardo, alcol, tabacco, diete e politica. Ovviamente, una stringente normativa - da Antitrust più che da Nhs - evita che informazioni scorrette o di parte alterino le fisiologiche dinamiche di mercato e infanghino il marchio Nhs.

"Nhs è un brand molto potente - ha sostenuto Bob Ricketts, dirigente del ministero della Salute, con un linguaggio in linea con la nuova filosofia del Servizio sanitario - e non consentiremo a nessuna attività commerciale di danneggiarlo. È troppo

importante per la gente".

Ovviamente, non mancano le critiche: la *British Medical Association*, in particolare, si è affrettata a mettere in luce l'altra faccia della medaglia. "L'iniziativa rischia di essere destabilizzante", ha commentato Jonathan Fielden, consulente dell'associazione dei medici. "Se da una parte è probabile che la maggior parte delle persone continui a scegliere l'ospedale locale perché è facile arrivarci - ha spiegato - dall'altra c'è il rischio che sceglierne un altro porti a un taglio di fondi per la struttura locale. E poi mi preoccupa il fatto che sarà difficile fare scelte realmente informate per i pazienti". Staremo a vedere quale sarà la profezia giusta: se quella di Fielden o quella del segretario di Stato Johnson che, entusiasta del provvedimento, prevede "il reale ingresso della libertà di scelta nel Servizio Sanitario Nazionale, che offrirà ai pazienti le informazioni di cui hanno bisogno per scegliere i servizi più adatti alle loro esigenze e incoraggerà gli ospedali a rendere i loro servizi più rispondenti ai pazienti".

Negli stessi giorni in cui veniva approvato il *Code of practice for the promotion of Nhs-funded services*, negli Usa, il Centers for Medicare & Medicaid services (Cms), la struttura facente capo al Dipartimento della Salute delegata alla fornitura dei servizi sanitari di pertinenza pubblica, dava vita a un'iniziativa inedita. Per la prima volta mette-

va a disposizione dei consumatori, attraverso un sito web (<http://www.hospitalcompare.hhs.gov>) già inaugurato in versione minima nel 2005, tre elementi critici per la valutazione delle prestazioni ospedaliere: informazioni sulla qualità (attraverso la pubblicazione di outcome sintetizzati in trenta indicatori), sulla soddisfazione dei pazienti che avevano in precedenza avuto accesso ai servizi e i costi di ciascuna prestazione offerta. Attraverso un software, inoltre, dava la possibilità al consumatore di confrontare in un'unica schermata i dati di diversi ospedali (non più di tre per volta). Uno strumento, tutto sommato, semplice. Ma che consente a un paziente di Boston che debba sottoporsi, per esempio, a un intervento chirurgico per un ernia di conoscere gli outcome degli ospedali della sua città e scegliere consapevolmente quello a lui più congeniale. Così se confrontasse per quell'intervento il Faulkner Hospital, il New England Baptist Hospital e il Tufts-New England Medical Center scoprirebbe che il primo è quello che prima dell'operazione offre al maggior numero di pazienti un trattamento farmacologico per prevenire il tromboembolismo venoso; il secondo è l'ospedale in cui i pazienti dimessi sono maggiormente soddisfatti delle capacità comunicative dei medici che li hanno avuti in cura (ben l'85% ha dichiarato che i loro medici hanno sempre "comunica-

to bene"); il terzo, infine, con un costo di 7,458 per l'intervento, è il più caro.

Quelli scelti sono soltanto alcuni degli indicatori disponibili: il sistema censisce 24 variabili per la misurazione della qualità dei servizi ospedaliere (8 per le malattie cardiache, 4 specifiche per lo scompenso cardiaco, 7 per le malattie polmonari, 5 per la prevenzione delle infezioni negli interventi chirurgici) cui è da aggiungere la mortalità per quella specifica causa. In più attraverso una lunga batteria di domande a cui vengono sottoposti i pazienti in uscita dagli ospedali, misura la loro soddisfazione per il personale, la struttura e le prestazioni a cui hanno avuto accesso. Tuttavia, benché l'iniziativa appaia lodevole, non sono mancate le critiche: diverse associazioni dei consumatori hanno criticato i metodi di valutazione degli outcome e di raccolta dati così come l'insufficienza degli indicatori attualmente disponibili (mancano ad esempio, i dati sulla prevalenza delle infezioni ospedaliere o le valutazioni delle performance dei medici).

Intanto, l'amministrazione Bush ha stanziato nei giorni scorsi 1,9 milioni di dollari per pubblicare su 58 giornali a diffusione locale i dati degli ospedali presenti sul territorio e per promuovere il sito che, a due anni dalla realizzazione e a due mesi dall'implementazione, stenta a decollare.

I PUNTI CARDINE del documento stilato dai camici bianchi in occasione della prima Conferenza nazionale della professione medica promossa dalla Fnomceo

LA SANITÀ CHE VOGLIAMO

La sfida dei medici italiani per una sanità a misura d'uomo per recuperare la fiducia dei cittadini

La costruzione di una "grande opera" per la sanità delle aree svantaggiate del Paese. Una corretta gestione delle liste d'attesa. Più trasparenza per i criteri di selezione dei Dg. Prevenzione e gestione del rischio clinico. Una "riforma" del reato di "colpa medica" nell'attività medico-chirurgica in ambito penale. Ed anche più tutela per le dottoresse che, nonostante si avvino a diventare la componente più numerosa del mondo medico, non riescono ancora a conquistare parità di diritti. Sono questi alcuni dei punti cardine del documento finale stilato dai gruppi di lavoro che si sono confrontati a Fiumicino in occasione della prima "Conferenza nazionale della professione medica", organizzata dalla Fnomceo il 13 e 14 giugno. Per sostenere l'unitarietà e l'equità del Ssn, i medici invocano scelte politiche autorevoli e rigorose in grado di ridurre le disuguaglianze sociali ed economiche che si annidano soprattutto nel Sud del Paese. Servono, in particolare, interventi su strutture e infrastrutture ospedaliere e territoriali, ma anche un maggior investimento sull'umanizzazione e la domiciliarità delle cure. Occorre inoltre frenare la mobilità sanitaria tra le Regioni potenziando sia qualitativamente che quantitativamente l'offerta di servizi sul territorio rispetto alla domanda standard. Per quan-

to riguarda le liste d'attesa, considerate erroneamente come indicatori di inefficienze del sistema, i medici invocano la necessità di una gestione corretta basata non sul semplice potenziamento delle prestazioni ma sull'appropriatezza. È indispensabile poi rimodulare i rapporti tra politica, gestione, e professione per arrivare ad un nuovo equilibrio che passa attraverso la ridefinizione e il riconoscimento di un maggior peso dei governi dei territori (municipalità e Comuni) nella programmazione e valutazione degli obiettivi di salute. In questo contesto vanno sicuramente modificati i criteri di scelta del Dg rendendo pubblici tutti i passaggi necessari alle nomine, dalle procedure di selezione ai curricula dei candidati, e affidando ad una commissione tecnica, autorevole e terza la valutazione delle competenze necessarie per il ruolo specifico da ricoprire. Altro punto chiave è garantire

un modello formativo di qualità, mantenendo anche il numero chiuso per l'accesso alle Facoltà di medicina, ma migliorandone i criteri di selezione. Per i camici bianchi è però necessario rivedere l'esame di Stato, che pure è stato recentemente modificato, e va migliorata la formazione di Medicina generale con l'istituzione di una scuola specialistica. Una delle questioni calde sul tappeto è poi quella del rischio clinico. Nel documento si chiede l'applicazione delle norme già messe a punto in Conferenza Stato-Regioni per la riduzione degli errori medici che prevedono, tra l'altro, la presenza di figure ad hoc per il controllo e la prevenzione dei rischi nelle diverse strutture e la messa a punto di procedure stragiudiziarie per la risoluzione dei contenziosi con i pazienti. Ma si invoca anche l'introduzione del reato di "colpa medica" in ambito penale oggi non previsto:

permetterebbe di valutare correttamente la responsabilità del medico senza però ledere il diritto dei cittadini al giusto riconoscimento del danno. I camici bianchi hanno inoltre sottolineato la necessità di integrare le competenze di Stato e Regioni perché i Lea non siano un mero elenco di prestazioni. Così com'è indispensabile regolare in maniera condivisa i rapporti tra i medici e le professioni sanitarie prevedendo che "l'autonomia e la responsabilità tecnico professionale ed organizzativo-gestionale del medico mantengano un indiscusso ruolo di garanzia della continuità e unitarietà dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione". Altro passaggio riguarda gli Ordini professionali: devono diventare enti pubblici con funzioni sussidiarie dello Stato. Infine, il documento tocca il tema dei "camici rosa": si sottolinea la necessità di valorizzare le specificità e i contribu-

Sacconi: sull'intramoenia si cambia

Cambiamenti in vista per la libera professione intramuraria. L'annuncio del giro di boa è arrivato dal ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali **Maurizio Sacconi** intervenuto alla kermesse di Fiumicino. Il Ministro è stato chiaro: sarà molto difficile che le Asl riescano a rispettare la scadenza del 31 gennaio del 2009 per creare spazi ad hoc per l'intramoenia. E quindi si aprono tre possibili strade da seguire: quella "all'italiana" che si sostanzia nell'ennesima proroga; la via del ritorno al passato, con possibilità quindi di esercitare la libera professione negli studi privati o magari di alleggerire le rigidità tra esclusività di rapporto ed extramoenia; ed infine una terza strada che prevede un "sistema flessibile", ma tutto da decidere. Come hanno reagito i medici? Sono disponibili a discuterne però, almeno a giudicare dai primi commenti a caldo, se le scelte che verranno prese andranno a toccare l'indennità di esclusiva c'è da aspettarsi battaglia.

ti individuali delle donne nella professione perché le differenze apportano "ricchezza nell'alleanza e nella relazione terapeutica e l'approccio della sensibilità femminile è in grado di favorire una rinnovata responsabilità sociale ed etica". (E.M.)



Abbiamo bisogno della tua mail

Più risparmio, più possibilità di comunicare, più servizi, più contatti. A portata di un click. Quando ti fa più comodo, senza spostarti da casa o dal lavoro. Per questo abbiamo bisogno della tua mail. Per offrirti un servizio di assistenza e informazione sindacale migliore. Sempre puntuale, aggiornato e rapido. A partire dalla nostra Newsletter settimanale. Lo stesso vale per le tue esigenze e le tue domande. Inviaci tutto per mail. Non ti costerà nulla e ci metterai nelle condizioni di risponderti con più rapidità. E allora mandaci subito una mail a: posta@anaao.it insieme ai tuoi dati anagrafici e al numero di iscrizione all'Anaao Assomed.

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile dell'Anaao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Lusenti
Direttore responsabile
Silvia Procaccini
Comitato di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise
Coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

Hanno collaborato:
Sergio Costantino,
Lorena Giudici,
Ester Maragò,
Antonino Michienzi,
Claudio Testuzza
Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIATI EDITORIALI

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Finito di stampare nel mese di luglio 2008