

# Iniziativa Ospedaliera

LA RIVISTA DELL'ANAAO ASSOMED

# 1

Poste Italiane Spa  
Sped. in Abb. Postale  
D.L. 353/2003 (Conv. in l.  
27/02/2004 n. 46) art. 1, comma  
1, DCB Roma

[www.anaao.it](http://www.anaao.it)

Supplemento a *Dirigenza Medica* 5/2014

23° CONGRESSO NAZIONALE  
DELLA DIRIGENZA MEDICA

17-21 GIUGNO 2014  
ABANO TERME

LA SALUTE HA UN  
CUORE ANTICO

GLI ARGOMENTI  
CONGRESSUALI

**4**

IL SSN,  
ASPETTI ISTITUZIONALI  
ED ECONOMICI

**10**

LO STATO GIURIDICO  
DEI MEDICI E DIRIGENTI  
SANITARI

**31**

PROGETTO  
CONTRATTUALE

**39**

LA PROGRAMMAZIONE DEL  
FABBISOGNO DI PERSONALE  
MEDICO NEL DECENNIO 2014/2023

**44**

SISTEMA EMERGENZA  
PRONTO SOCCORSO

**53**

LA SANITÀ  
DEL SUD



Supplemento a Dirigenza Medica 5/2014  
il mensile dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via XX Settembre 68  
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23  
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27  
e-mail: dirigenza.medica@anao.it  
www.anao.it

DIRETTORE  
Costantino Troise

DIRETTORE RESPONSABILE  
Silvia Procaccini

COMITATO DI REDAZIONE:  
Giorgio Cavallero  
Domenico Iscaro  
Mario Lavecchia  
Carlo Palermo

COORDINAMENTO REDAZIONALE  
Ester Maragò

IMPAGINAZIONE:  
Daniele Lucia,  
Barbara Rizzuti

EDITORE



Edizioni Health Communication srl  
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18 - 00147 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: STR Press

Finito di stampare nel mese di giugno 2014

<b>Il Ssn, aspetti istituzionali ed economici</b>	4
<i>Domenico Iscaro, Silverio Selveti, Erminio Torresani, Chiara Di Lauro</i>	
<b>Il riordino della rete dei servizi sanitari ospedale e territorio</b>	8
<i>Mario Lavecchia, Francesco Melandri, Vincenzo Boccia</i>	
<b>Lo stato giuridico dei medici e dirigenti sanitari</b>	10
<i>Costantino Troise, Carlo Palermo, Giorgio Cavallero, Alberto Spanò</i>	
<b>Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio</b>	12
<i>Carlo Palermo, Alfonso Brescia, Chiara Rivetti</i>	
<b>Progetto contrattuale</b>	31
<i>Giuseppe Montante, Eleonora Albanese, Carlo Palermo, Maurizio Paparo, Alberto Spanò</i>	
<b>Università e Formazione</b>	36
<i>Luciano Gabbani, Gerardo Anastasio, Domenico Montemurro, Pierino Di Silverio, Fabio Ragazzo</i>	
<b>La programmazione del fabbisogno di personale medico nel decennio 2014/2023: curve di pensionamento, fabbisogni specialistici e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia</b>	39
<i>Domenico Montemurro, Fabio Ragazzo, Carlo Palermo</i>	
<b>Sistema Emergenza - Pronto Soccorso</b>	44
<i>Sandro Petrolati, Adelina Ricciardelli, Anna Maria Ferrari, Cinzia Barletta</i>	
<b>Politiche di genere in sanità: politiche per ogni genere</b>	47
<i>Rosella Zerbi, Alessandra Spedicato, Anna Maria Parmeggiani, Caterina Ermio</i>	
<b>Previdenza un nodo centrale per il sindacato e la categoria</b>	51
<i>Giorgio Cavallero, Giulio Liberatore</i>	
<b>La sanità del sud</b>	53
<i>Giuseppe D'Auria, Gianluigi Scaffidi, Santo Monastra, Alessandro Falzone, Bruno Zuccarelli</i>	

## Il Ssn, aspetti istituzionali ed economici

Gruppo di lavoro: Domenico Iscaro, Silverio Selvetti,  
Erminio Torresani, Chiara Di Lauro

### Premessa: fondamenti del Sistema sanitario pubblico

Il sistema pubblico si sviluppa lungo due dimensioni di cui conserva la piena titolarità:

- 1) il finanziamento del sistema;
- 2) la responsabilità di produzione ed erogazione dei servizi.

Per quanto riguarda la prima dimensione il finanziamento del sistema è sostenuto dal contributo economico al Ssn delle famiglie proporzionalmente al proprio reddito ed è sganciato dall'effettivo utilizzo dei servizi. Quindi ognuno contribuisce alla tenuta ed al finanziamento del sistema e riceve per i suoi bisogni al momento opportuno. Nei sistemi a finanziamento privato, invece, le entrate delle strutture dell'offerta provengono prevalentemente dalle risorse delle famiglie che accedono alle prestazioni (spesa out pocket), ed anche dalle imprese di assicurazione con cui le famiglie stipulano contratti di assicurazione volontaria. Tra i Paesi Ocse, tuttavia, solo gli Stati Uniti privilegiano il finanziamento privato.

I sistemi sostenuti dal finanziamento pubblico si classificano in base al meccanismo del prelievo obbligatorio che può essere di due tipi:

1. imposizione di contributi sociali (sistemi di *Social health insurance* – SHI, noti anche come sistemi mutualistici – modello Bismarck);
2. destinazione alla sanità di una quota di gettito della fiscalità generale (sistemi *tax-financed*, noti anche come servizi sanitari nazionali – modello Beveridge).

I sistemi di SHI offrono un collegamento più diretto tra sacrifici (prelievo contributivo) e utilità (assistenza ricevuta), in quanto il ventaglio dell'offerta è proporzionale ai contributi versati. Tra i vantaggi vanno considerati una migliore qualità complessiva ed una maggiore concorrenza tra gli erogatori, non essendo riconosciuta ai medici di base una specifica funzione di affidamento e guida del paziente. I limiti più importanti dei sistemi di SHI, sono costituiti dai maggiori costi di transazione che derivano dalla separazione tra acquirenti ed erogatori, la frequente assenza di copertura universale, le differenze anche significative tra gruppi di popolazione in termini di aliquote contributive, il numero variabile di prestazioni garantite, la qualità dell'assistenza non uniforme. I sistemi *tax-financed* sono invece tradizionalmente caratterizzati dall'integrazione delle responsabilità di finanziamento e di erogazione dei servizi (modello di Servizio Sanitario Nazionale). I sistemi *tax-financed* prevedono l'affidamento ai Medici di medicina generale

della funzione di *gatekeeping* (irrilevante nei sistemi SHI) con significativi benefici in termini sia di costi, sia di qualità dell'assistenza. Ulteriori benefici derivano dalla maggiore attenzione alla sanità pubblica e ai servizi ad essa correlati (prevenzione, assistenza domiciliare, assistenza agli anziani, ai malati terminali ecc.). Tuttavia nei vari sistemi *Tax* non mancano eccezioni significative. Per esempio molti sistemi *tax financed* (tra cui l'Italia) hanno introdotto la separazione tra acquirenti e produttori nonché elementi di remunerazione a tariffa, che sono invece caratteristici dei sistemi SHI.

I sistemi pubblici in tutti i paesi dell'area Ocse registrano gravi problemi di finanziamento del servizio sanitario e sono costretti ad affrontare enormi difficoltà economiche ed organizzative per garantire la sostenibilità del sistema di fronte alla crescente spesa per la soddisfazione dei bisogni e ed alle variazioni demografiche-epidemiologiche.

È allora lecito porsi la domanda se è stato opportuno passare, come è avvenuto in l'Italia nel 1978, da un sistema mutualistico (Bismarck) a un Servizio sanitario nazionale (Beveridge).

La risposta è sì.

Una recente ricerca dell'Ocse ha dimostrato, infatti, che i sistemi sanitari modello Beveridge si comportano, in media, meglio rispetto alla spesa sanitaria, allo stato di salute e al mercato del lavoro. Del resto, dal 1960 a oggi sono solo quattro i Paesi Ocse che hanno percorso il cammino opposto e, in tutti e quattro i casi, si trattava di Paesi dell'Est Europeo che tornavano alla tradizione prebellica dopo la caduta del comunismo.

### La sanità tra crisi economica ed emergenza sociale

#### A) Le dimensioni della crisi sociale

Nel Paese 8,3 milioni di italiani vivono in povertà e 15 milioni di cittadini sono a rischio povertà o esclusione sociale (24,7% della popolazione contro il 21,2% area euro). Il tasso di disoccupazione è arrivato al 12,9% (+1,1% su base annua), disoccupati sono 3,3 milioni, gli inattivi arrivano al 36,6% contro una media europea di 26,4%, il tasso di disoccupazione giovanile per la fascia tra 15 e 24 anni, è pari al 42,4%.

A fronte di questo progressivo impoverimento sociale le risorse destinate al Fondo nazionale per le politiche sociali (interventi di assistenza alle persone e alle famiglie) si sono progressivamente ridotte nel tempo. Dai 928 milioni di

euro del 2008 si è scesi progressivamente ai 218 milioni di euro del 2011. La legge di stabilità 2012 ha destinato al fondo appena 69,954 milioni di euro che la legge di stabilità 2013 ha incrementato di 300 milioni di euro per l'anno 2013.

Stessa sorte è toccata nel 2012 al Fondo nazionale della non autosufficienza che ha visto del tutto azzerate le sue risorse nazionali che ammontavano a 400 milioni nel 2010. Il fondo è stato nuovamente rifinanziato nel 2013 con 275 milioni, certamente non sufficienti al sostegno dei 3 milioni di non autosufficienti censiti in Italia.

All'impoverimento dei due fondi delle politiche sociali e della non autosufficienza si aggiunge la drastica riduzione del finanziamento dei fondi "sociali" della famiglia e delle politiche giovanili ed i tagli imposti alle Regioni dalle manovre economiche nel periodo 2010-2014 che avranno effetti anche sulle risorse regionali per il sociale come servizi sociali, indennità di accompagnamento ed altre mansioni trasferite di competenza alle Regioni

In questo contesto la Sanità diventa un importante ed insostituibile ammortizzatore sociale.

## B) Le dimensioni della crisi economica

Tutti i governi dell'ultimo decennio, ogni anno sono intervenuti sulla Sanità. Le manovre di contenimento della spesa si sono particolarmente intensificate negli ultimi tre anni, per frequenza ed entità.

Complessivamente nel periodo 2010-2014 sono stati operati tagli al finanziamento del Ssn pari a 31 miliardi di euro (Cortei dei Conti). Di conseguenza la spesa sanitaria pubblica e privata continua a scendere. Nel 2011 è diminuita del 1,6% rispetto all'anno precedente, posizionando l'Italia tra paesi che nell'area Ocse spendono meno, sia in termini di incidenza del Pil (9,2% contro una media pari a 9,6%) che di spesa pro capite, a parità di potere di acquisto 3130 dollari annui contro 4.500 di Germania, i 4085 di Francia e i 5.500 di norvegesi e svizzeri (Ocse relativi 2011).

In particolare la spesa sanitaria pubblica è stata nel 2012 pari a 110,8 miliardi euro, in diminuzione per il secondo anno consecutivo (era 118,7 miliardi nel 2010), con un'incidenza sul Pil del 7,1%. Anche la spesa privata, che negli anni 2002-2012 è passata da 23,3 a 26,9 miliardi, registra una diminuzione nell'ultimo anno dello 0,2%. A dimostrazione che sempre più italiani abbandonano le cure o si affidano a percorsi di cura low cost. Il 55,7% degli italiani ha rinunciato o è pronta a rinunciare a prestazioni mediche per motivi economici (Osservatorio sanità Unisalute).

A fronte di forte contenimento della crescita della spesa sanitaria i principali indicatori di salute registrano una buona performance del sistema. L'aspettativa di vita alla nascita, che è un importante indicatore determinato dal benessere economico, quindi risorse destinate all'accesso alle cure, e dalla qualità dell'assistenza sanitaria, vede l'Italia al primo posto dei paesi Ocse (82,3 anni) ed al secondo

posto nel mondo dopo il Giappone. Il livello di invecchiamento della popolazione, quindi il numero di anziani, è il dato che meglio integra il valore aspettativa di vita alle condizioni del sistema sanitario. Infatti, gli anziani sollevano maggiori problematiche di assistenza sanitaria (polipatologie, malattie croniche ecc.) per cui un'elevata popolazione anziana è un segnale di servizi sanitari che funzionano meglio. Ebbene l'Italia è il secondo paese per numero di anziani dopo la Germania (20,3%). Rispetto alla media Ocse sono buoni anche gli indicatori come la mortalità infantile (3,4 su mille nati vivi, Ocse 4,3), il tasso di mortalità ospedaliera a 30 gg dopo infarto del miocardio ed ictus, ed il tasso di mortalità standardizzato per 100mila abitanti (502 contro media Ocse 628).

Complessivamente un paese che spende meno rispetto agli altri paesi europei a noi più vicini per analogia sociale, geografica ed economica, ma che funziona meglio.

## C) Un paese sempre più diviso e disuguale

I sistemi regionali mostrano evidenti disparità sia in termini di spesa e di costi e sia nella organizzazione ed erogazione dei servizi sociosanitari.

La spesa sanitaria pubblica a livello regionale è fortemente differenziata in valori pro capite, basti pensare che tra la provincia autonoma di Bolzano, che ha spesa più elevata (2274 \$), e la Campania, che ha la spesa più bassa (1711\$), la differenza è di circa 500 euro, che corrisponde ad un quarto della media nazionale che è pari a 1.860 euro pro capite. Delle otto Regioni che spendono meno rispetto alla media nazionale ben cinque sono del Sud Italia, quattro delle quali in Piano di rientro (Puglia, Sicilia, Campania e Calabria). Un altro segno della crisi Rispetto all'anno precedente è la diminuzione del numero di Regioni con uno scostamento di spesa sanitaria pro capite positivo rispetto alla media nazionale superiore al 10%. Erano sei e passano a cinque (PA Bolzano, Valle d'Oste, PA Trento, Friuli, Molise). Gli scostamenti negativi più marcati si registrano in Campania (-8%) in Calabria (-7%) e in Sicilia (-6,5%).

Delle otto Regioni in piano di rientro (Piemonte Lazio; Abruzzo; Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) solo tre hanno registrato un utile di esercizio (Abruzzo, Piemonte e Puglia) le altre, anche a fronte di risultati di negativi, hanno migliorato il loro debito rispetto all'anno precedente. Questo a significare che la politica economicistica dei Piani di rientro è efficace sul fronte del contenimento della spesa, ma a prezzo di tagli a servizi e prestazioni. Lazio, Sardegna e Campania detengono l'89% del disavanzo totale.

## D) Principali problemi di sostenibilità

Se nel complesso la Sanità pubblica è finanziariamente in equilibrio con una spesa contenuta e una buona efficienza del sistema nel confronto internazionale, persistono elementi di forte criticità:

- 1) scarse ed insufficienti risorse per investimenti per il rinnovo tecnologico e infrastrutturale;
- 2) sul versante delle entrate una modalità di contenimento della spesa basata sulla compartecipazione dei cittadini (ticket) che se da una parte riduce i consumi di prestazioni sanitarie dall'altra manifesta una forte dose di iniquità;
- 3) sul versante della spesa si privilegia il governo dei fattori produttivi e non dei servizi quindi con occhio solo ai consumi senza tenere in considerazione gli outcome dei servizi. Si blocca il turn-over per consentire una drastica riduzione del personale e si riduce la spesa di beni e servizi, senza tenere in nessuna considerazione la maggiore appropriatezza organizzativa e funzionale di una azienda nell'utilizzo dei fattori produttivi, i risultati raggiunti ed i vuoti che derivano dai tagli. Una politica di tagli lineari che lascia complessivamente la geografia dei servizi immutata. Taglia qualche ramo ma non contiene nessun elemento di trasformazione, lascia immutate le cose che non funzionano come per es. le reti ospedaliere squilibrate (piccoli ospedali), le reti territoriali inadeguate, il sovraccarico ospedaliero, i vuoti assistenziali;
- 4) elemento del tutto nuovo, al contenimento della spesa pubblica non corrisponde una crescita della spesa privata out of pocket. Dopo anni di costante crescita, nel 2012 si è registrato -2,8% di spesa privata, e -8,5% di consumo di prestazioni specialistiche (Agenas);
- 5) altro elemento di criticità: il gap tra le Regioni si accentua sempre di più, in particolare le Regioni in piano di rientro si allontanano dagli standards produttivi di servizi e prestazioni garantite dalle altre Regioni.

## Le reazioni alla crisi

I Provvedimenti di risposta alla crisi economica finanziaria e al progressivo definanziamento del sistema sono stati diversi da Regione a Regione e sono stati dipendenti dalle condizioni strutturali e dalle capacità programmatiche delle singole Regioni.

In sintesi gli interventi di politica sanitaria si possono riassumere:

**1) Modificazioni della geografia dei servizi.** Si afferma nel tempo un cambiamento degli assetti istituzionali regionali attraverso un lento e progressivo accorpamento delle aziende pubbliche. Dalla prima ricognizione post D.lgs 502/92 al 2012 le Asl sono passate da 659 a 145 (-78%). Aumentano le loro dimensioni geografiche, collocandosi in un perimetro provinciale se non addirittura regionale, e l'entità dei fattori produttivi governati. In molte Regioni tende ad imporsi un rilevante gigantismo istituzionale (Marche: azienda unica, Abruzzo: 4 Asl, Umbria: 2 Asl, Emilia Romagna: Azienda Unica della Romagna) e si sperimentano forme di collaborazione orizzontale e verticale attraverso la condivisione di servizi (es. laboratori di analisi) e strutture amministrative e di logistica (magazzini, farmacie ecc.).

## 2) Trasformazione dell'offerta e del flusso delle

**prestazioni.** Obiettivo raggiunto seguendo più direttrici:

- Riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri (-16,9% nel periodo 2000-2011) molti dei quali sono convertiti in servizi a ciclo diurno (Dh, Ds) e incentivazione del trasferimento dal ciclo diurno a prestazioni ambulatoriali.
- Contemporanea riduzione dei Posti letto per acuti, tale da raggiungere il numero programmato (3%), trasformazione dei piccoli ospedali in centri di cura intermedie e primarie, realizzazione di reti ospedaliere integrate con reti territoriali.

Le Regioni più deboli non superano la rigida e consueta applicazione dei tagli lineari per cui si scavano sempre più profonde disuguaglianze sociali e si accentuano gli squilibri territoriali e geografici. La testimonianza di questi squilibri è data dalla dimensione raggiunta dalla mobilità sanitaria che nel 2012 interessa quattro milioni di cittadini, con 523 mila ricoveri provenienti da altre Regioni.

In ultima analisi possiamo affermare che la crisi economica ha favorito una trasformazione del sistema che, di fatto, ha superato l'originario modello costruito sul D.lgs 502.

Questo modello che collocava la Regione in un ruolo centrale di programmazione e regolazione dei molteplici "attori" locali concorrenti nella produzione di servizi e nell'erogazione di prestazioni specialistiche è stato sostituito con un modello gerarchico centrato su una diarchia costituita da assessore regionale/pochi DG, una specie di cabina di regia, dove la politica regionale è concertata tra pochi soggetti. Si impone quindi una politica sanitaria basata prevalentemente su logiche di stampo economicistico, costruita sui tagli e sulla concentrazione delle risorse, a prescindere da qualsiasi altra logica o modello di distribuzione dei servizi.

## Per una sanità come diritto alla salute

Secondo un'indagine Censis 9 milioni di italiani rinunciano alle cure secondo un copione che ricorda sinistramente l'esperienza della Grecia dove, a causa della crisi, si è registrato un aumento della mortalità generale annuale, un incremento delle malattie infettive a forte correlazione sociale come Hiv e Tbc ed un incremento dei suicidi (+ 40% sul 2007). Nel 2012 solo otto Regioni sono state in grado di assicurare i Lea ed il 55% dei cittadini ha fatto ricorso alle proprie tasche per procurarsi prestazioni che i ricambi dei ticket (+40% dal 2011 al 2012) e liste di attesa rendono sempre più difficili ottenere. Le ricette alla crisi, che possano allontanare il default del sistema sono conosciute, a cominciare dalla lotta agli sprechi ed alla corruzione come si deduce dalle ultime sentenze delle Corti dei Conti nel 2013 per illeciti nella sanità (complessivamente 103 milioni tra citazioni e sentenze definitive) Occorre trovare un bilanciamento tra obiettivi da raggiungere e politiche ed interventi di breve-lungo periodo. Occorre rispondere ai

bisogni attuali e nello stesso tempo prepararsi a rispondere ai bisogni del lungo periodo che saranno prevedibilmente sempre più influenzati da fattori esterni al Ssn (inquinamento, alimentazione, stili di vita). Occorre raggiungere un nuovo equilibrio tra assistenza, ricerca e formazione con un ampio coinvolgimento in questo senso dei professionisti (medici infermieri e altre professioni). Da questo punto di vista appaiono miopi quelle politiche che per prima cosa mirano al contenimento della spesa, all'equilibrio economico finanziario

a tutti i costi e con qualsiasi perdita. Questa logica non può applicarsi a un sistema che deve per prima cosa garantire i Lea e che considera il rispetto della persona e la tutela della salute come diritto fondamentale. Non sono condivisibili obiettivi di contenimento della spesa, come si è seguito con i piani di rientro, basati su sequenze di tagli che incidono negativamente su prevenzione primaria e secondaria, rinnovo della tecnologia, manutenzioni strutturali, risorse umane e ricerca.

## Il riordino della rete dei servizi sanitari ospedale e territorio Gruppo di lavoro: Mario Lavecchia, Francesco Melandri, Vincenzo Boccia

Da alcuni anni, ancorché a macchia di leopardo, sono in atto, in tutte le Regioni, azioni che stanno modificando profondamente l'organizzazione e la rete dei servizi sanitari. In particolare sono in discussione il ruolo e il posto dell'Ospedale nella rete complessiva assistenziale, il ruolo della Medicina Generale, l'organizzazione della assistenza primaria, lo "spazio assistenziale e gestionale" che le nuove figure professionali "stanno progressivamente occupando". Le ricadute di queste azioni riguardano tutti gli asset assistenziali: distribuzione e governo del posto letto, utilizzo delle tecnologie, posizioni degli stakeholders interni ed esterni, organizzazione e gestione delle risorse, incremento della complessità assistenziale negli ospedali ecc... fino a prefigurare una vera e propria trasformazione dell'intera rete assistenziale.

Esaminando più nello specifico le azioni troviamo che si stanno verificando su scala nazionale i seguenti fenomeni:

1. Diminuzione dei ricoveri ospedalieri e delle giornate di degenza, sia complessive sia per singolo episodio morboso.
2. Diversificazione dei setting di ricovero.
3. Ampliamento dei setting di assistenza primaria.
4. Nascita delle case della salute per assicurare una prossimità nell'erogazione delle cure ed un collegamento funzionale tra la rete ospedaliera e la rete del territorio.
5. Trasferimento di alcune pratiche diagnostiche / terapeutiche dall'ospedale all'assistenza primaria. Questa tendenza che progressivamente aumenterà nel tempo è in funzione dell'evoluzione tecnologiche e dell'acquisizione delle competenze necessarie.
6. Incremento dell'interazione interprofessionale e interdisciplinare.
7. Incremento dei pazienti con patologia cronica con inversione del rapporto acuzie/cronicità a favore di questa ultima.
8. Medicina proattiva e/o di iniziativa mirata ad evitare o rinviare nel tempo la progressione della malattia, a promuovere l'empowerment del paziente (e della comunità) e la qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale). Organizzazione dei Mmg in nuclei di cure primarie, medicina di gruppo o in rete.

Come diretta conseguenza di quanto sopra assistiamo a una diversa riallocazione delle risorse disponibili e a una trasformazione di tutta la rete assistenziale (letti di degenza ordinaria, day surgery, superamento del day hospital medico, lungo degenza – nelle sue varie forme – post acuzie, cure intermedie/ospedali di comunità, rete assistenziale socio sanitaria), con l'obiettivo dichiarato di

conservare standard di elevata qualità, adeguati al mutare delle condizioni sanitarie e sociali, ma anche economicamente sostenibili.

Le conseguenze si possono riassumere in:

1. Riduzione numerica delle strutture ospedaliere.
2. Progressivo cambiamento del ruolo tradizionale dell'ospedale (concentrazione delle casistiche complesse, rapidissimo avanzamento della complessità e dell'efficacia tecnica e tecnologica, incremento dei costi, degenze più brevi e limitate alle fasi iperacute, integrazione in rete, sviluppo delle attività a distanza ecc...).
3. Riduzione dei letti ospedalieri non solo per la prospettata applicazione degli standard.
4. Riorganizzazione degli ospedali "per intensità di cura".
5. Estendersi della pratica della chirurgia one day e/o quickly.
6. Mobilità dei professionisti, medici e non, dall'ospedale al territorio.
7. Implementazione di nuove strutture sul territorio, quali punti di riferimento anche fisici per la popolazione e porte di accesso e di integrazione di queste con la rete ospedaliera (cure intermedie, ospedali di comunità e rete sociosanitaria).

Tutto ciò ha delle ricadute immediate sulla professione che debbono farci riflettere su alcuni aspetti di ordine generale, sull'organizzazione del lavoro e sull'occupazione.

Le ricadute sulla professione ci impongono una riflessione:

1. Sulla necessità di ridefinizione delle competenze all'insegna delle capacità, delle conoscenze, dell'autonomia professionale e ai gradi di responsabilità, evitando o riducendo gli effetti negativi di una organizzazione "a canne d'organo" sull'intero percorso diagnostico terapeutico e in sintesi sul percorso assistenziale.
2. Sugli effetti che questo "chance management" sta producendo o può produrre nella gestione nel suo complesso e non solo nella gestione del posto letto.

Ricadute sull'organizzazione del lavoro e sull'occupazione:

1. Problema degli esuberanti che si possono creare con la riorganizzazione.
2. Ampliamento del fenomeno del precariato e contestuale prolungamento del periodo di precarietà.
3. Maggior integrazione funzionale con le cure primarie sia tra specialisti e Mmg sia delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.
4. Mobilità del personale sanitario dall'ospedale al territorio.
5. Graduazione delle funzioni dirigenziali sempre più monche nelle figure apicali.

Quali le risposte da dare? E come muoversi?

È necessario coordinare le singole azioni, muoversi

conoscendo e prefigurando l'obiettivo che si vuole raggiungere sapendo che in alternativa altri prenderanno le decisioni e noi ne subiremo le conseguenze.

## Principali campi di riflessione e di azione

1. Chiarire le responsabilità sia di ordine professionale che di ordine gestionale

- In attesa di modifiche a livello nazionale, a livello locale ogni volta che si riorganizza qualcosa nell'informazione che, comunque deve essere data ai sindacati, vanno individuate le responsabilità in modo chiaro ed inequivocabile.
- Contrastare l'organizzazione a canne d'organo che spezzettando i processi assistenziali ne vanificano l'esito.

Aprire il dialogo con le professioni sanitarie e governare il processo di riordino delle competenze.

2. Favorire l'eventuale uscita degli esuberanti

- Facilitare l'uscita di coloro che potrebbero con le regole pre Fornero.
- Per gli altri, in caso di esuberanti/ristrutturazione, a richiesta dell'interessato, applicare le norme della risoluzione consensuale onerosa già prevista nei Ccnl.
- Aprire il "passaggio" alla specialistica territoriale (ex sumai) e con diritto di prelazione.

3. Riqualificare la progressione di carriera perdurando la riduzione delle strutture apicali

- Sviluppo delle graduazioni degli incarichi dirigenziali sia in senso verticale che orizzontale nelle doppia valenza. professionale ed economica.: possibile anche con le attuali regole contrattuali. Non è più tollerabile che la meritocrazia sia solo uno slogan e poi nei fatti se si sbaglia si viene puniti e se si ha una elevata performance si può anche essere "declassati".
- Rivedere la tassonomia non per cambiare etichette, ma per dare spinta ad un reale e contestuale contenuto alle varie posizioni previste dalla graduazione delle funzioni dirigenziali.

4. Come favorire l'ingresso di nuove risorse

- Stabilizzazione, previo concorso riservato (!) dei precari dopo un periodo di 3 (?) anni.
- Applicazione delle nuove regole previste nel D.lgs ministro Poletti anche al precariato in sanità?

- Percorso formativo degli specializzandi che si conclude in ospedale (ultimi due anni?).

5. Posizione da prendere sul superamento /chiusura delle strutture di piccole dimensioni e/o su reparti che non hanno sufficienti competenze (quali/quantitative).

Problematiche analoghe riguardano il superamento dei reparti che non hanno "sufficienti" (a norma di legge e/o dei evidenze scientifiche) prestazioni per garantire sicurezza e le competenze necessarie (es. reparti di ostetricia con numero di parti anno inferiori a 500).

Tra una politica del muro contro muro è preferibile

- Privilegiare la sicurezza degli operatori e dei cittadini (garanzia della competenza).
- Governare i processi di mobilità (vedi sopra).
- Governare il passaggio verso gli ospedali di comunità.

6. Integrazione con gli specialisti ambulatoriali e Mmg

- Favorire le procedure delle dimissioni protette.
- Inviare al Mmg le lettere di dimissione ed eventuale suo coinvolgimento, anche prima della dimissione, nei casi che richiedono particolari "attenzione/monitoraggio" una volta che il paziente venga dimesso a domicilio.
- Concordare procedure o Pdta con il coinvolgimento di tutte le parti interessate.
- Individuare nella rete complessive assistenziali le competenze degli uni e degli altri favorendo una logica "in continuum" e non di "separati in casa".

Per concludere una sintesi sul nuovo profilo, che si sta creando, degli ospedali

- Ospedali per acuti e non per cronici.
- Maggior complessità assistenziale.
- Il posto letto non più il principale o l'indice privilegiato per definire l'importanza o meno di quello o questo ospedale.
- Il posto letto non più il solo parametro per definire anche le risorse umane da assegnare
- Ospedali non più cattedrali nel deserto.
- Realtà variabili ed in continuum con la sua area territoriale di riferimento.
- Superamento delle aree di degenza per disciplina.
- Riorganizzazione dei dipartimenti ospedalieri.
- "Gerarchizzazione" degli ospedali e non ospedali autosufficienti.



## Lo stato giuridico dei medici e dirigenti sanitari

Gruppo di lavoro: Costantino Troise, Carlo Palermo,  
Giorgio Cavallero, Alberto Spanò

### Uno stato giuridico adeguato ai professionisti

Indubbiamente, dopo il processo di aziendalizzazione medici e dirigenti sanitari, all'interno delle Aziende sanitarie, si sentono poco amati, controllati, vincolati alle norme che disciplinano l'organizzazione e ne fissano i livelli di subordinazione, limitando, non di rado, la stessa autonomia clinica.

Nei medici la crisi della identità professionale ha rafforzato la tentazione di chiamarsi fuori per dedicarsi alla purezza della professione, lasciando che sia qualcun altro a pensare alla gestione. Di qui l'insofferenza per una qualifica dirigenziale vissuta come etichetta priva di contenuti, di qui l'inseguimento di una netta separazione di percorsi di carriera tra professionali e gestionali, di qui la sottovalutazione delle vere motivazioni di contenzioso con le nuove professioni sanitarie.

Nella società moderna, però, per avere un peso occorre imparare a gestire e accettare un ruolo, anche di ordinatore della spesa, perché la stessa autonomia professionale oggi è minacciata dalla crescita di altre professioni che, curiosamente aspirano a propri Ordini e a quel ruolo dirigenziale che molti vorrebbero abbandonare. Il guaio è che siamo chiamati a impersonare un profilo di dirigente, cui è collegata una dimensione professionale e una di responsabilità nella gestione quotidiana e strategica delle risorse, senza forme di partecipazione ai modelli organizzativi e operativi aziendali. Tramontata anche l'attesa quasi messianica di un provvedimento legislativo che risolvesse questa contraddizione creando le premesse per l'affermarsi del governo clinico, che non è il governo dei clinici, ma la convergenza di valori, ruoli e responsabilità di professionisti diversi per un governo delle strutture sanitarie finalizzato ad obiettivi di salute, occorre porsi nuovi traguardi.

Lo stato giuridico del medico ospedaliero, e del dirigente sanitario per le diverse peculiarità professionali, costituisce un ossimoro peculiare: dipendente, per collocazione all'interno del pubblico impiego e dirigente, sia per la natura intrinseca di interprete dei bisogni di salute dei cittadini, sia per il trasferimento di delega della proprietà nella gestione di risorse anche ingenti. In tutti i medici sia pure con grado e intensità differente sono presenti i due ruoli, essendo la responsabilità gestionale insita in ogni atto medico per la valenza delle risorse impiegate e comportando ogni scelta clinica una decisione etica ed economica di cui il medico è responsabile. Nella morsa della crisi e dell'attacco ai sindacati e al Ccnl l'ossimoro disegnato dal D.lgs 229/99 mostra tutti i suoi limiti che ne decreteranno la fine se non si individuano soluzioni in grado di disegnarne una evoluzione.

Il punto da cui partire per avviare una riflessione è il fatto che ci troviamo sempre più stretti nel contenitore del pubblico impiego, nel quale non ci riconosciamo e che tratta allo stesso modo professionisti, cui è demandata la tutela di un bene prezioso, quale la salute, e l'impiegato comunale. Insomma, "il disagio della professione è reale e chiede risposte" (Bianco). Occorre riflettere su questa situazione senza illudersi sull'esistenza di scorciatoie, quale potrebbe apparire la semplice separazione dei percorsi di carriera.

### Uscire dalla dipendenza? E per andare dove?

La riflessione, certo, è ancora acerba e sappiamo, con certezza, solo ciò che non vogliamo senza avere ancora inquadrato un orizzonte. Constatiamo, intanto, che l'attuale contenitore penalizza i medici ed i dirigenti sanitari e non è coerente con la loro natura professionale, la specificità e la delicatezza dell'attività che essi svolgono all'interno delle strutture sanitarie. All'interno del Ssn oggi sono considerati semplici dipendenti cui è affidato un incarico professionale piuttosto che professionisti che lavorano per il Pubblico, tanto è vero che per le aziende non sono altro che uno dei tanti fattori produttivi di un modello organizzativo rimasto l'ultima espressione di fordismo, almeno in Italia. Occorre una riscrittura del lavoro medico all'interno delle organizzazioni sanitarie con un ragionamento a tutto campo che non escluda, se necessaria, una modifica dello stato giuridico. Anche ridisegnando modelli di organizzazione e gestione all'interno dei quali recuperare un ruolo professionale, sociale e politico che risponda coerentemente a tutte le specifiche caratteristiche della professione e del suo compito primario, cioè la tutela della salute dei cittadini.

Non si riscontra mancanza di affezione alla professione quanto una forte disaffezione nei confronti del proprio posto di lavoro. Manca uno spirito di appartenenza e una condivisione di valori, complice anche l'incertezza cognitiva sui percorsi strategici, la scarsa trasparenza nella gestione delle risorse, l'irrelevanza cui le categorie professionali sono tenute dalla prosopopea di una certa cultura aziendalista che pensa di potere costruire maxi aziende con mini medici e mini dirigenti sanitari. Ed anche l'invadenza pervasiva della politica che cerca e trova altri cavalli su cui puntare per le proprie sorti elettorali. Per invertire la rotta, le categorie dei medici e della dirigenza sanitaria devono decidere finalmente cosa vogliono diventare, ritrovando innanzitutto l'orgoglio professionale per riaffermare i valori in cui credono, per i quali hanno studiato, per i quali sono stati formati ed hanno prestato giuramento. E per

riafferarli in maniera unitaria. Questo è un elemento indispensabile per qualsiasi processo di trasformazione, che non può prescindere da una partecipazione convinta della maggioranza dei medici italiani e dei dirigenti sanitari che sono uniti nel denunciare un diffuso disagio e una crescente insofferenza verso il modello aziendale. Tanto è vero che abbiamo inseguito per anni un provvedimento legislativo che speravamo attuasse il mitico governo clinico. Il problema che abbiamo ancora di fronte è in sostanza quello di progettare un nuovo sistema che ricostruendo i valori di appartenenza alla professione privilegi le risorse sociali nei confronti dei valori economici, superando la dicotomia tra sviluppo dei temi professionali e l'attuale modello organizzativo nel quale il professionista è spinto ad identificarsi se vuole progredire nella carriera.

La questione dello stato giuridico di Medici e dirigenti sanitari dipendenti è collegata alla necessità di ripensare l'attuale modello di governance, di fatto un potere monocratico su cose e persone, e quindi i rapporti tra contenuto e contenitore. A partire dalla consapevolezza che chi non rivendica responsabilità ed autonomia nell'esercizio di un ruolo accetta di essere gestito, senza alcun potere negoziale nei confronti del management e senza forme di partecipazione ai modelli organizzativi ed operativi aziendali. Occorre riflettere per trovare risposte a un disagio professionale, esteso e reale, aspetto dell'eterna "questione medica", esorcizzata ma non risolta in questi anni, a dispetto del tentativo di normalizzare la categoria con un attacco a tutto campo. I Medici, e gli altri dirigenti sanitari, si percepiscono privi di prospettive e stretti nel contenitore del pubblico impiego che non valorizza le specificità di coloro cui è demandata la tutela di un bene prezioso, quale la salute, e nega ogni rapporto con la struttura e le prerogative della professione nonché la garanzia dei suoi caratteri distintivi. Occorre cominciare dai meccanismi di progressione di carriera per realizzare una ri-collocazione all'interno di organizzazioni votate al puro controllo dei costi e da una ri-lettura dell'organizzazione del lavoro per affermarci non come parte del "problema" quanto della soluzione. Inutile, perciò, adattarci alle necessità aziendali tirandoci fuori dai codici etici e deontologici.

Per ri-partire dalla valorizzazione della professione e sciogliere un groviglio di nodi strutturali e sovrastrutturali, la Categoria speciale può rappresentare una soluzione, ma non è l'unica. Occorre sparigliare e trovare la mossa del cavallo. Innanzitutto l'agibilità politica di porre 115.000 professionisti come categoria speciale, in secondo luogo la consapevolezza del limite di rinunciare ad organizzazioni, strumenti, prerogative di carattere sindacale a fronte di benefici incerti.

## **Altra soluzione potrebbe essere quella di professionisti che lavorano per il Pubblico come lo sono i medici in convenzione?**

Anche qui, c'è un problema di numeri oltre che di valutazione

realistica di costi e benefici. Ma soprattutto occorre conciliare uno status di libero professionista con l'affidamento di risorse umane, tecnologiche, economiche.

Altra soluzione potrebbe essere insistere e rivisitare su presupposti diversi e più coerenti con la natura peculiare del sistema di tutela della salute dei cittadini del carattere di "dirigenza speciale" delineato dall'art.15 del D.lgs 502 e s.m.. Il D.lgs del 2009 n. 150, nel riscrivere almeno in parte le disposizioni dedicate dal D.lgs. n. 165 del 2001 alla dirigenza (o ero quelle del titolo II, capo 11), appare direttamente ed immediatamente applicabile alla sola statale, ponendo tale decreto, per le altre dirigenze (si pensi a quella locale ex art. 109/110 D.lgs 1882000 n. 267), solo principi cui adeguarsi nel rispetto della propria autonomia regolamentare e statutaria fatte salve le rispettive discipline speciali. Insomma, a prescindere anche dalla esistenza o meno di una perdurante (ed esclusiva) sfera di autonomia legislativa statale nell'ambito della disciplina del rapporto di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni (ivi compresi quelli degli enti del Ssn) riferibile all'art. 117, comma 2 lett. 1) ed m) della Costituzione, le disposizioni di cui al titolo IV, di cui al D.lgs n. 502/1992 devono ritenersi non abrogate da quelle, sia pure sopravvenute, a carattere "generale" contenute nel D.lgs n. 150/2009.

Una conferma di siffatta conclusione si rinviene ancora nel medesimo DLgs. n. 150/2009, il quale nel ridisegnare i comparti della contrattazione collettiva, prevede espressamente che "una apposita sezione contrattuale di un'area dirigenziale riguarda la dirigenza del ruolo sanitario nazionale, per gli effetti dell'articolo 15 dal decreto legislativo del 1992 n. 502" (art. 40, comma 2, D.lgs n. 165/2001 come novellato dall'art 54 D.lgs. n. 150/2009), cosicché non v'è dubbio che le novità del D.lgs n. 150/2009 vanno necessariamente "calate" e rilette alla luce della tuttora vigente specialità (normativa) della dirigenza sanitaria del Ssn. Il che vuol dire che articoli del medesimo D.lgs n. 150/2009 risultano applicabili alla dirigenza del Ssn solo e soltanto qualora operino espresso riferimento a detta dirigenza ovvero non siano derogate dalla disciplina.

Si tratta allora di rivedere e accentuare fortemente il carattere "speciale" della dirigenza del Ssn rafforzandone in termini certi l'autonomia sia nel profilo professionale che gestionale che rendono peculiare la "funzione" sanitaria, dando contenuti e riconoscimenti certi alle singole posizioni e certezza alle azioni professionali specifiche, e ciò anche attraverso un supporto di modifica legislativa che tenda anche a superare il fallimentare disegno "aziendale" della 502 che ha mostrato e mostra costantemente la sua assoluta inadeguatezza.

Qualsiasi processo di trasformazione non può prescindere da una partecipazione convinta della maggioranza dei medici e dirigenti sanitari italiani. Che non si rassegnano all'idea che un paese civile possa rinunciare a quel valore fondamentale costituito da un sistema sanitario pubblico e nazionale e dal lavoro dei professionisti al suo servizio.

## Le moderne reti assistenziali: la centralità dei bisogni e l'integrazione del nuovo ospedale sul territorio

Gruppo di lavoro: Carlo Palermo, Alfonso Brescia, Chiara Rivetti

### Riassunto

In un contesto di crisi economica e di definanziamento del Ssn, è necessario che il mondo dei dirigenti medici e sanitari del Ssn si ponga nuovi obiettivi di assetti organizzativi del sistema in cui quotidianamente esprime i propri valori professionali. Appare prioritario garantire equità, continuità ed omogeneità di accesso alle prestazioni sanitarie e servizi di qualità per tutti i cittadini. In questa ottica, gli ospedali isolati tra di loro e separati dal territorio che li circonda non rappresentano più una risposta ai nuovi bisogni imposti dall'evoluzione demografica ed epidemiologica ed anche dalla crisi economica. Oggi è indispensabile programmare e progettare sempre più in modo integrato ed in termini di reti di Ospedali, coordinata e integrata con la complessità delle altre strutture ed attività presenti nel Territorio.

La tesi è svolta attraverso tre punti ed ognuno contribuisce con le proprie peculiarità a chiarire le nuove politiche di integrazione in campo sanitario.

Nel primo punto, partendo dai nuovi assetti federalisti sviluppati in Italia, si affronta il tema della sussidiarietà come logica generale di articolazione amministrativa, anche in senso verticale, e di valorizzazione delle Comunità, rispetto ai tentativi di neocentralismo regionale nei processi gestionali in sanità.

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

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

### 1. Federalismo territoriale sanitario: un'idea generale di governo del sistema

In una bella intervista a "Dirigenza Medica" di alcuni anni fa, Ivan Cavicchi affermava la necessità di distinguere con grande nettezza la devoluzione dal federalismo: *"La devoluzione è un'idea banale di trasferimento di poteri dal centro alle istituzioni periferiche. Il federalismo è una dottrina sociale che ha come suo caposaldo il valore della comunità. Mentre la devoluzione si limita a togliere poteri alle istituzioni centrali per darli a quelle periferiche, nel federalismo si tolgono poteri al centro, si danno alla periferia perché questa li ridistribuisca*

*nella comunità. Questo vuol dire partecipazione, codecisione, condivisione degli obiettivi e ruolo decisionale degli operatori."*

Caratteristica fondamentale del processo di decentramento sanitario è la sussidiarietà: lo Stato deve intervenire nell'organizzazione solo quando il singolo cittadino, o con un processo successivo di deleghe, il comune, la città metropolitana o la regione, non sono in grado di svolgere quella determinata funzione (Art. 118 della Costituzione). La sussidiarietà implica pertanto lo sviluppo di forme ed ambiti per il governo e la gestione dei servizi vicini ai luoghi della cittadinanza e della formazione dei bisogni. Un reale decentramento potrebbe quindi portare ad indubbi vantaggi, come la maggiore responsabilizzazione degli erogatori di spesa, che vengono a coincidere con la fonte che finanzia il servizio, e l'utile vicinanza dei cittadini alle istituzioni responsabili della sanità, che favorirebbe i meccanismi di migliore rappresentazione dei bisogni sanitari ed anche di controllo democratico.

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

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

Attualmente il Ssn è palesemente sottofinanziato. L'Italia ha

una spesa pubblica per il Ssn intorno al 7,2% del Pil (dati Ocse riferiti al 2011) ed una spesa totale (pubblica + privata) che arriva al 9,2%. La Germania spende nelle due componenti l'11,3% del proprio Pil, mentre la Francia arriva all'11,6%. La crisi economica che il Paese sta attraversando ha determinato dal 2010 al 2014 tagli al finanziamento del Ssn per circa 31 miliardi di €. Negli ultimi anni alcune Regioni, per gli importanti deficit accumulati sono state costrette a piani di rientro che hanno avuto pesanti conseguenze sull'erogazione dei servizi. Ivan Cavicchi parla di defianziamento per indicare questo fenomeno perché "il disavanzo prodotto non sarà mai più ripianato ed eventualmente compensato con riduzioni delle coperture".

Questo fenomeno ha pesanti conseguenze sulle fasce economicamente più deboli della popolazione. La spesa *out of pocket* che negli anni aveva raggiunto circa il 23% della spesa sanitaria globale nel nostro paese, dato anomalo in sistemi sanitari su base universalistica, tende a diminuire a causa della rinuncia alle cure che sembra interessare almeno 9 milioni di cittadini. Secondo recenti dati Istat la spesa delle famiglie per la salute è calata di circa il 12% nel 2013 rispetto agli anni precedenti.

E' oramai evidente che il cronico sottofinanziamento del Ssn sta lentamente determinando una pericolosa centralizzazione delle politiche sanitarie regionali, finalizzate al "controllo" degli erogatori di spesa.

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

In alcuni modelli organizzativi che sono in corso di sviluppo nelle Regioni, è il ruolo stesso delle attuali Aziende sanitarie, in genere con un riferimento territoriale provinciale, che rischia di essere messo in crisi, sospese come sono tra "concentrazione" (Azienda sanitaria unica regionale, Area Vasta con bacino interprovinciale) e "frammentazione" (esperienza delle Società della Salute in Toscana, attualmente in fase di ripensamento). È indubbio che la centralizzazione in ambiti più vasti ed adeguati di alcune funzioni amministrative (per esempio gestione buste paga e acquisti di beni e servizi) possono determinare un reale risparmio di scala. Il trasferimento di altre funzioni (come informatizzazione, politiche della formazione e del personale) potrebbe determinare uno svuotamento delle capacità organizzative delle Aziende sanitarie rendendole incapaci di adattarsi alle realtà sanitarie che sono complesse ed in continua evoluzione. Il rischio è che il collocamento del governo e della gestione delle strutture sanitarie in "luoghi" eccessivamente lontani dai territori dove nascono i bisogni dei cittadini e si esercita la professione porti ad un eccesso di pianificazione e ad una burocratizzazione dell'intero sistema, affidando le scelte di fondo di allocazione delle risorse a tecnocrati di nomina regionale e a "poteri forti" autoreferenziali. Anche la creazione di nuovi soggetti come le Società della Salute (SdS) per governare le politiche del Territorio rischia, come è avvenuto in Toscana, di determinare un passaggio da una programmazione, governo e gestione unica del Ssr ad un sistema basato sulla concertazione tra soggetti diversi sotto il profilo giuridico (SdS e Az. Usl), anche se fortemente integrati negli organismi di governo e nei processi di programmazione. L'introduzione di logiche di gestione diverse potrebbe determinare una rottura trasversale tra Ospedale e Territorio. La frammentazione del ciclo assistenziale potrebbe quindi avere effetti negativi sul "prodotto" salute in termini di qualità e costi. Forse è utile allora che le Aziende sanitarie diventino strumento delle Autonomie locali. Queste ultime, in particolare i Comuni essendo le Province in corso di soppressione, dovrebbero assumere un ruolo più incisivo, sia all'interno dei processi di programmazione e pianificazione, sia nel corso dei processi di verifica e rettifica dell'organizzazione dei servizi, assumendosi anche l'onere

## Tabella I - Le conseguenze del defianziamento del Ssn

- Taglio dei servizi e delle prestazioni (Livelli assistenziali minimi o "eventuali"?).
- Riduzione del personale medico e sanitario (- 20.000 addetti nel 2012 rispetto al 2009).
- Riduzione degli acquisti di beni (farmaci, kit per laboratorio, materiale chirurgico, protesi, devices.....).
- Ticket in aumento che portano fuori mercato le prestazioni fornite dal servizio sanitario pubblico in ambito diagnostico e terapeutico e favoriscono l'offerta del privato per le fasce di popolazione economicamente più agiate.
- Mancato rinnovo delle tecnologie, obsolescenza strutturale degli ospedali, abbassamento degli standard di sicurezza.
- Finanza "creativa" (cartolarizzazione, lease back, project financing.....).
- Indebitamento sul mercato finanziario (costo aggiuntivo di 300/400 mln di €/anno).
- Ritardo nei pagamenti dei fornitori (> 600 giorni, incidenza sui costi della fornitura).
- Cessione ai privati delle attività (dati del Ministero della Salute e Istat che evidenziano un ruolo crescente dei privati)

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

In ogni caso, per evitare che il diritto alla salute diventi una variabile dipendente dal codice di avviamento postale di ogni cittadino, dovrebbero essere rafforzati i poteri dello Stato in termini di definizione dei Lea e controllo della loro effettiva erogazione, di determinazione dei Livelli Essenziali Organizzativi, di tutela di alcuni "fili verticali" come il contratto nazionale di lavoro e lo stato giuridico dei dipendenti, per assicurare unitarietà ed uguaglianza al sistema.

## 2. La rete ospedaliera integrata

Da alcuni anni è in corso in Italia una profonda ristrutturazione della rete ospedaliera per meglio rispondere alle mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche in un contesto di limitazione delle risorse economiche. La

Legge Balduzzi del 2012 indica l'obiettivo di portare gradualmente al 3,7‰ abitanti il numero di posti letto per pazienti acuti e post-acuti (lungodegenze e riabilitazione). Il dato è preoccupante perché rappresenta una delle dotazioni più basse nella realtà europea (Media EU 27= 5,5 per mille abitanti). È noto dalla letteratura scientifica che indici di occupazione dei posti letto superiori all'80-85% ed un elevato turnover dei pazienti incrementano la diffusione delle malattie infettive e la mortalità intraospedaliera per la minore attenzione rivolta ai casi complessi da parte delle équipe mediche ed infermieristiche che lavorano sotto stress. Alla ristrutturazione della rete ospedaliera è associato un processo di deospedalizzazione con l'obiettivo di portare al di sotto del 160‰ abitanti il tasso di ricoveri. Tali processi si articolano a livello ospedaliero secondo varie direttrici operative: la chiusura o riorganizzazione dei piccoli ospedali con meno di 100-120 posti letto; la riconversione in prestazioni ambulatoriali di attività attualmente svolte in regime di ricovero (sia ordinario che di Dh); il miglioramento delle attività di "filtro" al ricovero, con la previsione a livello del Ps di adeguati spazi di "osservazione breve intensiva" entro le 24 ore dall'accesso; la dimissione programmata verso forme assistenziali e strutture di ricovero sanitario intermedio e post-acuzie; il trasferimento nel regime diurno di prestazioni attualmente erogate con regime ordinario; l'adozione di modelli organizzativi come la *week-surgery*; l'ospedale organizzato per intensità di cure che attraverso il superamento del concetto di "reparto" punta ad una piena utilizzazione della risorsa posto letto e una maggiore flessibilità organizzativo-assistenziale.

Anche la quota di fondo sanitario nazionale destinata all'ospedale si sta progressivamente riducendo. L'ultimo Psn prevede per l'Ospedale il 43% del finanziamento, per la prevenzione il 5% e per le attività territoriali il 52%.

La rete ospedaliera, anche in base al progetto elaborato dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, dovrebbe basarsi per le attività diffuse (II° livello) su Ospedali zonali o provinciali di piccole-medie dimensioni (da 120 a 500 posti letto in base alla popolazione di riferimento, comunque non inferiore a 70-80.000 abitanti) dedicati alle urgenze/emergenze, alla terapia intensiva e subintensiva, alla chirurgia generale e specialistica, alla medicina interna e specialistica, con un dipartimento materno/infantile se i parti superano i 500 per anno (in prospettiva 1000 per anno), supportati da moderni servizi di diagnostica per immagini (Tac, Rmn), endoscopica e di laboratorio.

Gli Ospedali di riferimento regionale per l'alta specialità (III livello) dovrebbero avere una dotazione di posti letto intorno a 700-800, soglia massima superata la quale l'esperienza dimostra che insorgono problemi di efficienza.

Le attività di alta specializzazione (III livello) è opportuno che siano governate in un ambito interprovinciale o di Area Vasta per far meglio corrispondere domanda e qualità dell'offerta.

In ambiti importanti della chirurgia (tumori della mammella, del pancreas, dell'esofago, della prostata etc.) e della medicina interventistica il rapporto tra numero delle procedure eseguite e qualità del risultato è oramai ben documentato anche sotto il profilo degli studi scientifici. Per alcuni settori (trapianti, malattie rare) bisognerà sviluppare integrazioni inter-regionali.

Le reti integrate di servizi compongono due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e contenimento dei costi e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso. La centralizzazione delle funzioni dovrebbe però avvenire solo per la reale alta specialità (cardiochirurgia, cardiologia interventistica, neurochirurgia, trapianti, terapie oncologiche avanzate, malattie rare, traumi maggiori e poco altro). Il modello delle reti integrate prevede che ad una determinata soglia di complessità, si trasferisca la sede dell'assistenza da unità ospedaliere periferiche ad unità centrali di riferimento ad elevata complessità organizzativa (*hub*). Le unità periferiche (*spoke*) non vengono espropriate sotto il profilo professionale e culturale in quanto partecipano alla gestione globale del paziente garantendone la selezione, l'invio e la ripresa in carico per il *follow-up* in cronico. Siamo di fronte quindi ad un'organizzazione complessa, sviluppata orizzontalmente, in cui una pluralità di soggetti autonomi, che offrono una gamma di servizi tra loro integrati, si lega attraverso intensi rapporti di collaborazione, al fine di raggiungere specifici obiettivi di salute. La caratteristica principale che contraddistingue un network risiede nella sua

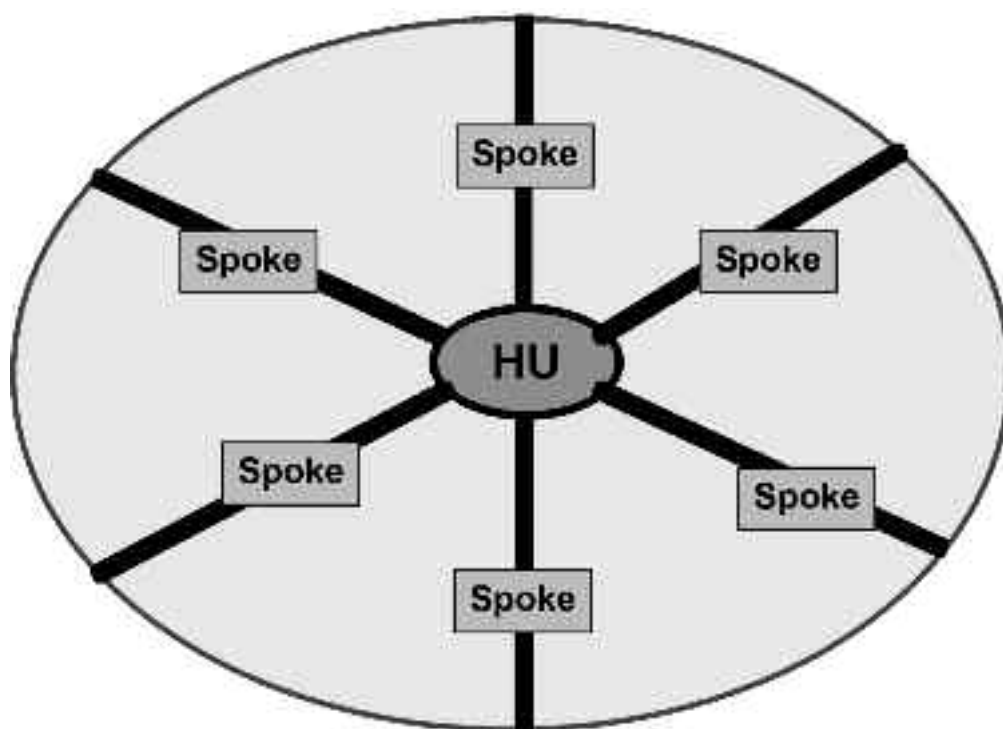
capacità di mantenere un elevato grado di autonomia a livello di ciascuna struttura aderente.

Il concetto di rete integrata ha una rilevante implicazione di politica sanitaria, in quanto nega la competizione fra singole unità operative della rete e ne richiede la loro cooperazione, secondo diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito. Il controllo democratico e partecipato del sistema, da effettuare attraverso Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico, favorisce lo sviluppo omogeneo e dinamico della rete, attivando processi di complementarietà fra le strutture, per cui un servizio può svolgere il ruolo di *hub* per una determinata patologia e di *spoke* per un'altra, garantendo dimensioni e composizione ottimali delle unità operative, dal punto di vista funzionale ed economico.

Il modello della rete in definitiva sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture diverse. Ciò risulta utile:

- per garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale/Ospedale e Ospedale/Territorio, in modo da rispondere ai bisogni del soggetto malato;
- per evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità;
- per ricomporre due esigenze tra loro apparentemente contrastanti: la necessità di concentrazione dei servizi per garantire qualità tecnica e la necessità di diffusione dei servizi per facilitare l'accesso.

Figura 1 - Rete ospedaliera secondo il modello Hub&Spoke



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

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

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

### 3. L'integrazione Ospedale/Territorio

L'attuale evoluzione epidemiologica in campo sanitario è caratterizzata dall'esplosione di forme morbose neoplastiche (circa 250.000 nuovi casi ogni anno) e cronico-degenerative, queste ultime, in particolare nel settore cardiovascolare e pneumologico, soggette a frequenti episodi di riacutizzazione e instabilizzazione.

Nei prossimi 30-40 anni, sia per l'invecchiamento della popolazione con una prevalenza crescente delle età oltre i 65 anni (dagli attuali 12 milioni di over 65 si passerà a circa 15 milioni nel 2025, per arrivare a circa 18 milioni nel 2050) sia per il migliore trattamento delle fasi acute delle forme morbose con conseguente riduzione della mortalità precoce, si andrà incontro ad un rilevante incremento della prevalenza nella popolazione totale di queste forme cliniche cronico-degenerative (cardiopatía ischemica, scompenso cardiaco, Bpco, insufficienza renale, vasculopatie cerebrali e periferiche, malattia di Alzheimer, etc.) spesso coesistenti tra loro. Per avere un'idea delle conseguenze economiche associate a questi processi demografici ed epidemiologici, basta considerare che entro il 2030 è atteso un raddoppio

della prevalenza dello scompenso cardiaco nella popolazione generale (dall'1,5-2% attuale al 3-4%) e che lo scompenso cardiaco da solo già oggi assorbe circa l'1,5% delle risorse pubbliche totali destinate all'assistenza sanitaria (in Italia circa 1,3 miliardi di € riferendosi al finanziamento pubblico del Ssn per il 2006).

L'Ospedale è un "tassello" del percorso assistenziale sempre più piccolo in termini temporali, con una concentrazione crescente di tecnologie, di complessità e intensità di cure e, conseguentemente, di costi. Da ciò si delinea un Ospedale che deve avere forti relazioni con il Territorio e tutto ciò deve tradursi in concreti elementi organizzativi e strutturali.

Il trattamento moderno richiede una presa in carico globale del paziente (*disease management*) con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali: ricoveri ospedalieri limitati alle fasi iniziali diagnostiche e terapeutiche e alle instabilizzazioni gravi, sviluppo di strutture *low care*, ambulatori dedicati per il *follow-up*, assistenza domiciliare integrata, sviluppo delle cure primarie e dell'integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

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

L'invecchiamento della popolazione richiede la copertura non

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

## Conclusioni

Il sistema sanitario, sia a livello nazionale che nelle singole regioni, sta mettendo in atto un profondo ed irreversibile processo di cambiamento dei rapporti tra componenti, con la progressiva riduzione dei posti letto ospedalieri, l'incremento relativo delle attività a ciclo diurno ed ambulatoriale rispetto alle cure a ciclo continuo, la crescita delle risorse impiegate nelle attività sanitarie svolte sul territorio. L'Ospedale, che si caratterizza sempre di più nel ruolo di

struttura dove si attuano le terapie complesse e dove si concentrano le tecnologie, assiste ad una profonda revisione della propria struttura e organizzazione: nel prossimo futuro, in base alle scelte fatte dai decisori politici, dovranno conciliarsi l'organizzazione dei reparti secondo l'intensità dell'assistenza e della cura, la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale ed il consolidamento della rete ospedaliera nell'ambito delle cosiddette Aree Vaste. Il principio ispiratore su cui si basa la continuità delle cure è quello dell'interattività con le altre componenti del sistema: nella concezione unitaria della rete dei servizi sanitari, il ricovero ospedaliero rappresenta solo uno dei momenti del percorso diagnostico e curativo. Le attività di prevenzione, diagnosi, follow-up e le terapie che non necessitano di ricovero devono essere effettuate sul Territorio ed in diretta vicinanza con le aree residenziali, sfruttando in un processo di integrazione le insostituibili professionalità espresse dal mondo ospedaliero. Deve pertanto essere posta la massima attenzione nel costruire una efficace integrazione e continuità dell'intero processo, la cui realizzazione viene a costituire un obiettivo primario anche per l'Ospedale. Tutto questo risulterà impossibile senza facilitare al massimo il dialogo con il Territorio, in particolare con i medici di medicina generale, e lo scambio di competenze e informazioni fra tutti gli attori del sistema.

---

## L'ospedale organizzato per intensità di cure Tra criticità e opportunità

Antonio Delvino, Carlo Palermo

La riorganizzazione degli ospedali secondo il principio dell'"intensità delle cure" è da qualche anno al centro dell'attenzione di chi ha compiti di programmazione in ambito sanitario, soprattutto perché mediante l'implementazione di questo modello si cerca di rispondere alle esigenze di razionalizzazione delle risorse e di una loro maggiore produttività che appare come una condizione ineludibile perché si possa conservare il Servizio Sanitario Nazionale e i suoi principi di equità, solidarietà e universalità.

Probabilmente proprio tali aspettative hanno determinato alcuni errori metodologici nel processo di trasformazione dalla tradizionale organizzazione degli ospedali nella nuova e soprattutto hanno aumentato il livello di diffidenza e di resistenza da parte degli operatori.

Recentemente Federico Lega, in un pregevole articolo pubblicato sul "Sole 24 ore – Sanità" ha opportunamente precisato che *"quando si parla di un ospedale per intensità non si deve pensare a un modello preconstituito, quanto a una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'ospedale"*. Proviamo pertanto a delineare

sulla base dei documenti prodotti da alcune Regioni, in particolare Toscana, Emilia Romagna e Lombardia, quali iniziative caratterizzano questa nuova filosofia organizzativa e a valutare quale sia lo stato dell'arte in Italia.

In un ospedale organizzato per "intensità di cure", proprio per favorire il razionale l'uso delle risorse e l'appropriato uso delle strutture, ciascun paziente viene indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi; obiettivo prioritario è fornire un'assistenza continua e personalizzata, per cui i pazienti sono raggruppati in base a bisogni omogenei; in tale organizzazione il paziente è al centro del sistema. Essere preso in carico da un riferimento certo vuol dire avere tempestive informazioni sullo sviluppo del proprio percorso di cura, essere ascoltato, rassicurato, accolto in un ambiente confortevole in cui vengano tutelate la privacy ed in senso lato la dignità, affinché egli possa percepire omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

Per perseguire tale scopo sono previsti blocchi funzionali uniformi per tipologia e livello di cure prestate, dove insistono in modo paritario e integrato le diverse



# L'ospedale organizzato per intensità di cure

professionalità specialistiche omogenee o complementari, nel senso che gli operatori appartenenti a tali specialità contribuiscono alla realizzazione delle varie fasi del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, ponendo le esigenze della propria disciplina e dell'organizzazione in posizione subalterna rispetto a quelle del paziente e del suo percorso di cura; viene richiesta peraltro una revisione delle modalità con cui vengono gestiti i rapporti tra le diverse professionalità operanti in ospedale (medici, infermieri, tecnici), nel senso che permane l'esigenza di una ben chiara gerarchia "funzionale", ma alcuni ambiti di competenza passano ordinariamente dai medici ad altre figure professionali. Vengono superati gli "steccati" tra le unità operative specialistiche favorendo l'integrazione delle risorse, sia mediante una adeguata progettazione degli spazi, sia attraverso la creazione di un apparato organizzativo che faciliti l'integrazione tra gli operatori più frequentemente chiamati a cooperare per la realizzazione dei percorsi assistenziali.

Nella pratica l'ospedale è organizzato nei tre seguenti livelli:

**Livello 1, ad elevata intensità:** comprende le degenze intensive e sub-intensive; l'accesso avviene prevalentemente attraverso i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza; in tale livello si auspica che, proprio per evitare consumi impropri di risorse preziose e pertanto costose, i letti per terapia intensiva e quelli destinati a pazienti in terapia sub-intensiva, siano collocati in stretta contiguità permettendo il rapido spostamento dei pazienti da un sub-livello all'altro valutando tempestivamente l'evoluzione dei parametri vitali in senso migliorativo o peggiorativo.

**Livello 2, a media intensità:** comprende le degenze per acuti, distinte in area medica, area chirurgica e area materno-infantile; l'accesso può essere programmato o avvenire, prevalentemente, tramite i Dipartimenti di Emergenza Urgenza. Nel livello 2, in particolare di area medica, va a confluire la gran parte della casistica, che continua a presentare al suo interno importanti elementi di differenza di complessità medica ed infermieristica (severità clinica, instabilità/stabilità, complessità assistenziale). Esistono diverse soluzioni organizzative per fronteggiare questa forte variabilità interna al livello 2. Non è ancora chiaro quali siano le migliori: se sia necessario individuare moduli a più alta intensità (high care con letti monitorizzati) o layout per patologia (esempi: ictus, scompenso NYHA III-IV).

**Livello 3, a bassa intensità:** riguarda le degenze per post-acuzie ed un'ampia e separata area di prestazioni ambulatoriali e diurne; l'accesso avviene prevalentemente tramite P.S., CUP e MMG.

Rientrano nella logica di tale nuova organizzazione:

- lo sviluppo del **Day-Service**, che consiste nel fornire prestazioni diagnostiche ambulatoriali, anche complesse, prevalentemente multi-specialistiche, erogate in un arco temporale per quanto possibile limitato;
- lo sviluppo del **Day-Hospital** e della **Day-Surgery**, che

riguardano prestazioni programmate (e pertanto non urgenti) di assistenza integrata e multi-specialistica che impegnano gli operatori per un certo numero di ore (almeno 4 o 5), nel rispetto di un protocollo pre-definito;

- l'introduzione di reparti a gestione internistica per particolari tipologie di pazienti: i "fragili", gli "ortogeriatrici", quelli "perichirurgici";
- l'organizzazione del **Week-Hospital** (o **Week-Surgery**), in cui la degenza (livello 2) è limitata a qualche giorno (massimo quattro o cinque) per cui una corsia può essere chiusa al venerdì pomeriggio o al sabato mattina, evitando così impegno di personale, oltre che consumo di risorse, per 48 o più ore. Anche in tale ambito sono previsti dei precisi protocolli e deve esserci una corsia di riferimento, a ciclo continuo di assistenza, in cui trasferire, al venerdì pomeriggio, eventuali pazienti che, per l'insorgenza di complicanze, non possono essere dimessi (si tratta di una eventualità che, nelle realtà in cui da anni funziona la week-hospital, non si determina quasi mai); prevalentemente riguarda specialità chirurgiche e richiede una rigorosa programmazione per evitare tempi morti verso la fine della settimana.

Il paziente è accolto sulla base della tipologia di cure di cui ha bisogno: all'arrivo in ospedale è preso in carico, in modo chiaro e trasparente da un **medico tutor**, individuato al momento del ricovero in base ai problemi clinici prevalenti del paziente, e da un **infermiere referente** per i suoi bisogni assistenziali. I nomi dei gestori del caso sono scritti, per ogni paziente, su un foglio che gli viene consegnato affinché i suoi familiari e i MMG sappiano con chiarezza a chi rivolgersi per eventuali richieste di informazioni.

Il **medico tutor** è individuato dal Direttore della specialità di riferimento e deve essere incaricato come tutor per un periodo sufficientemente lungo per garantire la continuità assistenziale (30 giorni) ed esonerato dalle attività di guardia e ambulatoriali; egli prende in carico entro 24 ore il paziente ricoverato ed è titolare della stesura, modifica e follow-up del piano diagnostico-terapeutico; può disporre lo spostamento/trasferimento orizzontale del paziente nell'ambito del livello 2 oppure in senso verticale al livello 1 o al livello 3 e garantisce la continuità clinica e la comunicazione con gli altri specialisti e con il MMG. Ogni tutor non dovrebbe avere in carico più di 14-16 pazienti. L'infermiere referente è responsabile dell'assistenza al paziente affidatogli e dei risultati del progetto assistenziale. Gli altri infermieri svolgono il ruolo di "associati": erogano le prestazioni secondo programma e garantiscono la continuità assistenziale in assenza dell'infermiere referente. Ovviamente l'autonomia professionale dell'infermiere rispetto al medico tutor e alla U.O. non deve entrare in conflitto con il lavoro di squadra.

L'approccio descritto supera l'ottica del "curare la malattia" perché configura quello di "farsi carico dei bisogni della persona".

Perché tale complesso meccanismo funzioni veramente è indispensabile una forte gestione operativa, una programmazione rigorosa e capillare con professionisti che curino ogni aspetto e mantengano relazioni efficaci e tempestive con gli operatori da un lato e con i pazienti e le loro famiglie dall'altro; deve essere, con un'approssimazione accettabile, previsto ogni percorso assistenziale, pur avendo sempre pronta la possibilità di trasferire il paziente ad un diverso livello di intensità di cure in presenza di una sottostima dei suoi bisogni o di una complicanza o, al contrario, di una sovrastima dei bisogni o di una rapida evoluzione in senso positivo della sua patologia. Questo può avvenire solo entro riferimenti organizzativi certi (Unità operative e Dipartimenti) che non possono essere destrutturati. Infatti, i riferimenti organizzativi tradizionali nelle famiglie professionali dotate di elevate conoscenze scientifiche e sofisticate capacità tecniche sono indispensabili per governare sistemi complessi e pluralistici come gli ospedali.

Quello descritto rappresenta un così profondo mutamento rispetto ai metodi di lavoro attualmente vigenti che ne deriva l'esigenza di prevedere non un semplice "adattamento", ma piuttosto una vera e propria rivoluzione culturale che spinga gli operatori, soprattutto i medici, a rivedere, almeno relativamente agli aspetti organizzativi, la propria visione delle specialità (che hanno rappresentato, a partire dagli anni '60, la necessaria risposta al vorticoso crescere delle conoscenze) e soprattutto le modalità piuttosto individualiste con cui si è finora operato in ospedale ponendo il tutto a disposizione del paziente che diventa, finalmente, il vero "dominus" della macchina organizzativa.

Vediamo ora perché, nonostante i tanti presupposti positivi, tutto ciò si è realizzato solo in pochissime realtà in Italia, mentre in altre è stata posta una nuova etichetta a una organizzazione che spesso solo in una percentuale minima assomiglia a quella che abbiamo provato a descrivere.

Innanzitutto dobbiamo parlare di architettura e di logistica; in un ospedale progettato e costruito qualche decennio fa non è possibile innestare la nuova organizzazione; gli spazi e i percorsi impedirebbero l'allocazione e lo spostamento dei pazienti e degli operatori nel rispetto del principio dell'intensità delle cure; i tentativi di adattare vecchie strutture al nuovo modello fanno tornare alla mente la parabola evangelica del tessuto nuovo cucito sul vecchio destinato a rompersi senza aver assolto alla funzione richiesta; forse in qualche caso si può avviare una singola iniziativa rientrando nel principio dell'intensità delle cure, come per esempio la realizzazione della week-surgery o del day service, ma non si può assolutamente pensare a traghettare in maniera compiuta verso la nuova organizzazione.

Va poi considerato che l'organizzazione dei dipartimenti deve essere funzionale alla nuova filosofia e pertanto se è vero, come dice Lega che *"non viene meno il ruolo di direzione delle strutture operative o la necessità di avere*

*un'organizzazione dipartimentale"*, è altrettanto vero che l'architettura dipartimentale deve favorire lo sviluppo dei nuovi percorsi assistenziali; riteniamo pertanto ineludibile la necessità che i dipartimenti siano organizzati per temi clinico-assistenziali, quanto meno negli ospedali di riferimento provinciale o regionale. Nello spirito del nuovo modello logistico organizzativo, i temi clinici non rappresentano strutture ospedaliere a se stanti. L'obiettivo è di realizzare un'organizzazione modulare e flessibile capace, se necessario, di riallocare risorse e spazi a seconda dell'evoluzione della domanda. La gestione e programmazione delle aree produttive (posti letto, sale operatorie, piastra ambulatoriale...) è tolta alla responsabilità dei singoli temi e gestita in modo condiviso ed interdipartimentale. In tale ottica, in un ospedale di medie dimensioni (> 150/200 posti letto), potrebbero essere previsti:

- un **dipartimento di Emergenza-Urgenza** che integri la fase territoriale con quella ospedaliera, selezioni la casistica in base a score di gravità per destinarla al livello di competenza;
- un **dipartimento delle Terapie Intensive**, con un'area di subintensiva multidisciplinare. È opportuno prevedere una vicinanza dei letti per l'alta intensità di cura, anche se assegnati ad UU.OO. diverse in base ai dati storici di attività, per avere maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse e integrazione delle competenze;
- **dipartimenti di Area** (medica, chirurgica e materno-infantile) che ricomprendano tutte le fasi del percorso di cura per i pazienti del livello 2 e 3;
- un **dipartimento dei servizi**;
- per l'importanza della patologia e per la necessità di integrare le attività di prevenzione secondaria con quelle della diagnosi precoce e terapia tempestiva, può essere utile costituire un **dipartimento di Oncologia** (o Onco-Ematologia, sulla base dell'incidenza della patologia ematologica).

Tale modello può essere esteso anche agli ospedali di grandi dimensioni, in cui però può essere necessario prevedere un numero maggiore di dipartimenti, anche sulla base di valutazioni relative ai volumi previsti di attività, per evitare di costituire strutture ingovernabili perché troppo corpose; in tal caso vanno previsti più dipartimenti di percorso assistenziale. È fin troppo chiaro che i dipartimenti devono essere "forti" cioè gestionali, con assegnazione reale di risorse, caratterizzati da frequenti riunioni del comitato di dipartimento e da revisioni praticamente continue dei criteri organizzativi per facilitare l'integrazione a tutti i livelli.

In quei presidi ospedalieri in cui sia presente una cospicua casistica di patologia in urgenza-emergenza, il modello dovrebbe essere strutturato secondo due percorsi separati riguardanti la patologia in elezione e la patologia in urgenza-emergenza, in modo da evitare il ben noto fenomeno della "cannibalizzazione" dei posti letto destinati all'elezione da parte dell'urgenza.

# L'ospedale organizzato per intensità di cure

Uno degli aspetti peculiari dell'organizzazione per intensità di cure è l'assetto variabile dei posti letto, che non sono assegnati alla U.O. ma all'area dipartimentale. Sia un modello di tipo dispersivo (pazienti assegnati a una specifica équipe "dispersi" in più setting di ricovero), sia uno basato sulla embricazione parziale del pool specialistico (posti letto preassegnati alle singole équipe sulla base dei dati storici di ricovero, con la previsione di letti "polmone" in modo da gestire la variabilità nel tempo dei flussi di ricoveri) sono entrambi compatibili con la definizione. Considerato che proprio la gestione del livello 2 nell'esperienza concreta ha prodotto i maggiori conflitti interdisciplinari ed interprofessionali, da parte nostra raccomandiamo con forza l'applicazione del modello basato sulla embricazione parziale del pool specialistico in quanto è il solo favorevole al mantenimento delle équipe e al miglioramento complessivo dell'assistenza. Non si vede per quale motivo si dovrebbe dare la preferenza al primo, forzando oltre l'utile e il necessario la discontinuità rispetto al passato. Bisogna considerare che l'intensità di cura è *"una dimensione dell'assistenza non facilmente separabile da altre più specificamente professionali e qualitative. Queste si riassumono nel lavoro in équipe di medici e infermieri. Il concetto di équipe non ha bisogno di essere illustrato, gli ingredienti del suo valore sono, oltre al raccordo delle competenze e delle pratiche, la conoscenza personale degli operatori e il rapporto di fiducia. Difendere questo patrimonio qualitativo è fondamentale per la qualità dell'assistenza"* (Società scientifiche mediche della Toscana, 2010).

La previsione di un medico tutor deve essere compatibile con l'organizzazione complessiva delle Unità Operative, sia per garantire l'equa ripartizione dei carichi di lavoro (turni di servizio, turni notturni e festivi, reperibilità ecc.) che per l'esigenza di valorizzare la professionalità di ogni professionista. È evidente che l'attuale politica di piani di rientro, il blocco, manifesto o occulto (gravidezze non sostituite), del turn over dei medici ospedalieri e il progressivo sostanziale sottodimensionamento delle dotazioni organiche rende difficile l'introduzione di questa modalità organizzativa che entrerebbe in rotta di collisione con il diritto al riposo, alle ferie, all'aggiornamento. Forse sarebbe meglio pensare a un sistema di "tutor funzionale", cioè prevedere la costituzione di micro équipe (due o tre medici) che si facciano carico di un setting di ricovero, garantendo la continuità assistenziale per il paziente, il rapporto con i familiari e la comunicazione con i medici di famiglia.

Il passaggio dall'organizzazione tradizionale alla nuova dovrebbe avvenire per gradi (due o tre anni) prevedendo un lungo periodo di formazione e di "allenamento" a lavorare insieme e con una nuova ottica, introducendo progressivamente le innovazioni, partendo dalle più semplici (Week-Hospital, Day-Service e Day-Hospital) fino a giungere alle più complesse (riorganizzazione del livello 2, con

revisione dei "confini" tra le specialità). L'errore più frequentemente commesso nelle realtà che hanno adottato questo modello è stato quello di pensare di rinnovare l'organizzazione in pochi mesi; si ottiene solo il risultato di enfatizzare i problemi, sviluppando resistenze e ostilità che spesso è difficile affrontare negli anni successivi. La formazione deve essere specifica e condotta da chi già opera in ospedali organizzati per intensità di cure e non deve nascondere le difficoltà e i rischi, anche professionali, connessi con la nuova organizzazione. È consigliabile che, nella fase di transizione, vengano previsti incentivi, anche non di natura economica.

Ogni cambiamento per consolidarsi e affermarsi ha bisogno di essere prima capito e poi nel tempo condiviso.

Il rischio è, infatti, quello di concentrarsi su alcuni aspetti di "razionalizzazione" delle strutture, di regolazione e standardizzazione esasperata dei flussi dei pazienti, di intensificazione dei tempi di lavoro e taglio dei presunti "tempi morti", in una sorta di organizzazione "neo tayloristica" dei servizi sanitari che inevitabilmente comporterà una scarsa attenzione alla qualità delle cure e agli *outcomes*. Spesso si dimentica che la medicina e i servizi sanitari non sono attività commerciali e che, al contrario, si basano su valori etici come l'equità, la solidarietà, la compassione e la coesione sociale.

Come detto i rapporti tra professionisti devono essere rivisti; gli infermieri acquisiscono maggiori competenze professionali e maggiori responsabilità, che in qualche maniera necessitano di essere formalizzati, anche sotto il profilo legislativo; sbaglierebbero i medici che resistessero a tale innovazione; quello che ci sentiamo di consigliare è che la catena delle responsabilità venga analiticamente e preventivamente descritta in un manuale delle procedure per evitare che, a fronte di nuove prassi, rimanga l'idea che comunque responsabile di ogni cosa è il medico; è sicuramente la figura a più alta professionalità, ma in un ospedale costretto a "correre" ad operare cioè al massimo dell'efficienza, più facilmente possono esserci errori, che vanno evitati proprio chiarendo a priori il "chi fa che cosa"; è poi evidente che viene richiesta una maggiore flessibilità, ma ciò deve accadere senza potenziali maggiori danni per una categoria professionale a fronte di maggiore autonomia per un'altra categoria. In ogni caso deve esistere una figura responsabile di riferimento in caso di "conflitti" tra il processo diagnostico/terapeutico e quello assistenziale. Le leggi attuali identificano tale figura nel Direttore della U.O. (art. 15 comma 6 del D.lgs 502/92 e s.m.i.) e nel Direttore di Dipartimento (art. 17/bis del d.lgs. 502/92).

L'adozione di una cartella clinica integrata, medico-infermieristica è praticamente indispensabile. Ovviamente la cartella deve essere informatizzata.

Anche l'organizzazione del territorio deve essere rivista per evitare accessi impropri in ospedale e per garantire la

tempestività delle dimissioni senza rischi per il paziente e per la sua famiglia; i modelli proposti sono diversi e certamente tutti prevedono una significativa revisione delle modalità con cui operano i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta; certamente quelli che interpretano più efficacemente il concetto di Medicina di Iniziativa appaiono migliori; quello che conta è che portino a maggiore efficacia assistenziale e a risposte più tempestive.

In conclusione, riteniamo che sia giunto il momento di passare dagli slogan alle riflessioni serie e pacate, abbandonando difese corporativistiche e preclusioni ideologiche; in discussione è il futuro del Servizio Sanitario Nazionale e, come operatori e come cittadini, riteniamo che tale bene prezioso vada salvaguardato anche accettando di rivedere radicalmente le modalità con cui finora abbiamo lavorato.

## Organizzazione ospedaliera

**Osservazioni alla proposta di Decreto del Ministero della Salute: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135"**

Il Regolamento, costituito da due articoli, un allegato e un'appendice, è previsto dalla Legge 135/2012 (*Spending review*) articolo 15, comma 13, lettera c) allo scopo di definire gli standard qualitativi, quantitativi, strutturali e tecnologici che devono possedere le strutture ospedaliere per essere accreditate con il SSN previa intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni. In sostanza, il documento persegue l'obiettivo di essere il punto di riferimento per portare i posti letto ospedalieri agli standard previsti nello scorso luglio (3.7 posti per 1000 abitanti comprensivi dello 0.7 per riabilitazione/lungodegenza e un tasso di ospedalizzazione ottimale inferiore a 160 per mille abitanti), stabilendo le condizioni per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei nel territorio nazionale. A questo scopo vengono fissati standard strutturali, tecnologici e quantitativi che riguardano il disegno organizzativo degli ospedali ma non la quantità/qualità delle risorse umane impiegate. Manca, cioè, ogni riferimento a livelli minimi organizzativi necessari per l'attività delle strutture sanitarie, in riferimento anche alla *mission* attribuita. E questa è certamente la criticità maggiore.

In particolare, la visuale che viene proposta per la programmazione ospedaliera pare corrispondere a un mondo superato nella realtà dei servizi sanitari, per i quali il posto letto non è più considerato il motore delle attività ospedaliere né il tasso di occupazione il fine cui tendere per migliorare l'efficienza.

### **Allegato 1 – punto 2.1 Ospedale di Base. Popolazione di riferimento tra 80.000 e 150.000**

Per ben comprendere l'incongruenza delle proposte avanzate si propone una simulazione delle attività ospedaliere per una popolazione di riferimento tra 80.000 e 150.000 abitanti in base a standard di volumi di attività, parzialmente ripresi anche dal regolamento.

- Ricovero tasso atteso: 160‰: 12.800/24.000 ricoveri
- Accessi al P.S.: 300‰: 24.000/45.000
- Natalità: 9,4‰: 752/1410 parti/anno
- Posti letto: 3,7‰ – 0,9 per alta specialità = 2,8‰: 224/420.

Il Regolamento per tale tipologia di ospedale prevede la presenza delle seguenti Uu.Oo.:

- Medicina Interna
- Chirurgia Generale
- Ortopedia
- Anestesia (senza Rianimazione?)
- Pronto soccorso (autonomo?)
- Osservazione breve intensiva (da non confondere con i letti intensivi/subintensivi)
- Laboratorio/Radiologia h12 con reperibilità notturna e collegamento in rete con gli ospedali di livello superiore.
- Emoteca (senza personale medico?)

Si veda, invece, l'attuale organizzazione di un ospedale zonale della Toscana che copre una popolazione reale di 90.000/100.000 abitanti (Ospedale Campostaggia – Poggibonsi):

- Pronto soccorso autonomo (Uoc)
- Medicina interna (Uoc)
- Chirurgia generale (Uoc)
- Ortopedia e Traumatologia (Uoc)
- Cardiologia con posti letto intensivi e subintensivi (Uos)
- Anestesia e Rianimazione (Uoc)
- Oncologia (Uoc)
- Urologia (Uos)
- Servizio di Emodialisi (Uos)
- Ginecologia e Ostetricia (Uoc) con circa 1000 parti/anno
- Pediatria e Neonatologia (Uoc)
- Laboratorio (Uos)
- Servizio Emotrasfusionale (Uos)
- Radiologia con Tac e Rmn (Uoc)
- Endoscopia digestiva h 12 (Uos)
- Riabilitazione con letti codice 56 (Uoc).

Gli standard ipotizzati nel Regolamento del Ministero della Salute rappresentano, di fatto, un ritorno a una organizzazione ospedaliera primordiale, riscontrabile in Italia negli anni '70-'80. È inimmaginabile oggi ipotizzare ospedali che abbiano un accesso al P.S. superiore a 25.000/30.000 utenti per anno senza una guardia cardiologica e rianimatoria h 24 e letti di terapia intensiva e sub-intensiva gestiti in modo multidisciplinare. Gli eventi cardiovascolari, le gravi insufficienze respiratorie, gli stati di shock rappresentano le principali urgenze che un P.S. affronta (l'accesso di pazienti con patologia cardiovascolare rappresenta circa il 15-20% del totale). Non avere uno specialista esperto nelle tecniche rianimatorie o nella clinica delle malattie cardiovascolari, e reparti adeguati per affrontare l'emergenza/urgenza, significa solamente condannare a morte un discreto numero di cittadini ogni anno, soprattutto se le distanze dai centri maggiori sono superiori ai 60 minuti!

In un ospedale siffatto sarebbe praticamente impossibile curare persone con necessità di assistenza complessa, come potrebbe essere il caso di malati che richiedano di vicariare funzioni vitali compromesse. Qualsiasi altro tipo di attività più impegnativa rispetto alla erogazione minimale di assistenza e cure prevista dal Regolamento, sarebbe, dal punto di vista qualitativo, al di sotto di standard assistenziali accettabili per cui non è chiara nemmeno la necessità di definire per "acuti" una simile funzione ospedaliera.

Infine, una così rigida segmentazione per bacini di utenza rischia di essere facilmente superata dai bacini di utenza reale i quali, ovviamente, dipendono dal tipo di attività e dalla capacità di un ospedale di fare attrazione.

## Allegato 1 - punto 2.2 Ospedali di I livello. Popolazione di riferimento tra 150.000 e 300.000 (Ospedali di riferimento provinciale)

Anche in questa tipologia di ospedale la proposta organizzativa stride con la realtà consolidata da almeno un decennio.

Una struttura di Ginecologia/Ostetrica dovrebbe essere prevista in ogni caso poiché l'attesa di nascite annuali nella popolazione di riferimento è largamente superiore a 1000. La Cardiologia dovrebbe essere dotata di Utic ed emodinamica per garantire equità nell'accesso alle cure moderne a tutti i pazienti con sindrome coronarica acuta: in caso di Ima Stemi devono essere sottoposti a PTCA in tempi brevissimi (90 min).

Lo stesso vale per la Stroke Unit: l'intervento di trombolisi deve essere garantito entro 3-4 ore. Se l'arrivo del paziente in ospedale è ritardato rispetto all'insorgenza dei sintomi, come spesso accade, non vi è tempo per il trasferimento in strutture hub di livello regionale.

La dotazione di Uu.Oo. specialistiche andrebbe implementata prevedendo Malattie Infettive, Pneumologia con servizio di broncoscopia, Gastroenterologia con endoscopia digestiva

h24, Radiologia interventistica, Oncologia, Ematologia, Nefrologia con Emodialisi.

È necessario pertanto rivedere le soglie contenute nell'allegato 1 punto 3.1. per le specialità indicate, riportandole all'ambito 150.000/300.000.

La centralizzazione di tutta l'alta specialità negli ospedali *hub*, in genere strutture miste ospedaliero/universitarie, è in contrasto con l'attuale organizzazione della rete in molte regioni (Toscana, Emilia Romagna, Lombardia) e soprattutto con il diritto di accesso alle cure dei cittadini.

L'evidente forzatura delle reti *hub and spoke*, rischia di perdere di vista per quali problemi di salute sono opportune e per quali rischiano di essere ridondanti. Le reti tra ospedali sono invece state prese come paradigma dell'ottimo con il rischio forte di cadere nell'*hub and spoke* mania, finendo quindi col far confluire in un'organizzazione pensata per determinati problemi (trauma ed infarto miocardico per esempio) la visione di reti di ospedali organizzati per linee di produzione di specifiche attività.

Gli errori di programmazione e di aderenza ai moderni standard di erogazione dei servizi sanitari sono evidenti e incomprensibili considerato che l'Agenas, nel disegnare la riorganizzazione ospedaliera per le Regioni in piano di rientro, aveva indicato modelli ben più corposi in termini di dotazione delle strutture specialistiche rispetto al numero di accessi annuali al Pronto Soccorso (vedi la rivista Monitor n° 27).

In ogni caso, considerata l'attuale tendenza ad accorpare in un unico presidio ospedaliero provinciale più stabilimenti distanti a volte centinaia di Km, il Regolamento dovrebbe precisare che **il numero di UU.OO. deve essere inteso per stabilimento e che la dotazione organica deve essere garantita per singolo stabilimento.**

Anche gli altri parametri proposti sollevano perplessità e se qualcuno fosse tentato di seguire alla lettera gli esperti del ministero, sarebbe un problema.

I criteri-paletti del tasso di occupazione dei posti letto al 90% e della degenza media a 7 giorni lasciano il tempo che trovano. In un ospedale di 600 posti letto vorrebbe dire, per esempio, che ogni giorno ci si augura di avere almeno 60 posti letto liberi, compresi i posti letto di rianimazione. Prevedere, poi, tassi di occupazione dei posti letto intorno al 90% significa ignorare lavori scientifici, in particolare di autori anglosassoni, che dimostrano come il superamento del tasso medio di occupazione dell'80% comporti un aumento significativo della mortalità dei pazienti, sia per la diffusione delle malattie infettive ospedaliere sia per il sovraccarico di lavoro cui è sottoposta l'équipe medica ed infermieristica che si traduce in un minor tempo a disposizione per affrontare al meglio i casi più complessi. Che cosa dire poi della mancata previsione del punto nascita, pur con un'attesa statistica di parti per anno largamente superiore ai canonici 500? Le madri e i nascituri vengono trasformati in migranti obbligati, alla ricerca nel territorio provinciale di professionisti che effettuino prima il parto e poi i controlli previsti spesso nelle fasi successive alla

nascita (clinici, laboratoristici, ecografici etc). Senza parlare dei malati oncologici e dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica che necessitano del trattamento emodialitico, costretti a ricercare in luoghi lontani la soluzione ai loro problemi clinici. E nei confronti degli anziani non si intravedono soluzioni per affrontare i principali problemi di assistenza e diffondere pratiche efficaci per ridurre i danni legati ai ricoveri. Risulta altresì incomprensibile sostenere la necessità di posti letto di dermatologia o reumatologia senza garantire l'assistenza per chi abbia bisogno di essere seguito e supportato in modo "subintensivo". Il che continuerà a condannare qualsiasi ospedale degno di questo nome o a misurarsi quotidianamente con posti letto di terapia intensiva sempre occupati da persone che potrebbero essere invece efficacemente seguiti in altri contesti assistenziali oppure a dover assistere le persone che dovessero presentare un qualsiasi problema che richieda un monitoraggio continuo dei parametri vitali in aree di degenza non attrezzate per bisogni assistenziali più complessi.

Utilizzare i volumi di attività, e gli esiti collegati, per disegnare sulla carta il numero di Unità Operative da tenere o da chiudere, crea una certa confusione. Siamo di fronte ad una spinta dirigista orientata a tagliare con l'accetta le realtà esistenti con il rischio che tutto si riduca ad un esercizio necessario per incidere *ope legis* su singole realtà organizzative altrimenti imm modificabili. Con l'ingiustificabile esclusione delle Aziende Ospedaliere Universitarie, che pure concentrano il più elevato numero di strutture complesse in relazione al numero di dipendenti ed ai volumi di attività. Ma è curioso che sia il Ministero a decidere il numero delle Unità Operative Complesse, nell'ipotesi che chiudere posti letto qui e là per gli ospedali porti a una inversione dei costi, i quali si modificano solo se si chiudono non posti letto ma interi Ospedali. Così come diversi studi (di cui non si tiene conto) dimostrano che la dimensione ottimale per avere strutture ospedaliere efficienti è dell'ordine di 600-800 posti letto, aumentando al di sopra le diseconomie di scala.

Anche le indicazioni per la "Rete dell'emergenza/urgenza" strutturata in centrale operativa del 118, rete territoriale di soccorso, rete ospedaliera dell'emergenza non tengono conto della necessità di assicurare un unico rapporto giuridico ai medici del 118 per una migliore integrazione funzionale e strutturale. In coerenza con la puntigliosa definizione di "ospedale" a proposito della "Continuità ospedale territorio" con particolare riferimento alla definizione di "struttura intermedia" e degli standard per l'Ospedale di Comunità, appare preferibile eliminare per quest'ultimo il termine "ospedale".

Il documento non sembra un contributo capace di indirizzare la politica ospedaliera su una strada diversa, né di individuare le dimensioni ottimali delle strutture o le articolazioni organizzative necessarie per rispondere in modo più flessibile alle persone e ai loro problemi, né tantomeno i contingenti ottimali di risorse professionali per garantire le cure e la loro sicurezza.

Senza un confronto con i professionisti e i loro rappresentanti si rischia di confezionare un prodotto a tavolino, un modellino tecnocratico che difficilmente riuscirà a rappresentare e migliorare la realtà complessa degli ospedali.

## **Standard Ospedalieri per garantire l'emergenza/urgenza e la sicurezza delle cure: una proposta per incominciare a discutere**

**Ospedale di prossimità – in genere ospedali con un numero di posti letto inferiore a 100 ed una popolazione di riferimento intorno a 20-40.000 abitanti, posti in zone orograficamente disagiate (isole, montagne) con tempi di percorrenza superiori a 60 minuti per i centri ospedalieri più attrezzati.**

- Ha una dotazione di posti letto basata sui ricoveri storici e tale da avere un indice di occupazione intorno all'80-85% (in genere da 20 a 40 posti letto). I letti sono utilizzati in modo flessibile tra l'area medica e quella chirurgica. Su alcuni letti è possibile la monitoraggio continua dei parametri vitali.
- Assicura percorsi privilegiati dal territorio e verso il territorio di gestione delle patologie mediche in fase acuta.
- Garantisce l'intervento sulla riacutizzazione delle patologie croniche e contribuisce alla loro prevenzione attraverso percorsi di consulenza specialistica.
- Può prevedere la presenza di letti destinati alle cure intermedie.
- Valorizza la continuità tra ospedale e territorio, anche attraverso il nuovo ruolo della medicina convenzionata.
- Costituisce sul territorio un punto di riferimento delle cure primarie integrate con una ampia offerta di ambulatori specialistici che garantisce la presa in carico globale del paziente.
- Assicura sul territorio di riferimento una prima risposta all'emergenza/urgenza tramite una funzione di pronto soccorso fortemente integrata a livello organizzativo sia con l'emergenza territoriale (118 e punto di emergenza territoriale) sia con i medici ospedalieri. La guardia anestesiológica è prevista sulle 12 ore diurne e in reperibilità per quelle notturne.
- Garantisce un efficace sistema di trasferimento in urgenza dei casi clinici più complessi attraverso la rete dell'emergenza territoriale con particolare riferimento all'elisoccorso (anche con piazzole attrezzate per il volo notturno).
- Può assicurare il trattamento chirurgico in regime di elezione (Week surgery, Day surgery, One-day surgery e chirurgia ambulatoriale) in accordo con la pianificazione aziendale e di rete ospedaliera.
- Costituisce un modello di "Ospedale di formazione" per i medici iscritti al corso di formazione in Medicina Generale.
- Assicura le prestazioni di laboratorio con una équipe minima sulle 6 ore diurne e refertazione a distanza per i

# Organizzazione ospedaliera

turni pomeridiani e notturni, per profili diagnostici atti a garantire livelli minimi di assistenza e sicurezza nonché la qualità dei risultati alla cittadinanza di riferimento.

- L'attività diagnostica radiologica è garantita sulle 12 ore diurne e mediante telegestione per le procedure intrapresidio ospedaliero; quelle notturne caratterizzate da urgenza indifferibile od emergenza e quelle che richiedono consulenze con altri presidi della rete sono gestite secondo le linee guida redatte dall'Istituto Superiore di Sanità (Linee guida per l'assicurazione di qualità in teleradiologia, 2010).

## Ospedali con più di 100-120 posti letto e popolazione di riferimento reale superiore a 70.000 abitanti

All'interno di questa tipologia vi sono strutture che vanno dai 100 agli oltre 400 posti letto, con diversa complessità organizzativa e mission. In questi ospedali è svolta la massa critica delle attività sanitarie a livello delle singole Regioni. Da qui nasce la necessità di individuare due livelli organizzativi utilizzando come indicatori il N° di accessi in P.S. (da 20.000 fino a 45.000 come I livello ed oltre 45.000 l'anno come II livello), il N° di parti annui del punto nascita (> 500 come I livello; > 1000 come II livello), la reale popolazione di riferimento (da 70.000 a 150.000 come I livello ed oltre 150.000 come II livello).

## Ospedali zonali: da 70.000 a 150.000 abitanti come bacino reale di utenza, dotazione di posti letto superiore a 100/120

Sono sedi di Pronto Soccorso autonomo, dotato di OBI, con accessi superiori a 20.000 per anno. Le funzioni operative da garantire come standard minimo sono le seguenti:

- Medicina interna;
- Chirurgia generale;
- Urologia;
- Cardiologia h24;
- Anestesia;
- Terapia Intensiva e sub-intensiva multidisciplinare;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Neonatologia/Pediatria;
- DH Oncologia;
- Radiologia;
- Laboratorio;
- Immuno-trasfusionale;
- Centro di Nefrologia ed Emodialisi;
- Endoscopia digestiva h12;
- Riabilitazione con letti codice 56.

## Ospedali di riferimento aziendale o provinciali che coprono un bacino di utenza di 150.000/300.000 abitanti

Sono sedi di Dea di I livello, dotato di OBi, con un numero di accessi per anno superiore a 45.000. Le funzioni operative da garantire come standard minimo sono le seguenti:

- Medicina interna;

- Chirurgia generale;
- Anestesia e Rianimazione;
- Terapia sub intensiva multidisciplinare;
- Cardiologia con Utic ed Emodinamica;
- Ematologia;
- Ortopedia e Traumatologia;
- Ostetricia e Ginecologia;
- Pediatria/Neonatologia;
- Pneumologia con servizio di broncoscopia;
- Malattie Infettive;
- Neurologia;
- Stroke Unit;
- Psichiatria;
- Oncologia;
- Oculistica;
- Otorinolaringoiatria;
- Urologia;
- Radiologia;
- Radiologia interventistica;
- Laboratorio;
- Immuno-trasfusionale;
- Nefrologia ed Emodialisi;
- Gastroenterologia con Endoscopia h24;
- Riabilitazione con letti codice 56.

In base ad accordi di livello regionale o di area vasta si potranno implementare ulteriori funzioni specialistiche negli Ospedali zonali e di riferimento provinciale.

## Ospedale di riferimento regionale con bacino di utenza tra 500.000 e 1.000.000 di abitanti e un numero di accessi al Dea superiore a 70.000 per anno

Sono sedi di Dea di II Livello dotato di OBi, Terapia sub intensiva, Chirurgia d'urgenza.

Le funzioni operative da garantire come standard minimo sono le seguenti:

- Anestesia e Rianimazione
- Medicina Interna
- Cardiologia con Utic
- Emodinamica interventistica H24
- Cardiochirurgia e rianimazione cardiochirurgica
- Chirurgia generale
- Chirurgia Maxillo facciale
- Chirurgia plastica
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Malattie infettive
- Nefrologia e Dialisi
- Gastroenterologia con Endoscopia interventistica ad elevata complessità
- Neurologia
- Neurochirurgia
- Stroke Unit
- Psichiatria
- Oculistica

- OrL
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia
- Oncologia
- Pneumologia con broncoscopia interventistica
- Ematologia
- Pediatria
- Rianimazione pediatrica e neonatale
- Radiologia
- Radiologia interventistica
- Urologia
- Immuno-trasfusionale
- Laboratorio
- Medicina nucleare

Le ulteriori funzioni specialistiche (Immunologia, Reumatologia, Endocrinologia etc) saranno previste negli ospedali regionali e in quelli provinciali in base a bacini di utenza.

## Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera "Spending review"

	Posti letto al 1 gennaio 2012			Posti letto dopo spending review			Differenza		
	Acuti	Post-acuti	Totale	Acuti	Post-acuti	Totale	Acuti	Post-acuti	Totale
Piemonte	13.706	4.595	18.301	14.155	3.303	17.458	449	-1.292	-843
V.Aosta	450	8	458	363	85	448	-87	77	-10
Lombardia	31.938	8.030	39.968	30.512	7.119	37.631	-1.426	-911	-2.337
P.A. Bolzano	1.795	305	2.100	1.436	335	1.771	-359	30	-329
P.A. Trento	1.751	510	2.261	1.533	358	1.890	-218	-152	-371
Veneto	16.125	2.784	18.909	14.900	3.477	18.377	-1.225	693	-532
F.V. Giulia	4.679	389	5.068	3.989	931	4.919	-690	542	-149
Liguria	5.677	742	6.419	5.442	1.270	6.712	-235	528	293
Emilia Romagna	16.673	3.958	20.631	14.666	3.422	18.088	-2.007	-536	-2.543
Toscana	12.301	1.272	13.573	12.195	2.845	15.040	-106	1.573	1.467
Umbria	2.827	323	3.150	2.921	682	3.603	94	359	453
Marche	5.293	810	6.103	4.867	1.136	6.003	-426	326	-100
Lazio	18.734	4.307	23.041	17.090	3.988	21.078	-1.644	-319	1.963
Abruzzo	4.234	699	4.933	4.026	939	4.965	-208	240	32
Molise	1.146	330	1.476	1.047	244	1.291	-99	-86	-185
Campania	16.963	1.684	18.647	15.253	3.559	18.812	-1.710	1.875	165
Puglia	12.326	1.490	13.816	11.436	2.669	14.105	-890	1.179	289
Basilicata	1.804	357	2.161	1.697	396	2.093	-107	39	-68
Calabria	6.327	902	7.229	5.387	1.257	6.644	-940	355	-585
Sicilia	15.036	1.879	16.915	14.118	3.294	17.412	-918	1.415	497
Sardegna	6.137	411	6.548	4.846	1.131	5.976	-1.291	720	-572
<b>Totale Italia</b>	<b>195.922</b>	<b>35.785</b>	<b>231.707</b>	<b>181.879</b>	<b>42.438</b>	<b>224.318</b>	<b>-14.043</b>	<b>6.653</b>	<b>-7.389</b>

## L'integrità psico-fisica del medico come tutela della sicurezza delle cure per i pazienti: le evidenze scientifiche del diritto al riposo. Introduzione del concetto di "esposizione" ai turni di notte

Sergio Costantino, Carlo Palermo

### Introduzione

Sono patrimonio comune di tutti i lavoratori, che effettuino turni di notte, le lamentazioni dei colleghi più "anziani" in relazione alle maggiori difficoltà di recupero e della maggiore "problematicità" decisionale durante i turni stessi.

Tali lamentazioni sono spesso state considerate un pretesto per ottenere un'organizzazione del lavoro con distribuzione dei turni più favorevole. In una contrapposizione tra chi, più giovane, preferisce turni ravvicinati ad alta intensità per poter

mantenere qualche giornata festiva libera e chi invece prediligerebbe una distribuzione più "diluita". Entrambe le posizioni, a giudicare dagli studi in materia, hanno il loro tallone di Achille nelle ore mattutine foriere di decisioni improprie e di molti errori evitabili, che sono più frequenti però tra i giovani medici. Sugli errori pesa in modo determinante anche un effetto di "accumulo" della stanchezza tale da peggiorare nettamente le performance dopo periodi, anche relativamente brevi, di intensa attività, vuoi per la



lunghezza dei turni vuoi per la loro frequenza. Non esiste tuttavia un dosimetro capace di quantificare la stanchezza né tanto meno un test che dia dei valori misurabili ed utilizzabili (tipo alcolemia o i narco-test). L'unico parametro sino ad ora identificato, ma solo nell'ambito sperimentale, è quello del dosaggio della melatonina che mostra importanti e repentine riduzioni se l'organismo, anche per periodi molto limitati (settimanali), subisce una privazione di sonno (poco, discontinuo o in condizioni ambientali sfavorevoli – luci, rumori etc.). Il calo della melatonina è dunque considerato dai ricercatori un'affidabile indice di stress, tanto che alcuni hanno ipotizzato un miglioramento delle performance dopo somministrazioni esogene di melatonina sino al riequilibrio dei valori ematici. Tali tentativi non hanno però avuto l'esito sperato dagli sperimentatori.

Alcune decisioni politiche di fine anni 60 hanno condizionato nel tempo uno scarso turn-over del personale e quindi una sostanziale "senilizzazione" della classe medica ospedaliera. Le previsioni contrattuali, che hanno tuttavia trovato espressione solo nelle dichiarazioni verbalizzate, ipotizzate da lungo tempo vorrebbero in qualche modo escludere i colleghi di oltre 55 anni (come già avviene per molte mansioni ad esempio nell'esercito) dalle guardie notturne. Le lodevoli intenzioni, non possono tuttavia trovare, nella maggioranza degli ospedali, né formalizzazione né attuazione pratica a causa del gran numero di medici "over fifty" (dato 2014: il 42% dei medici del Ssn hanno più di 55 anni).

Nel corso degli anni dalla aneddotica si è passati agli studi osservazionali ed epidemiologici e, pur non essendo disponibili studi di vasta scala sull'impatto sulla salute e sulle performance degli ultracinquantenni dei turni notturni, si è in realtà sviluppata una fitta rete di evidenze sui danni fisici che si manifestano nei turnisti, sintomatici o meno, e sulla necessità della creazione di un modello di medicina preventiva più mirato ed attento, specifico per i lavoratori notturni ed in particolare della sanità per l'impatto sulla salute dei pazienti.

Le ragioni cliniche hanno portato la Comunità europea a formulare ipotesi di tutela che prevedessero condizioni di sicurezza per i lavoratori stessi. Purtroppo interessi non altrettanto virtuosi hanno boicottato ed affossato, a nostro parere illecitamente, questi propositi in Italia.

Lo scopo di questo lavoro è la valutazione dell'appropriatezza dell'uso del termine "esposizione" in merito ai turni notturni, basata sui risultati delle pubblicazioni scientifiche di elevato impact factor disponibili in merito, e la costruzione di un "parallelo" con le radiazioni ionizzanti. Chissà queste modeste osservazioni potrebbero, in un futuro neppure troppo lontano, rammentare i primi lavori sui danni da "tubi radiogeni"; e come non tornare con la memoria all'allegria incoscienza che portava i pionieri della radiologia a "mettere a fuoco" direttamente sulle loro mani, con le ben note successive conseguenze, e confrontarla con l'allegria incoscienza con la

quale si affrontano i turni di notte, spesso dopo aver vissuto giornate, non solo professionalmente, senza tregua, costretti a turni di lavoro di 19-20 ore su 24 e senza la possibilità di riposo, perché la quotidianità non è solo ospedale.

## L'attenzione della Comunità europea sulla salute dei cittadini con particolare attenzione agli effetti dell'orario di lavoro

La Direttiva europea sull'orario di lavoro ha visto la luce nel 1993, dopo un lungo travaglio, per stabilire dei criteri "minimi" a tutela della salute del lavoratore, intendendo la salute nel senso più ampio del termine, comprendente, ad esempio, il rispetto della vita familiare o il suo benessere psicologico. Sono quindi stati fissati dei criteri "minimi" relativi a riposi, pause, ferie, orario massimo di lavoro, lavoro notturno.

La misura considerata "minima" dalla Comunità europea è quella di 11 ore di riposo consecutive nell'arco di 24 ore dall'inizio dell'attività.

In Italia la Direttiva è stata recepita con ben 10 anni di ritardo nel 2003 (come D.Lgs. 66) ed è stata subito oggetto di censure ed atti ostativi come se fosse più giusto aggirarla piuttosto che studiare dei modelli attuativi.

In Italia sono state negate per i medici questo tipo di tutele e come stretta conseguenza le evidenti problematiche di salvaguardia dei pazienti.

Mentre in ambienti lavorativi diversi dal nostro (come in particolare quello dei trasporti, del volo e dell'industria nucleare) il problema del rischio legato alla fatica degli addetti è stato affrontato molti anni fa, nel campo della sanità ospedaliera il calo della performance o l'errore in campo clinico sono stati considerati come episodi sporadici anche quando vere e proprie catastrofi sono state attribuite a stanchezza derivante da turni di lavoro prolungati.

L'importanza della direttiva europea è notevole perché dà fondamenta giuridiche alla nozione che periodi lavorativi prolungati producono effetti significativi sulla salute degli interessati ed aumentano il rischio d'errore.

## Come la Direttiva è stata interpretata in Italia

Purtroppo il riposo minimo obbligatorio (di almeno 11 ore continuative tra un qualsiasi turno e quello successivo) previsto dalla normativa europea si è trasformato nel nostro paese, in poco meno di due anni, da "bene indisponibile" (tale che neppure per scelta personale vi si sarebbe potuto rinunciare) a oggetto di trattativa decentrata aziendale. Per questioni di natura economica, con le quali la crisi ha poco a che vedere, è stata decisa a tavolino e concordata tra le diverse forze politiche, una deregulation totale degli orari di lavoro del personale medico. In alcune fasi del suo iter questa idea ha raggiunto aberrazioni tali che i medici avrebbero potuto lavorare anche due giorni di fila senza che ciò fosse illecito (Finanziaria 2008, art.3 comma 85). Sono stati quindi creati supporti legislativi impropri per modificare l'art.

7 (riposo giornaliero) e l'art. 4 (durata massima dell'orario di lavoro settimanale) (art 41, comma 13 L 133/08).

I governi allora in carica hanno voluto, con *politica del tutto analoga nonostante i differenti presupposti ideologici*, negare ai medici quel diritto alla salute che è inalienabile e costituzionalmente garantito.

Poco importa se i maggiori esperti in materia giuridica del lavoro abbiano ritenuto le modifiche italiane alla Direttiva europea illegittime e da disapplicare dal giudice nazionale.

Poco importa che la deroga sul riposo giornaliero abbia sollevato non pochi dubbi di anticostituzionalità.

E soprattutto poco importa degli effetti nefasti che tale decisione ha sulla salute dei medici ma, come vedremo, anche su quella dei pazienti stessi.

## Evoluzione 2014

Ora su queste cavillosità si è inserita la Comunità Europea che, dopo ripetute sollecitazioni da parte dell'Anaa e della Fems e due interrogazioni parlamentari in sede europea, ha troncato gli indugi ed i sotterfugi di casa nostra chiedendo all'Italia le motivazioni del non rispetto (2013) della direttiva. Successivamente ha invitato il governo ad adeguarsi (non ritenendo valide le giustificazioni addotte). Finalmente quest'anno, persistendo l'inadempienza ha aperto una procedura di infrazione presso la Corte di Giustizia (per inciso siamo il paese europeo più sanzionato per il mancato rispetto delle Direttive comunitarie).

Sono quindi accertati e "certificati" dalla Comunità europea i diritti dei medici italiani alle 48 ore di lavoro medie settimanali ed al riposo minimo garantito di 11 ore ininterrotte ogni 24.

Il lungo percorso di tutela iniziato nel 2005, contro scelte organizzative pessime e nocive (con turni di 19 -20 ore sulle 24), sta andando a compimento.

La difesa del governo si basava sul ruolo dirigenziale dei medici del Ssn.

Tuttavia i medici attivi nel servizio sanitario pubblico italiano formalmente classificati quali "dirigenti" non sempre godono delle prerogative o dell'autonomia dirigenziale, specificate dalla Comunità europea, durante il loro lavoro. Anzi nella stragrande maggioranza dei casi (i cd professionals) no.

Quindi accertato che è stato violato un diritto (dei medici) è altresì accertato che tutte i referenti delle strutture pubbliche hanno commesso un illecito, così come è specificato in diverse sentenze della Corte di Giustizia, non applicando direttamente la Direttiva ed ancor peggio allo scopo di ottenerne un vantaggio.

Nessun paravento: ne avevano l'obbligo per il ruolo rivestito. Ora molti vorrebbero mettere il "cappello" su questa indubbia vittoria Anaa raccontando senza pudore palesi bugie, anche quelli che nel 2006-2007, e ci sono i documenti epistolari che lo comprovano, hanno ritenuto opportuno non impegnarsi nell'impresa negandone addirittura i fondamenti giuridici. Ogni uomo ed ogni azione hanno portato un valido contributo al risultato.

Questa review dei danni potenziali, per medici e pazienti, derivanti da turnazioni abnormi ha avuto il merito di concentrare l'attenzione sulla mancata tutela della salute dei medici (come per tutti costituzionalmente garantita) evitando che le richieste venissero interpretate come esclusivamente sindacali od ancor peggio come ricerca di privilegi di una casta.

## Il concetto di riposo adeguato nella normativa e nel contratto nazionale

Il Decreto Legislativo 66/2003 fornisce all'art. 1 la definizione del riposo adeguato: "*Il fatto che i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari, la cui durata è espressa in unità di tempo, e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine*" (dizione ripresa e rafforzata quindi dal Ccnl).

In sintesi, ci si riferisce a due entità:

### 1. il causare lesioni (quindi danni)

- a se stessi
- ad altri lavoratori (dell'équipe)
- a terzi (cioè i pazienti)

### 2. danneggiare la propria salute

- a breve
- a lungo termine (quindi anche con danni non immediatamente rilevabili e riconducibile esclusivamente ad una osservazione epidemiologica).

## Analisi delle pubblicazioni scientifiche

Ma le indicazioni della Comunità Europea sono così arbitrarie o hanno un concreto substrato scientifico? Abbiamo passato al vaglio le più significative pubblicazioni in materia, tratte dai più prestigiosi giornali scientifici, raggruppandole ovviamente nei due filoni principali: danno alla salute del medico e danno potenziale alla salute dei collaboratori e dei pazienti.

Iniziamo dall'analisi del rischio per collaboratori e pazienti. In una review pubblicata sull'autorevole *New England Journal of Medicine*, Gaba e collaboratori hanno affermato che: "*La deprivazione di sonno dovuta a turni lavorativi prolungati è il tallone di Achille della professione medica. Il livello di presenza e di attività lavorativa del personale sanitario è di gran lunga superiore a quello che viene osservato sia nel settore dei trasporti sia nelle centrali nucleari. Il problema coinvolge sia i medici che gli infermieri. I medici che lavorino in condizioni di deprivazione di sonno croniche sono la chiara espressione di un sistema sanitario che ha evidenti problemi organizzativi. Il sistema così organizzato non può assicurare ai pazienti né uno standard di sicurezza adeguato né una elevata qualità delle cure.*"

L'affermazione di Kenneth Shine (President of the Institute of the Medicine, National Academy of Science) è piuttosto emblematica: "*Se potessimo progettare un sistema basato sulla*

# le evidenze scientifiche del diritto al riposo

*qualità delle cure non vorremmo mai essere costretti a lavorare nelle condizioni attuali” (1).*

Laura K. Barger, che lavora presso la Harvard Medical School mette in risalto come “*nelle ore finali di turni prolungati, si nota circa un 30% di errori evitabili e nella reiterazione di turni prolungati, nell’arco di un mese, un netto peggioramento delle performance dei medici” (2).* Il Dr Arnedt, in un lavoro pubblicato su *Jama*, studiando il comportamento dei medici “*residents*”, ha dimostrato che il peggioramento delle performance mediche durante un turno notturno prolungato è sovrapponibile a quello ottenibile con un tasso alcolemico compreso tra 0.04 e 0.05 g %. “*Questo stato condiziona una evidente peggioramento di parametri quali l’attenzione sostenuta, la vigilanza e tests di guida simulati. La consapevolezza di queste limitazioni da parte dei soggetti interessati è abitualmente ridotta” (3).*

Sulla stessa linea di ricerca, sempre il gruppo della Harvard Medical School ha dimostrato come per i medici interni l’essere oggetto di turni prolungati incrementa il rischio di incidenti automobilistici di circa il 16 % (4).

Anche la destrezza nelle manovre chirurgiche può essere sensibilmente compromessa. Infatti in un lavoro pubblicato su *Lancet* (5) è stato dimostrato che l’incremento di errori del medico che effettua una laparoscopia simulata, durante un turno con deprivazione di sonno, è di circa il 20% e la probabilità che l’esame sia di durata maggiore rispetto al necessario, è del 14%.

Molto ricca, ma crediamo poco nota, è la letteratura riguardante i danni riportati dai medici, e dal personale sanitario, di cui citiamo i riferimenti più significativi. Per Czeisler e collaboratori, del dipartimento di medicina del sonno della Harvard Medical School, i turni notturni prolungati sono associati ad un evidente e significativo aumento del rischio di procurarsi lesioni percutanee. Tale affermazione diviene ancor più significativa qualora si riferisca a medici in training. (6)

Brown, dell’Università del Michigan, ha posto in evidenza un incremento percentuale del 4% di rischio di ictus ischemico ogni 5 anni di lavoro a turni con turni notturni (7).

Schernhammer e Laden dell’Università di Harvard sul *Journal of the National Cancer Institute* ci fanno scoprire come l’attività a turni con almeno tre turni notturni mensili per un periodo di 15 o più anni sia collegata ad una maggiore probabilità percentuale di sviluppare tumori del colon-retto del 35% rispetto ai lavoratori diurni. Sempre nella stessa pubblicazione si evidenzia il drammatico calo della produzione di melatonina a partire dalla seconda settimana di innaturale esposizione a stimoli luminosi notturni e correlano a ciò l’aumentato rischio (8).

Olson e Ambrogetti in una review sul *Medical Journal of Australia* hanno accentrato la loro attenzione sulle modificazioni ormonali e metaboliche, dipendenti dalla alterazione del ritmo circadiano conseguente alla turnistica notturna, ed hanno rilevato un sensibile aumento del rischio

di sviluppare diabete mellito, obesità e cardiopatia ischemica. L’arretrato di sonno accumulato in casi di turni prolungati, secondo gli stessi autori, necessita di un riposo di almeno 48 ore per essere recuperato. In particolare vengono definiti come pericolosi quei turni che comprendano oltre la notte anche il mattino successivo od il pomeriggio senza alcun adeguato riposo intermedio. La review prosegue citando lo studio *Helsinki Heart Study* in cui veniva descritto un incremento del rischio di sviluppare patologie cardiovascolari compreso tra il 40 ed il 50% rispetto ai lavoratori diurni (9). Questo dato è sovrapponibile sia a quello ottenuto dal *Nurse’s Health Study* statunitense, che indica nel 51% la maggiorazione del rischio dopo soli 6 anni di lavoro con turni notturni. L’analisi elaborata da Kawaki e pubblicata su *Circulation* rileva un rischio maggiore del 21% entro i 6 anni di attività anche notturna e del 51% quando sia superato questo limite (10). Zheng e collaboratori della Yale University School of Medicine hanno dimostrato in medici che lavorano in terapie intensive, sottoposti a turni di lavoro prolungati e a lavoro notturno, un incremento di IL6 e della Pcr che sono considerati markers biologici di infiammazione vascolare correlati ad eventi ischemici cerebrali e cardiaci (11).

Scheer del Dipartimento di Medicina del Sonno della Harvard Medical School ha posto in risalto la presenza di notevoli disturbi del sonno, con riduzione delle fasi Rem, nei lavoratori a turni, con turni di notte, disturbi che tuttavia regredivano ritornando al lavoro diurno (12).

Sempre associate ai disturbi, le mialgie talora anche molto importanti.

In una review di *Sleep* sono riportati dati interessanti sui lavoratori coinvolti nei dipartimenti di emergenza, costretti spesso a dover prendere difficili decisioni terapeutiche con pazienti a rischio per la vita, relativi a disturbi della vita di relazione ed in specifico con i propri familiari sia per la “turnistica” in sé sia per una sorta di “deformazione professionale del pensiero” che sminuisce tutto ciò che non sia di “vitale importanza”. Sono sintomi caratteristici uno stato di affaticamento “cronico” comportante irritabilità, calo delle prestazioni e diminuita agilità mentale (16,17,18).

La maggioranza degli studi evidenzia come, e qui il rimando specifico è al personale del comparto, spesso i lavoratori preferiscano settimane lavorative più brevi incrementando di conseguenza l’attività quotidiana sino a 12 e più ore.

I test effettuati su questi stessi lavoratori rilevano, senza ombra di dubbio, che il “prezzo pagato” è assai alto ed è caratterizzato da un eccessivo affaticamento, specie nelle ore finali dei turni, e da un’attenzione notevolmente diminuita. La distribuzione statistica degli errori notturni ha un picco catastrofico nelle ore comprese tra le 4 e le 8 del mattino (14). Diversi studi mettono in risalto una probabilità circa 3 volte maggiore (rispetto ai lavoratori diurni) di sviluppare disturbi che appaiono meno gravi, ma sono sicuramente fastidiosi, quali diarrea, dolori addominali, epigastralgie ed eccessiva flatulenza. Tali fenomeni vengono messi in correlazione prevalentemente

con l'inadeguata ed irregolare alimentazione dei soggetti che lavorino a turni (9).

La Dottoressa Schernhammer sul *Journal of the National Cancer Institute* riporta i dati relativi a circa 80mila lavoratrici osservate nel *Nurses' Health Study* (15)

Questi evidenziano un significativo incremento delle probabilità di sviluppare tumore al seno che appare proporzionale al periodo di "esposizione" ai turni di notte (1-15 anni, 16-29 anni, oltre i 30 anni) correlandolo alla perdita dell'azione oncostatica della melatonina (ridotta nei lavoratori a turni). Un recente dato che proviene dal sistema assicurativo danese Odc (Occupational Diseases Committee) pone in evidenza la rilevanza di studi che ritengono il turno di notte un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di tumori al seno. Attualmente tali dati sono al vaglio degli esperti della IARC (International Agency for Research on Cancer).

Le indicazioni per la strutturazione degli orari di lavoro secondo criteri ergonomici del Prof. Giovanni Costa, esperto di fama internazionale dell'Università di Milano, prevedono :

- **Ridurre il più possibile il lavoro notturno e adottare schemi di turnazione rapida al fine di limitare il numero di turni di notte consecutivi (max 2) ed interferire il meno possibile sui ritmi circadiani e sul sonno.**
- **Adottare la rotazione dei turni in "ritardo di fase" (Mattino/Pomeriggio/Notte), in quanto consente un più lungo riposo intermedio.**
- **Prevedere almeno 11 ore di riposo continuativo tra un turno di lavoro e l'altro onde consentire un maggior recupero della fatica e del deficit di sonno.**
- **Non iniziare troppo presto il turno al mattino in modo da limitare la perdita dell'ultima parte del sonno ricca di fase Rem.**
- **Programmare il giorno di riposo preferibilmente dopo il turno di notte in modo da consentire un immediato recupero della fatica e del deficit di sonno.**
- **Inserire pause nel corso del turno, in modo da permettere tempi adeguati per i pasti ed eventuali brevi pisolini, rivelatisi molto utili nel compensare il deficit di sonno. (19)**

## Risultati e conclusioni

Possiamo analizzare i risultati degli studi utilizzati frazionandoli nelle due componenti per poter avere una analisi più dettagliata.

Il 100% degli studi sui danni al pz evidenziano sia un calo misurabile delle performance mediche sia l'evidenza di errori a breve termine dal turno mentre solo il 50% nota effetti somma a medio termine; il dato poi che nessuno studio cita l'identificazione di danni diretti a lungo termine è sicuramente imputabile al dato osservazionale utilizzato che fa propendere per una scotomizzazione dell'analisi sul lungo periodo per le molte variabili interferenti.

Paradossalmente invece, l'identificazione dei problemi relativi alla salute dei medici, ma anche di tutti i lavoratori notturni, è meno precisa nel breve termine ma assai attenta al medio-lungo termine, probabilmente per la maggior evidenza clinica delle patologie riscontrate che a breve possono essere ancora asintomatiche o sfuggire ai controlli occasionali effettuati oppure ancora vengono considerate minori, quali ad esempio quelli gastrointestinali (9).

Quindi solo il 27% degli studi identifica un calo delle performance o danni fisici a breve termine, ed il dato sembra correlarsi positivamente con i disturbi del sonno e della vita di relazione. (12, 16,17,18).

Mentre sale clamorosamente al 90% a medio termine, ed in diversi studi vengono identificati dei gruppi statisticamente maggiori dopo il superamento di periodi soglia, come se vi fossero degli step ben precisi (7,8,9,10,15).

I dati complessivi di tutti gli studi esaminati danno invece i seguenti riscontri positivi nel 46% per danni a breve in parallelo con il calo delle performance; il dato sale all'80% nel medio termine attestandosi poi sul 60% nel lungo termine con identificazione di serie patologie nella maggior parte ischemiche o sostitutive (7, 8, 9, 10, 15).

Appare, quindi, appurata una correlazione tra lavoro notturno e patologie a breve ed a lungo termine, la cui unica terapia sembra essere una maggiore quantità di ore dedicate al riposo.

Più studi hanno dato evidente correlazione a patologie "esposizione dipendenti" sia in frequenza che in quantità; da ciò la necessità di provvedere a studi osservazionali più serrati ed ad un registro del lavoro notturno e perché no, al pari dell'esposizione alle radiazioni, a valutare l'opportunità di periodi di riposo suppletivi frazionati nel corso dell'anno per compensare gli stress a cui i lavoratori stessi sono sottoposti. Appare altrettanto associata un'alterazione delle capacità, anche professionali, durante "esposizione" a turni di lavoro prolungati specie se comprendenti la notte, con prevedibile incremento del rischio per i pazienti che vengano visitati in particolare durante le fasi finali di questi turni. Infatti è dimostrata da più parti la difficoltà di concentrazione e la netta riduzione della memoria di fissazione a breve termine al termine di questi turni. Gli errori correlati alla fatica sono caratteristicamente condizionati da una riduzione della capacità di giudizio soprattutto nell'identificare l'importanza di un qualsiasi problema insorgente.

*"In alcuni campi, quale in esempio specifico quello delle cure sanitarie, è impossibile eliminare i turni notturni. L'unica possibilità per ridurre l'impatto di tali errori, è quella di mantenere una adeguata dotazione organica, di tutte le componenti, tale da consentire un ridotto numero individuale di turni di notte.*

*Nonostante queste indicazioni sempre più spesso si verifica negli ospedali un'organizzazione con turni estremamente faticosi e pericolosi e questo a causa della predominanza del fattore economico/amministrativo, tendente in ogni caso a*

# le evidenze scientifiche del diritto al riposo

*“ridurre i costi” per problemi di bilancio e non considera le pericolose conseguenze delle scelte operate”. (1)*

Con questa logica sembrano agire spesso anche alcuni esperti nostrani di risk management: non appiattare il rischio clinico ma ridurre l'impatto a termini “statisticamente accettabili”, tentando un mix tra risparmio di costi fissi del personale ed ottimizzazione dei costi assicurativi e/o legali.

Il codice deontologico, all'articolo 70 “Qualità delle prestazioni”, ci fornisce un ausilio: *“ Il medico dipendente o convenzionato deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale.*

*Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato.”*

Ma chiunque abbia cercato di modificare organizzazioni discutibili “top down” sa bene a quali resistenze sia andato incontro e a quali pressioni sia stato successivamente sottoposto (in sulfureo odore di antiaziendalismo).

La stessa normativa vigente sul lavoro usurante non appare congrua rispetto alla realtà delle indicazioni scientifiche emerse che propongono strette correlazioni tra “esposizione” al lavoro notturno e sviluppo di patologie. La quantità oltre alla quale i turni si mostrano “patogeni” è di gran lunga inferiori a quella prevista (e cioè 80 notti di lavoro all'anno). Ci sarebbe quindi spazio per porre in discussione tali limiti arbitrari.

Lo Stato aveva scelto di “giocarsi ai dadi” la salute dei suoi dipendenti e dei suoi cittadini in cambio di un presumibile risparmio economico.

In realtà quale costo hanno dovuto pagare i cittadini ed i medici per queste frettolose deroghe in termini di mortalità e morbilità, in termini di spesa sociale per le invalidità conseguenti?

Una stima indiretta, per la sola mortalità, ci viene fornita da studi epidemiologici statunitensi che, su 100.000 decessi annuali attribuiti ad errori evitabili, stimano che circa il 30% (30.000) possano essere imputati alla stanchezza degli operatori.

Questi dati, lungi dal voler dimostrare delle verità scientifiche assolute, vogliono comunque porre l'accento su una realtà che non può essere ignorata e che dovrebbe essere oggetto di una nostra maggiore attenzione, visto che la componente politica sembra essere refrattaria a simili correnti di “pensiero”.

Il quesito finale è: perché queste “vittime innocenti” dovranno “pagare” con la propria salute l'imperizia (almeno) di coloro che non hanno né saputo né voluto sperimentare quei

modelli alternativi e possibili rispettosi della fisiologia umana previsti dalle norme europee?

Adesso gli strumenti ci sono e non sono solo per adepti: facciamo applicare la Direttiva e facciamoci rispettare.

## Bibliografia

1. Fatigue among clinicians and the safety of patients. David M. Gaba, M.D. and Steven K. Howard, M.D.: N. Engl. J. Med. Vol 347, No 16 \* October 17, 2002
2. Impact of Extended- Duration Shifts on Medical Errors, Adverse Events, and Attentional Failures. Barger L.K. (Harvard Med School): PLoS Med 3 (12): e487; 2006
3. Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestion. J. Todd Arnedt, PhD: JAMA September 7, 2005- Vol 294, n° 9- p. 1025
4. Extended work shift and the risk of motor vehicle crashes among interns Laura K. Barger Ph.D.: N. Engl. J Med 352:125; 2005
5. Effect of sleep deprivation on surgeons' dexterity on laparoscopy simulator N.J. Taffnder: The Lancet Vol 352 October 10, 1998
6. Extended work duration and risk of self reported percutaneous injuries in interns. Czeisler et al: Jama Vol 296: 1049; 2006
7. Rotating night shift work and the risk of ischemic stroke. Brown DL, Feskanich D, Sánchez BN, Rexrode KM, Schernhammer ES, Lisabeth LD: Am J Epidemiol. 2009 Jun 1; 169(11):1370-7.
8. Night-shift work and risk of colorectal cancer in the nurses' health study. Schernhammer ES, Laden F, Speizer FE, Willett WC, Hunter DJ, Kawachi I, Fuchs CS, Colditz GA.: J Natl Cancer Inst. 2003 Jun 4;95(11):825-8.
9. Working harder-working dangerously? Fatigue and performance in hospitals. Olson LG, Ambrogetti A.: Med J. Aust. 1998 Jun 15; 168(12):614-6
10. Prospective Study of Shift Work and Risk of Coronary Heart Disease in Women Ichiro Kawachi, MD; Graham A. Colditz, MD; Meir J. Stampfer, MD; Walter C. Willett, MD; JoAnn E. Manson, MD; Frank E. Speizer, MD; Charles H. Hennekens, M.: Circulation. 1995;92:3178-3182.
11. Association of extended work shifts, vascular function, and inflammatory markers in Internal Medicine Residents: a randomized crossover trial. Zheng et al: Jama Vol 296, 2006
12. Adverse metabolic and cardiovascular consequences of circadian misalignment. Scheer FA, Hilton MF, Mantzoros CS, Shea SA.: Proc Natl Acad Sci U S A. 2009 Mar 17; 106(11):4453-8.
13. An endogenous circadian rhythm in sleep inertia results in greatest cognitive impairment upon awakening during the biological night. Scheer FA, Shea TJ, Hilton MF, Shea SA.: J Biol Rhythms. 2008 Aug;23(4):353-61.
14. The perils of shift work. Hughes, 9/ 2004 American Journal of Nursing 104(9), pp. 60-63.
15. Rotating Night Shifts and Risk of Breast Cancer in Women Participating in the Nurses' Health Study, Eva S. Schernhammer, Francine Laden, Frank E. Speizer, Walter C. Willett, David J. Hunter, Ichiro Kawachi, Graham A. Colditz Journal of the National Cancer Institute, Vol. 93, No. 20, 1563-1568, October 17, 2001
16. The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. Van Dongen HP, Maislin G, Mullington JM: Sleep. 2003;26(2):117-126.
17. Patient safety in the emergency department environment report. American College of Emergency Physicians (ACEP). (2001). Retrieved January 6, 2004, from <http://www.acep.org>
18. Curriculum for patient safety Society of Academic Emergency Medicine (SAEM) Patient Safety Task Force. (2003). Retrieved December 28, 2004,
19. Strutturazione degli orari di lavoro secondo criteri ergonomici G. Costa in G. Ital. Med. Lav. Erg. 2008
20. Profili di incompatibilità con la direttiva n°88/2003 della disciplina italiana su orario e riposo del personale del SSN (tra interpretazione conforme e disapplicazione delle previsioni interne). V. Leccese e A. Allamprese in Rivista Giuridica del Lavoro 2/2009

## Progetto contrattuale

Gruppo di lavoro: Giuseppe Montante, Eleonora Albanese, Carlo Palermo, Maurizio Paparo, Alberto Spanò

### Premessa politica

La situazione politica-contrattuale della dirigenza del ruolo sanitario negli ultimi anni si è un po' complicata per il concorrere di una serie di fattori esterni alla dirigenza quali ad esempio: l'exasperazione di alcuni aspetti del federalismo in campo sanitario; la sempre più frequente invadenza del legislatore nazionale e delle Regioni in materia contrattuale; il mancato riconoscimento nei fatti della specificità tecnica e legislativa di questa dirigenza e l'elevato prezzo economico pagato dalla categoria rispetto alle altre dirigenze in seguito al blocco dei contratti ed alla crisi finanziaria.

In queste condizioni, l'attuale impianto contrattuale in molti istituti non sembra più adeguato a risolvere le criticità che sono emerse in questi anni.

In considerazione pertanto di un possibile sblocco prima o poi della contrattazione nazionale almeno normativa, si è ritenuto necessario delineare una **ipotesi di progetto politico – contrattuale coerente a questa possibile limitazione e che sia perseguibile anche in condizioni di isorisorse**, che vada oltre la necessaria manutenzione delle norme del Ccnl, per altro assolutamente necessaria, ed individui gli argomenti normativi più importanti ed innovativi da trattare.

### Argomenti peculiari del progetto

#### 1° ARGOMENTO - Revisione e potenziamento di alcuni aspetti dell'istituto delle relazioni sindacali

##### Motivazioni

L'esperienza, ormai pluriennale, ha reso palese un malcostume crescente e diffuso al livello periferico (regionale ed aziendale) caratterizzato soprattutto da:

- inosservanza di buona parte delle disposizioni contrattuali ed in particolare di quelle relative all'istituto delle relazioni sindacali;
- omissioni attuative;
- interpretazioni illogiche e/o francamente fantasiose e comunque illegittime di norme contrattuali;
- ruolo spesso invadente ed equivoco delle Regioni; tendente a condizionare e stimolare le illecite interpretative ed attuative delle aziende, in dispregio delle disposizioni del Ccnl approvate dalle stesse al livello nazionale.

Questo atteggiamento ha frequentemente limitato pesantemente al livello periferico l'attuazione di parecchie norme contrattuali con rilevanti danni economici.

##### Obiettivi

- Aumentare la certezza attuativa delle norme contrattuali.
- Rivedere e limitare il ruolo delle Regioni nell'attuazione delle norme contrattuali.

##### Strumenti utilizzabili

- Introduzione di condizioni miranti a facilitare la conoscenza certa delle norme vigenti (*Testo unico compilativo*).
- Introduzione di sanzioni nei riguardi dei soggetti contraenti al livello periferico, nei casi di omissioni o ritardi attuativi riguardanti:
  - le norme del Ccnl,
  - l'attivazione della contrattazione aziendale integrativa,
  - l'attuazione delle decisioni contrattuali derivanti da questo.
- Abolizione del "Tavolo di confronto regionale con le Oo.Ss." in merito all'attuazione di alcuni istituti contrattuali o in alternativa forte riduzione del numero degli argomenti interessati.

#### 2° ARGOMENTO - Revisione ed esplicitazione dei principi generali regolatori l'organizzazione del lavoro

##### Motivazioni

La soddisfazione dell'obbligo costituzionale di garantire l'attuazione in modo uniforme su tutto il territorio nazionale dei Livelli Essenziali Assistenziali presuppone che siano ugualmente sanciti al livello nazionale contestualmente i Livelli Essenziali Organizzativi minimi necessari da attuare su tutto il territorio nazionale per avere dei Lea uniformi. Se è pur vero che la legislazione vigente lascia le modalità organizzative del lavoro delle Uoae degli uffici all'autonomia decisionale delle aziende, è altrettanto vero che tali modalità devono in modo prioritario essere rispettosi di principi e criteri organizzativi di buona organizzazione, di efficacia e di sicurezza sanitaria, avere solide basi di evidenza scientifica ed essere rispettose delle esperienze internazionali (competenze specifiche della dirigenza del ruolo sanitario).

In considerazione di ciò e della certezza scientifica che la causa più frequente (fra il 70% e l'80%) degli "eventi avversi" sia da imputare ad errori organizzativi, le Oo.Ss. della dirigenza del ruolo sanitario hanno il diritto-dovere di esplicitare, in modo concordato con la Parte Pubblica, i requisiti e principi dei Livelli Essenziali Organizzativi minimi delle strutture sanitarie.

# Progetto contrattuale

## Obiettivi

- Introdurre dei requisiti minimi organizzativi (Leo) necessari alle attività sanitarie rientranti nei Lea (in particolare quelle inerenti l'urgenza, l'emergenza e continuità assistenziale), che siano:
  - uguali in tutto il territorio nazionale.
  - rispondenti a principi certi e validati di qualità, di sicurezza professionale e di risk management (*Principio di: "Ospedale sicuro"*);
  - condivisi sul piano professionale dai dirigenti del ruolo sanitario.
- Rendere l'organizzazione del lavoro e l'apporto individuale di ciascun dirigente del ruolo sanitario più chiari, trasparenti e misurabili.

## Strumenti utilizzabili

- Esplicitazione dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali per ciascuna tipologia di ospedale generale appartenente alla rete.
- Introduzione dell'obbligo ad utilizzare sempre ed in modo esplicito lo strumento del "piano di lavoro" nella programmazione dell'attività ordinarie del reparto.
- Introduzione dell'obbligo di correlare l'organizzazione del lavoro all'esistenza dei LEO ed alle risorse tecniche, umane e professionali ordinariamente esistenti.

## 3° ARGOMENTO - Chiara e rigorosa esplicitazione delle caratteristiche, dimensioni, finalità d'uso e limitazioni dell'orario di lavoro contrattuale

### Motivazioni

Negli ultimi anni si è avuta una crescita esponenziale del numero di ore di lavoro aggiuntivo imposte ordinariamente ai dirigenti del ruolo sanitario con mille scuse e spesso in modo subdolo. Nell'imporre tali ore, frequentemente le aziende hanno volutamente ignorato le disposizioni contrattuali e legislative in merito all'orario contrattuale, ai riposi ed alle ferie e le hanno spesso estorte gratis.

Gli scopi di questo comportamento sono molteplici:

- mascherare gli errori o le omissioni programmatiche e l'assenza di volontà politica in merito;
- omettere volutamente la rimodulazione dei servizi in base alla dotazione organica esistente;
- risparmiare sulla spesa del personale per rientrare negli obiettivi di bilancio imposti su cui viene valutata la direzione delle aziende.

### Obiettivi

È necessario limitare fortemente questo malcostume e togliere ogni alibi normativo possibile alle abitudini delle aziende di:

- imporre in modo diffuso elevate quantità di orario aggiuntivo a quello contrattuale con la scusa di adempiere ad obiettivi di budget artatamente dichiarati ordinari,

ignorando il requisito di volontarietà e nella maggior parte dei casi volutamente non retribuiti;

- violare sistematicamente le disposizioni legislative europee e nazionali in materia di riposi, facilitazioni per la tutela della gravidanza e ferie;
- ignorare le risultanze e gli obblighi derivanti dagli studi di risk management nella organizzazione dell'orario di lavoro individuale e delle attività correlate;
- mantenere una sistematica "opacità" ed "indeterminatezza" nella definizione dei compiti di lavoro assegnati al singolo dipendente e dell'orario di lavoro correlato necessario.

### Strumenti utilizzabili

Alcuni esempi di strumenti utilizzabili possono essere:

- definire in modo chiaro ed inequivocabile la dimensione settimanale dell'orario di lavoro contrattuale dovuto;
- introdurre l'obbligo ad esplicitare mediante lo strumento dei "piani di lavoro" (settimanale o mensile) l'articolazione delle attività lavorative individuali assegnate da espletare nel suddetto orario di lavoro;
- introdurre l'obbligo a rispettare nella costruzione dei piani di lavoro la normativa legislativa europea e nazionale e le disposizioni contrattuali vigenti in materia di orario di lavoro, riposi e ferie;
- introdurre l'obbligo a calibrare di norma le attività dei piani di lavoro alla quantità di orario di lavoro contrattuale dovuto;
- deve essere previsto l'obbligo a concedere nel quadrimestre successivo il recupero delle ore di lavoro eccedente a quello contrattuale, se tale orario aggiuntivo è previsto nella programmazione;
- se l'eccedenza oraria fosse frequente (almeno 4 mesi non continuativi nell'intero anno) e/o di lunga durata (almeno 3 mesi consecutivi), l'Azienda può proporre ai singoli dirigenti interessati del ruolo sanitario il non recupero in parte o in toto dell'orario aggiuntivo effettuato; tale possibilità deve però soddisfare due condizioni:
  - non può essere imposta, ma deve essere chiesto formalmente l'assenso all'interessato;
  - le ore di lavoro eccedenti devono essere retribuite, secondo le modalità previste dal Ccnl per il lavoro aggiuntivo in favore dell'Azienda;
- introdurre l'obbligo a calibrare gli obiettivi di budget assegnati rigorosamente sull'orario contrattuale;
- se durante l'anno risultasse per almeno metà dei medici del reparto un'eccedenza rispetto all'orario contrattuale dovuto per almeno 4 mesi, l'intero orario eccedente dovrà essere recuperato nei successivi 4 mesi ovvero retribuito secondo le modalità previste dal CCNL per il lavoro aggiuntivo in favore dell'Azienda;
- nel caso vi siano condizioni di non aumento dell'orario di lavoro contrattuale complessivo del reparto, nella definizione degli obiettivi di budget dell'anno successivo si dovrà obbligatoriamente tener conto del risultato a

consuntivo dell'anno precedente nel caso di obiettivi di budget mal calibrati rispetto all'orario contrattuale disponibile.

## 4° ARGOMENTO - Costruzione di un "modello nazionale di carriera" più adeguato alla specificità professionale del dirigente del ruolo sanitario ed alla specialità legislativa di tale dirigenza

### Motivazioni

Da circa sedici anni è stato introdotto per la dirigenza del ruolo sanitario un modello di carriera verticale di tipo curricolare, basata sull'assegnazione in modo discrezionale da parte dell'Azienda di posizioni funzionali a tempo determinato e sulla verifica periodica dell'operato del singolo dirigente.

Gli aspetti ed i principi generali e fondanti di tale tipologia di carriera sono stati normati da legislazione specifica. I Contratti Collettivi Nazionali hanno invece individuato le sue articolazioni, specificato la tassonomia di queste ed i profili di responsabilità collegati nonché le modalità di assegnazione e gli aspetti economici.

L'esperienza attuativa su tale modello, maturata in tanti anni, ha reso evidenti e non più eludibili le profonde distorsioni che si sono generate nel tempo e le conseguenze critiche.

Di seguito vengono ricordate le più importanti:

- Il tipo di carriera verticale che è stata privilegiata, sia da un punto di vista gerarchico che economico, nei fatti è stata soprattutto quella di tipo gestionale, in coerenza al modello di "dirigenza burocratica – amministrativa" (ministeri, enti pubblici, amministrazioni periferiche, ecc.), prevalente nella cultura nazionale del Pubblico Impiego. Tale modello è profondamente differente da quello di "dirigenza tecnico professionale" (attuato in buona parte degli stati dove è operante un Ssn pubblico), che è più consono alle specificità professionali della categoria ed alla specialità legislativa prevista per tale dirigenza.
- Nella maggior parte dei casi le posizioni funzionali assegnate dalle aziende sono state fino ad ora quelle a componente prevalentemente gestionale.
- L'assegnazione di tali posizioni funzionali da parte dell'azienda è stata fino ad ora discrezionale, basata soprattutto sulla valutazione soggettiva del possesso o meno di requisiti di tipo gestionale e/o amministrativo, piuttosto che su una valutazione professionale specifica oggettiva di tipo meritocratico.
- Le verifiche periodiche sono state indirizzate dalle aziende prevalentemente sugli aspetti gestionali ed economicistici e pertanto soprattutto sull'efficienza produttiva e sul risparmio economico, piuttosto che sull'efficacia degli atti sanitari e sull'ottimizzazione costi-qualità di tali atti, condizioni più consono alla specificità di tale dirigenza.

### Conseguenze

- L'indirizzo delle ambizioni individuali di carriera verso il profilo gestionale-organizzativo.

- La frustrazione delle aspirazioni di carriera determinata dall'esiguità del numero di tali posizioni, accentuata recentemente dalla riduzione in atto del numero di unità operative e quindi delle posizioni gestionali-organizzative (staticità della carriera = assenza di carriera).
- Disaffezione crescente della categoria dei dirigenti del ruolo sanitario verso una professione piena di responsabilità e rischi professionali, gravosa sul piano dell'impegno individuale, con retribuzione inadeguata (confronto con gli altri Stati della Comunità Europea) in rapporto ai risultati ottenuti ed alle responsabilità assegnate e senza il giusto riconoscimento formale.

### Obiettivi

Creare un nuovo profilo di carriera dei dirigenti del ruolo sanitario che:

- sia più consono alla loro specificità professionale ed alla specialità legislativa;
- permetta un duplice sviluppo con pari dignità di ruolo, di gerarchia e di retribuzione:
  - prevalentemente di tipo gestionale,
  - prevalentemente di tipo professionale;
- presenti delle posizioni funzionali inerenti allo sviluppo della carriera a prevalente peculiarità professionale e corrispondenti all'architettura gerarchica del "saper fare", di norma esistente;
- sia univoco al livello nazionale e non modificabile nella sua architettura al livello periferico;
- preveda meccanismi di selezione ed attribuzione delle posizioni più trasparenti e meritocratici e meno soggettivi.

Individuare una nuova tassonomia delle posizioni dirigenziali a prevalente peculiarità professionale che sia:

- sintetica,
- corrispondente al reale profilo di responsabilità correlato,
- chiaramente espressiva delle responsabilità e del livello gerarchico connessi.

### Limiti

La soluzione del problema posto, attraverso il raggiungimento degli obiettivi sopra ipotizzati, ha come limiti la scelta di uno dei seguenti strumenti normativi utilizzati:

- contrattuale,
- legislativo.

Lo strumento più facilmente percorribile e più concretamente attuabile è il Contratto Collettivo Nazionale, con tempi meno biblici ed un ruolo di maggior protagonismo nelle decisioni della categoria rispetto a quello legislativo.

La proposta di nuova carriera, per essere attuabile in modo esaustivo con tale strumento, deve essere rispettosa delle disposizioni legislative vigenti ed in nessun modo deve concedere alla controparte alibi per la negazione per violazione delle leggi.



# Progetto contrattuale

## Strumenti

Esplicitare al livello nazionale, attraverso il Ccnl:

- la nuova tassonomia;
- i livelli di responsabilità correlati;
- una nuova graduazione delle posizioni, nel duplice sviluppo di carriera, coerente agli obiettivi sopra espressi;
- l'intervallo di peso e della conseguente retribuzione economica attribuibile a ciascuna di queste posizioni funzionali;
- gli indicatori numerici minimi e massimi di attivazione delle posizioni funzionali di maggior rilievo professionale;
- modalità di selezione e di attribuzione;
- requisiti minimi necessari.

## 5° ARGOMENTO - Costruzione di un modello nazionale di carriera economica orizzontale, non automatica ed a vocazione meritocratica

### Motivazioni

La dirigenza del ruolo sanitario è l'unica dirigenza del Pubblico Impiego che da circa sedici anni ha accettato una carriera basata:

- in teoria essenzialmente sul curriculum individuale (se le aziende sanitarie applicassero in modo rigido le norme contrattuali);
- sulla continua disponibilità dei singoli a mettersi costantemente in gioco e pertanto sulla precarietà della posizione funzionale affidata e della retribuzione (contratti individuali a tempo determinato);
- su frequenti verifiche del singolo dirigente da parte di organismi specifici terzi (in 12 anni si possono avere in modo ordinario fino a 16 verifiche: 4 di tipo professionale e 12 di risultato).

Fino a tre anni addietro, la verifica professionale pluriennale da parte del Collegio Tecnico determinava:

- se positiva, la conferma della posizione funzionale precedentemente posseduta o l'attribuzione di altra di pari graduazione o (in rari casi) l'affidamento di posizioni funzionali di livello superiore;
- se negativa, una penalizzazione mediante la decurtazione della retribuzione economica e/o l'assegnazione di una posizione di livello inferiore.

La serietà professionale e la disponibilità all'innovazione di questa categoria è stata recentemente frustrata dall'introduzione della norma legislativa fortemente erronea ed illogica, che permette alle aziende di ignorare il merito certificato dalle verifiche positive di organismi terzi e degradare a piacimento il singolo dirigente sul piano professionale ed economico, senza l'obbligo di alcuna motivazione specifica.

Tale impostazione tradisce i principi guida ideali su cui era stata basata nel 1992 e 1993 la scelta legislativa di creare la dirigenza speciale del ruolo sanitario (introdurre condizioni crescenti di stimolo e premio del merito professionale e di trasparenza delle carriere).

## Obiettivi

Non è accettabile che un sistema di verifica sia così ingiusto e sbilanciato contro il lavoratore e così arbitrario. La recente disposizione legislativa dovrà essere cancellata.

In attesa che questo avvenga mediante il varo di una Legge che emendi la precedente (tempo prevedibile in ipotesi ottimista = non inferiore a 1 o 2 anni), sarà necessario operare anche mediante lo strumento contrattuale (Ccnl) per:

- correggere (almeno sul piano economico) le conseguenze dell'illogicità legislativa, sopra ricordata;
- accentuare in modo concomitante ancor più la specificità e la specialità di tale dirigenza rispetto alle altre (un ulteriore esempio è dato dalla tipologia di carriera e dal numero di verifiche che la caratterizzano da tempo).

## Strumenti

Introdurre attraverso il Ccnl:

- una **carriera economica orizzontale non automatica, a vocazione meritocratica**, accanto alla progressione di carriera già esistente di tipo verticale per posizioni funzionali attribuite, mirante a premiare le verifiche professionali positive;
- utilizzare l'Indennità di Specificità Medica come contenitore della suddetta carriera economica orizzontale.

**N. B. n. 1:** si suggerisce a tal proposito di modificare lievemente la denominazione di tale indennità per renderla più attuale e coerente allo scopo, denominandola: **indennità di specificità di dirigenza medica**.

**N. B. n. 2:** si suggerisce altresì per la dirigenza sanitaria l'introduzione ex novo dell'**indennità di specificità di dirigenza sanitaria**, con la stessa motivazione d'uso.

## Limiti

Tale proposta di nuova carriera economica orizzontale per essere attuabile e per non trovare ostacoli insuperabili o alibi da parte pubblica deve almeno rispettare i seguenti limiti:

- essere attuabile senza aumento della massa economica contrattuale e senza ricorso alle risorse contrattuali destinate per il futuro rinnovo del Ccnl (utilizzando la Ria emergente dei cessati, libera da impegni d'uso);
- non stimolare un effetto contrattuale di trascinamento in altre categorie del Pubblico Impiego.

## 6° ARGOMENTO - Meccanismi di retribuzione dei risultati e della produttività aggiuntiva

### Motivazioni ed obiettivi

Le disposizioni contrattuali vigenti sanciscono che l'istituto contrattuale della Retribuzione di Risultato ha lo scopo di premiare i risultati di produttività raggiunti nell'orario di lavoro contrattuale (volumi prestazionali), se soddisfano gli obiettivi di budget concordati.

Le stesse disposizioni sanciscono altresì che, in caso di obiettivi di budget che prevedano volumi prestazionali superiori a quelli possibili nell'orario contrattuale o comunque al dato storico di produttività in condizioni di uguale organico presente, sia contestualmente definita la quantità delle ore aggiuntive necessarie e la relativa retribuzione aggiuntiva. Tale orario aggiuntivo ed i relativi obiettivi possono essere chiesti ma in nessun caso imposti.

La Retribuzione di Risultato ha lo scopo anche di premiare le capacità gestionali dei dirigenti che hanno compiti di direzione o comunque responsabilità di Uoc o Uos.

Negli ultimi anni il combinato disposto dell'atteggiamento di anarchia contrattuale, assunto unilateralmente dalle aziende in modo sistematico, e le nuove norme sulla valutazione della performance produttiva nel Pubblico Impiego hanno determinato nei fatti un livello insopportabile di opacità attuativa e di discrezionalità decisionale.

La diffusione di questa condizione e la deregulation che alimenta ci spinge a considerare tutto ciò come una grave patologia di questo istituto contrattuale che non può essere più ignorata.

## **Strumenti**

In questo caso è necessario operare attraverso la Contrattazione Nazionale in uno dei seguenti modi:

1. curare tale patologia, apportando i necessari correttivi alle norme vigenti,
2. cancellare definitivamente questo istituto e sostituirlo con altro ben diverso.

## **Nella prima ipotesi**

Bisognerà sancire che per la dirigenza del ruolo sanitario la valutazione della performance ai fini della retribuzione di risultato può essere solamente di équipe (il lavoro di tale dirigenza è caratterizzato in modo specifico dal lavoro di équipe). In conseguenza di ciò, la valutazione della performance individuale può essere solamente di tipo professionale (interna alla stessa dirigenza) ad eccezione dei dirigenti con incarichi di direzione o responsabilità di Uo autonome; in tal caso può essere anche di tipo gestionale e quindi a carico anche dell'Organo Indipendente di Valutazione.

Bisognerà esplicitare con maggiore chiarezza, in merito all'orario aggiuntivo per obiettivi di budget:

- in quali occasioni è possibile richiederlo;
- le quantità massime richiedibili;
- i limiti a cui deve sottostare;
- le tipologie di retribuzione connesse;
- la volontarietà di tale orario.

## **Nella seconda ipotesi**

Se si trovassero eccessivi ostacoli a ricondurre l'istituto della Retribuzione di Risultato nell'alveo della correttezza attuativa, tanto vale abolirlo e sostituirlo in ipotesi con l'istituto dell'incentivazione della produttività (di vecchia memoria), però rivisto e corretto nelle sue possibili distorsioni ed adeguato alla nuova realtà.

## Università e Formazione

**Gruppo di lavoro: Luciano Gabbani, Gerardo Anastasio, Domenico Montemurro, Pierino Di Silverio, Fabio Ragazzo**

Sono trascorsi 4 anni dalle ultime tesi congressuali sull'argomento e 10 anni dalle proposte dell'Anaa Assomed sulla possibile integrazione Ssn/Università, ma le problematiche già ampiamente evidenziate restano immutate nell'indifferenza generale, segno anche questo della fragilità e della disgregazione del tessuto sociale del nostro Paese.

La storia dei rapporti tra quelle che un tempo erano le facoltà di medicina, che oggi dopo la legge Gelmini sono divenute dipartimenti dell'Università, e il Ssn è storia di frizioni, conflittualità latente o manifesta, contenziosi infiniti tra due istituzioni che restano ancora oggi fortemente caratterizzate nei loro fini istituzionali: l'assistenza per il Ssn, la didattica e la ricerca per l'Università. L'inscindibile rapporto tra didattica, ricerca e assistenza, formula magica che ha aperto tutte le porte e i cordoni della borsa dei diversi servizi sanitari regionali, coniata in un tempo ormai troppo lontano, ha generato un intrico di norme spesso contraddittorie e incoerenti che hanno finito per mettere in aperta concorrenza i due sistemi. Il lungo excursus legislativo che ha cercato di definire la questione, si è rivelato inadeguato, di difficile applicazione e fonte di interpretazioni capziose lasciando il concetto dell'integrazione rappresentato da poche parole mentre la difesa dell'autonomia universitaria diveniva, di fatto, la certificazione della sua prevalenza nel sistema delle Aziende Miste, modello oggi maggioritario rispetto a quello dei Policlinici Universitari a gestione diretta che si dibattono in enormi problemi gestionali ed economici.

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

Le convenzioni regionali e quelle attuative locali nelle intenzioni del legislatore avrebbero dovuto garantire la convivenza tra Ssn e Università, ma nella reale applicazione hanno mostrato limiti nel determinare un'effettiva mediazione tra le parti, e sono state contrassegnate da ricorsi, latenza nei rinnovi, inapplicabilità nella gestione corrente offrendo nella migliore delle ipotesi un modello di equilibrio ottenuto a prezzo di estenuanti compromessi e spesso diseconomiche duplicazioni delle funzioni, con risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali e formativi. La conflittualità generata dall'aver affiancato – spesso negli stessi spazi fisici – strutture sovrapponibili per funzione, e quindi concorrenziali, ma divise da differenti stati giuridici del personale, diverse impostazioni del lavoro e diversa “mission”

operativa, è logica derivazione di un contrasto, mantenuto e paradossalmente rafforzato dal meccanismo convenzionale che per il suo stesso essere ribadisce la differenza delle parti. Negli anni la situazione di conflitto si è acuita a causa della radicale trasformazione che ha interessato il Ssn teso a recuperare, attraverso il processo di aziendalizzazione, efficacia, efficienza ed economicità, oggi più che mai, in un quadro di risorse predeterminate e finite. Nelle Aziende Miste e nei Policlinici questo fenomeno si è inserito in realtà aziendali nelle quali, nel corso degli anni, per la crescita dell'offerta formativa, non solo nella professione medica, ma anche in quelle sanitarie e infermieristiche, si sono moltiplicati i corsi e delle sedi d'insegnamento. L'aver prima assegnato come compito istituzionale la formazione medica specialistica all'Università, ignorando le capacità e le potenzialità del Ssn, e poi la successiva applicazione delle regole europee delle scuole di specializzazione, hanno ulteriormente accresciuto l'obbligo didattico di un corpo docente che negli anni, sia per i forti vincoli di bilancio che per una politica degli accessi disorganica si è ridotto di numero. Nel contesto attuale caratterizzato dagli effetti della riforma dell'Università voluta dalla Gelmini e dalla forte riduzione dei finanziamenti statali all'università appare difficile che il corpo docente universitario possa garantire in modo autonomo uno dei suoi due fini istituzionali, quello della didattica. Ciononostante l'apporto del personale laureato del Ssn (previsto sin dal D.lgs n. 502 del 1992) - a distanza di oltre 20 anni e tranne rare eccezioni - appare ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa risentendo sia della “parsimoniosa” applicazione della legge da parte universitaria (e regionale), sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che intenda fornire una funzione oltre che assistenziale anche didattica.

La riduzione del fondo sanitario nazionale, l'affermarsi di nuovi modelli assistenziali che vedono ridurre in maniera anche drastica i posti letto negli ospedali, mettono oggi in luce quelle peculiarità del sistema universitario che, se prima poco si conciliavano con le novità introdotte nelle aziende alla fine degli anni 90, oggi assumono un carattere di contraddizione stridente. Oggi, come non mai, appare anacronistico riservare la quota dell'assistenza, espressa in dotazione strutturale e articolazione organizzativa, necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca in rapporto al numero dei docenti e dei discenti. La riduzione dei posti letto in corso nel Ssn sembra dover ancora convivere con norme espresse in altri tempi sociali ed economici e

questo può rendere oggi più di prima indefiniti i confini della presenza universitaria entro le strutture del Ssn, e tale vaghezza dei limiti, fissati, e spostati, di volta in volta in sede di convenzione regionale, ove le richieste del mondo accademico non restano mai inascoltate, costituisce una mina vagante all'interno dell'organizzazione delle Aziende Miste. Il personale medico che si trova a operare nelle Aziende Miste e nei pochi Policlinici Universitari, svolge, in moltissimi casi, mansioni del tutto sovrapponibili a quelle dei colleghi universitari e non, come alcuni vogliono ancora credere, relegate ad attività solo di tipo assistenziale in ruoli di sudditanza.

La previsione normativa di dover rispondere, attraverso le famigerate convenzioni con le Regioni, alle esigenze della formazione post-laurea in strutture del Ssn è stata sostanzialmente disattesa forse anche perché i medici in formazione specialistica costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare volumi produttivi e di sostenere l'attività scientifica che ne giustificano l'esistenza.

Nonostante lo scenario della grave crisi economica che stiamo vivendo, l'Università continua a comportarsi come variabile indipendente del sistema. In tale contesto è stato indubbiamente più agevole l'utilizzo delle strutture e del personale del servizio sanitario nazionale con una logica non di integrazione ma spesso di tipo colonialistico. Infatti, è mancato (e manca tutt'ora) uno sforzo normativo che individuasse nuove tipologie per gli ospedali sedi di insegnamento tali da consentire la costituzione di un nuovo modello, anche attraverso l'armonizzazione degli stati giuridici del personale afferente.

Per risolvere questi problemi appare oggi necessaria una sostanziale revisione di tutto l'impianto normativo da parte del legislatore. Dato per scontato che nell'attuale contesto è impossibile che strutture a diretta gestione universitaria, ove il personale docente esplichi direttamente l'attività sanitaria, è necessario confrontare il nostro sistema con quello che avviene in molti paesi dell'unione europea che attribuiscono la formazione a quello che per noi è il Ssn. È quindi necessario che il modello dell'"Ospedale d'Insegnamento", concetto oggi molto richiamato da tutti ma che non può trovare nelle attuali basi giuridiche il suo sviluppo, venga affermato come unico possibile modello integrato di insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza, e questo quale presupposto alla riforma della politica della formazione e della ricerca nel nostro Paese. Un ospedale che in stretta correlazione con le strutture ospedaliere e territoriali della Regione costituisca il nodo centrale di una vera "rete formativa" e possa costituire anche il fulcro di un sistema di ricerca ampliato rispetto ai limiti oggi imposti. Una rete dove le risorse assegnate e impiegate per l'assistenza, la didattica e la ricerca siano ben definite e trasparenti e valutate nei loro outcome con criteri che abbiano come unici obiettivi la salute dei cittadini, la qualità della formazione, lo sviluppo di

nuove conoscenze e l'innovazione. Una rete nella quale appare molto difficile il persistere della coesistenza di due sistemi giuridici di appartenenza diversi per il personale che in essa opera.

Per far questo è quindi necessario confrontarsi con alcuni temi che ormai vedono la loro soluzione come ineludibile. Il modello dell'organizzazione dipartimentale resta a nostro parere l'unico modello possibile anche nei nuovi sviluppi dell'organizzazione degli ospedali. Il Dai nell'Azienda Mista deve contemplare diverse esigenze, prima fra tutte la garanzia della partecipazione dei professionisti alla vita del dipartimento e al governo clinico. La scelta del direttore deve avvenire secondo criteri trasparenti di capacità professionale, curriculum, capacità organizzative e manageriali, non riconoscendo al personale universitario alcun diritto di prelazione sulla gestione di risorse che sono prevalentemente assistenziali.

Il Comitato di Dipartimento deve essere valorizzato quale ambito nel quale le attività assistenziali, didattiche e di ricerca trovino la loro reale integrazione nel governo clinico e fra i professionisti. Che svolga le sue funzioni secondo modalità trasparenti attraverso regolamenti che assicurino la reale partecipazione di tutti i professionisti ai momenti di discussione e definisca i percorsi decisionali interni, le autonomie del Direttore e garantisca le modalità della partecipazione della dirigenza medica al governo clinico. Devono essere riviste le modalità di nomina e di revoca del Direttore Generale delle Aziende Miste che nel modello attuale, di fatto, ne limitano l'autonomia gestionale e privano il personale ospedaliero di un riferimento super partes politico-gestionale determinando un esistenziale conflitto di interessi.

Devono essere identificati e valorizzati il coinvolgimento e la corresponsabilità nella formazione specialistica e in quella delle professioni sanitarie dei Dirigenti Medici del Ssn sia in termini di curriculum che in termini economici.

La rete formativa deve rispondere alle reali necessità formative del Ssn e quindi il numero dei posti di specializzazione deve essere definito in base alle reali necessità del Paese, la durata dei corsi alla media europea e non in base alle esigenze interne delle Università, come spesso è avvenuto e potrebbe ancora avvenire. Riconsiderare anche se la dizione di "assistente in formazione" della quale ancora oggi si trovano tracce nei Ccnl, dirigenti medici che nei primi cinque anni possono avere solo incarichi professionali non di alta specializzazione, non vada rivalutata anche al fine di evitare le attuali penalizzazioni che rendono la specializzazione requisito per l'accesso al Ssn e che fa sì che gli specialisti di altri Paesi dell'Unione Europea sono in media di cinque anni più giovani degli italiani, con e penalizzazioni per quanto riguarda la carriera, le prospettive di vita, lo sviluppo professionale e le tutele previdenziali. Deve essere comunque chiarita definitivamente, anche ai fini medico legali della responsabilità professionale, la nebulosa

norma della “progressiva autonomia” e quindi anche le responsabilità dei professionisti che ne sono i tutor. Bisogna infine chiedersi come possa essere possibile infine il governo di un'azienda se il personale che in essa opera appartiene a due ordinamenti diversi, e quale sia il senso di avere alcuni direttori di struttura nominati per concorso, mentre per altri è sufficiente l'investitura del Senato Accademico e per i quali la formazione manageriale, elemento importante viste le risorse ad alto costo che sono impegnate nei processi assistenziali, viene considerata acquisita “*ope legis*”. Se questa formazione è importante, tutti coloro che ne sono interessati devono seguire specifici percorsi formativi, altrimenti tutti, in quanto dirigenti medici che operano nel Ssn, devono esserne esonerati. Si fa un gran parlare, in questo periodo, non senza ragione, dell'invadenza politica nelle nomine dei direttori di Struttura Complessa ospedalieri. Eppure il dirigente ospedaliero deve partecipare a una selezione presentando un curriculum, un'anzianità di servizio, una casistica operatoria e ogni 5 anni il vincitore della selezione viene valutato sul suo livello di efficienza e capacità professionale, rischiando anche la perdita dell'incarico e - nei casi più gravi - il licenziamento. Il personale universitario fino ad oggi diviene direttore di una struttura complessa su designazione dell'Università, in quanto titolare di un ruolo sviluppato e valutato, sia esso docente di prima o seconda fascia, sulla base di criteri legati più alla ricerca e alla didattica che all'esperienza assistenziale. Quando nominato, la Direzione generale dell'azienda in cui diventa direttore di struttura complessa, non ha modo di valutarne le effettive capacità cliniche né al suo ingresso nel Ssn, né in periodi successivi, può non conoscere valutazioni di sorta ed è inamovibile fino al pensionamento, oggi anche ovviamente ritardato rispetto ai medici ospedalieri. Siamo nel campo assoluto dell'autoreferenzialità.

È necessario che sia chiara e trasparente la previsione del concorso dell'Università nella gestione delle Aziende Miste attraverso sistemi di budget che rilevino, nelle diverse strutture aziendali, i fattori di assorbimento per l'assistenza, la didattica e la ricerca.

## Conclusioni

L'Anaa Assomed ritiene necessario che lo Stato intervenga con modifiche normative e organizzative al fine di rendere i rapporti Università-Ssn più chiari, meno conflittuali, più rispettosi dei reciproci fini istituzionali, attraverso le quali sia possibile modernizzare il sistema assistenziale e formativo ai nuovi bisogni del nostro Paese, rendere compatibile il miglioramento di questi con l'attuale momento di ristrettezze economiche e permetta di affrontarle in modo strutturale e non congiunturale, perché è ormai chiaro che queste congiunturali non lo sono.

Occorre evitare, attraverso un confronto che coinvolga tutti gli attori interessati al futuro del sistema sanitario e di quello formativo e ripensamento delle attuali politiche, nazionali e regionali, che la provenienza istituzionale e l'autoreferenzialità orientino il processo di organizzazione e di gestione delle Aziende Integrate.

È ineludibile una riforma del D.lgs 517\99, reclutando le intelligenze professionali di tutti i livelli e di ambedue le appartenenze, ospedaliera ed universitaria ed un ripensamento serio sull'opportunità di mantenere distinti istituzionalmente i due ruoli.

L'Anaa Assomed rifiuta la teoria del “destino manifesto” per cui i medici ospedalieri sono condannati a cedere spazi e competenze al colonialismo universitario per rifugiarsi nella riserva di un Ssn povero e per i poveri lasciando ad altri le magnifiche e progressive sorti della formazione e della didattica e dell'assistenza nei settori ad alta specializzazione.

## La programmazione del fabbisogno di personale medico nel decennio 2014/2023: curve di pensionamento, fabbisogni specialistici e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia

Domenico Montemurro, Fabio Ragazzo, Carlo Palermo

### Introduzione

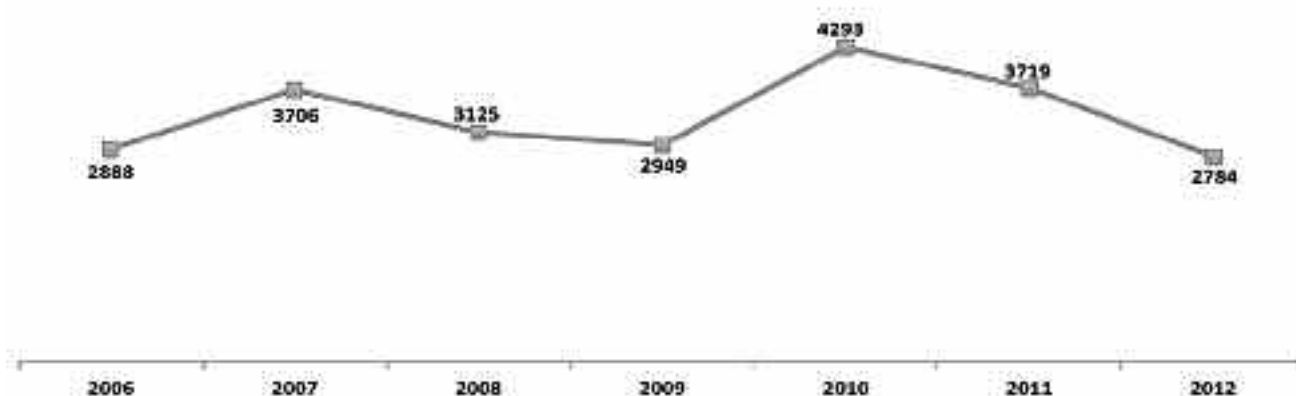
Una vivace polemica si è sviluppata recentemente riguardo la consistente riduzione dei contratti di specialità per i laureati in Medicina e Chirurgia disposta dal Miur. Ancora una volta l'Università tenta di liquidare il problema della riduzione dei contratti di formazione post laurea ed insieme degli accessi alle scuole di Medicina e Chirurgia, come responsabilità della sola politica. Lo studio realizzato elabora le fonti informative presenti nei seguenti registri: Banca dati Miur, Undicesimo rapporto sullo stato del Sistema Universitario Miur 2011, Annuario Statistico Enpam 2012, Conto Annuale del Tesoro 2010 e 2012 (da adesso in poi Cat), Ced FNOMCeO 2012 e 2013, verbali Conferenza Stato Regioni, documento della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Ssn 2012, allo scopo di definire una cornice entro la quale realizzare una programmazione sanitaria che consideri curve di pensionamento, borse di studio Miur, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia.

### Analisi per macro-aggregati

I medici attivi in Italia al 2013, sino all'età di 70 anni, sono circa 327.900 (fonte: Ced FNOMCeO 2013). Il personale medico dipendente del Ssn che opera nelle Asl, nelle Aziende Ospedaliere, negli Istituti di ricovero e cura pubblici a carattere scientifico e nelle Ares, ammonta a circa 116.000 unità, di cui a tempo indeterminato 109.000 unità e con rapporto flessibile 7.000 unità; il personale medico

universitario che opera nei Policlinici e nelle Aziende ospedaliero-universitarie è pari a circa 11.000 unità; i medici specialistici ambulatoriali convenzionati (con esclusione degli odontoiatri) insieme ad altri settori specialistici rappresentano circa 15.000 unità. I calcoli ai fini della programmazione dei fabbisogni sono stati effettuati su questi 3 macro aggregati di medici specialisti. Secondo il Cat del 2012, i medici dipendenti del Ssn cessati (escludendo i passaggi ad altre amministrazioni dello stesso comparto o di altro comparto, i licenziamenti, i passaggi per esternalizzazioni e le cessazioni non specificate) sono risultati pari a 2784 unità. La figura 1 mostra una netta riduzione dei pensionamenti nel 2011 e nel 2012 dopo il picco avuto nel 2010. È il primo effetto dello "scalone" previdenziale creato con la riforma "Fornero" che ha spostato in avanti di circa 3-4 anni la possibilità di pensionamento dei nati dopo il 31 dicembre 1951. La riduzione dei pensionamenti dovrebbe continuare fino al 2015/2016, quando i medici nati dal 1952 in poi incominceranno ad acquisire i nuovi criteri di pensionamento: almeno 62 anni di età e 42 anni e 6 mesi di contributi versati ovvero 66 anni e 3 mesi per la pensione di vecchiaia. Per i medici dipendenti del Ssn il trend pensionistico dal 2014 è stato calcolato, su base previsionale, per fasce d'età quinquennali, piuttosto che attraverso una stima annuale, resa poco affidabile dalla revisione del sistema previdenziale e dalla variabilità dei comportamenti individuali a fine carriera. È stato ipotizzato che i medici ospedalieri dopo la riforma "Fornero" possano raggiungere i nuovi criteri di quiescenza per anzianità (42

Figura 1 - Numero di medici specialisti cessati dal Ssn, suddivisi per anno (fonte: Cat 2012)



# La programmazione del fabbisogno di personale medico

anni e 6 mesi di contributi versati) entro il 65° anno di età. È ragionevole prospettare che nel decennio 2014÷2023 l'uscita media dal Ssn interesserà circa il 40-45% dell'attuale dotazione, di cui risulta che circa il 64% dei medici dipendenti del Ssn ha più di 50 anni. D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo il 9% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee.

## Le carenze specialistiche del Ssn

Le osservazioni sopra esposte, consentono di mettere a confronto, per le principali Specialità, i flussi pensionistici nel Ssn nei prossimi 10 anni (fonte: Cat 2010, Ced FNOMCeO 2012 e Ministero della Salute 2012), con le capacità formative post laurea (contratti di formazione specialistica Miur, ad invarianza di programmazione) nello stesso decennio (Tabella 1). Quasi tutte le specialità analizzate subiranno un deficit che rischia di impoverire la qualità dei servizi offerti dal Ssn.

## Le cessazioni per macro-aggregati

I medici nati tra il '49 e il '58, dipendenti del Ssn, hanno già maturato o matureranno i criteri pensionistici pre o post "Fornero" nell'arco dei prossimi 10 anni (2014-2023) e costituiranno un numero di cessazioni stimabili in circa 47.200 unità (fasce d'età 55-59, 60-64 anni e oltre), di cui circa 14.150 nel primo quinquennio e circa 33.050 nel secondo quinquennio. Nel quinquennio 2024-2028 i medici in possesso dei criteri di quiescenza dovrebbero essere circa

25.500, con una media annuale di 5100 unità. Solamente nel decennio 2029-2038 si registrerà una contrazione del numero di cessazioni annuali, sostenute dalle fasce d'età 40-44 anni e 45-49 anni del Cat 2012, con media annuale di circa 2.800 unità, ritornando al livello in essere prima della riforma "Fornero". In aggiunta alle cessazioni del personale medico dipendente, vanno considerate le uscite relative al personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato. Anche per queste altre 2 categorie si può stimare un trend prudenziale di cessazioni, nel corso del prossimo decennio (2014-2023). A nostro parere il diverso criterio di pensionamento (65 anni per i ricercatori e 70 anni per i professori di 1a e 2a fascia) del personale medico universitario dovrebbe essere "riassorbito" dall'età media più elevata (61 anni per i professori ordinari che rappresentano il 21% della popolazione; 55 anni per i professori associati che rappresentano il 29%; 45 anni per i ricercatori che rappresentano il 50%) portando ad una percentuale di cessazioni sovrapponibile a quella dei dipendenti del Ssn (40-45%). Per i medici specialisti ambulatoriali, nonostante la composizione anagrafica più anziana rispetto a quella dei medici dipendenti (oltre il 70% ha un'età superiore a 50 anni), i nuovi criteri pensionistici (pensione di vecchiaia crescente da 66 a 68 anni nei prossimi anni) dovrebbero comportare una percentuale di pensionamenti intorno al 40%. In sintesi, le uscite del personale medico universitario nel decennio sono stimabili in circa 5.000 unità (500 unità per anno), quelle dei medici specialisti ambulatoriali in circa 6000 unità (600 unità per anno). La stima complessiva, espressa anche su base media annuale, delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni per tutte le categorie di specialisti, operanti nel Ssn, risulta come sotto riportato:

- **quinquennio 2014÷2018: circa 19.650 unità, pari a 3930 unità per anno;**

**Tabella 1 - Specialità principali del Ssn: pensionamenti dei medici specialisti operanti nel Ssn confrontati con i contratti di formazione Miur ad invarianza di programmazione (proiezione decennale, 2014÷2023)**

Specialità carenti	Numero di Medici Specialisti dipendenti del Ssn che con approssimazione acquisiranno nel periodo 2014÷2023 i criteri di pensionamento (fonte: CAT 2010, Minist. della Salute 2012 e Ced FNOMCeO 2012 )	Contratti di formazione estrapolabili nel periodo 2014-2023 (fonte MIUR: media ultimi 3 anni accademici 2010-2013)	Differenza a invarianza di programmazione
Pediatria (inclusi PLS*)	6001	2900	-3101
Medicina Interna	4119	2280	-1839
Chirurgia Generale	3621	2710	-911
Cardiologia	2904	2480	-424
Ortopedia	2109	1900	-209
Ginecologia	2647	2160	-487
Anestesiologia	5481	5140	-341
Urologia	963	820	-143
Geriatrics	1422	1280	-142
Psichiatria	2653	1820	-833
Igiene e sanità pubblica	1982	1400	-582
Radiologia	2943	3420	477

\*PLS: Pediatri di libera scelta

- **quinquennio 2019÷2023: circa 38.550 unità, pari a 7710 unità per anno;**
- **quinquennio 2024÷2028: circa 31.000 unità, pari a 6200 unità per anno.**

Pertanto nei prossimi 10 anni (2014-2023) le cessazioni complessive (personale medico Ssn, personale medico universitario, medici specialisti ambulatoriali) saranno stimabili in circa 58.200 unità, ben al di sopra del numero di contratti di formazione specialistica previsti dall'attuale programmazione (42.700 unità nel decennio, considerando la media degli ultimi 3 anni).

## Criticità e sviluppo di una nuova programmazione

Queste criticità impongono una nuova programmazione sanitaria. Le urgenze da risolvere, per le implicazioni che hanno su qualità e sostenibilità del Ssn sono l'imbuto formativo, risultato dal gap tra numero chiuso, ma in crescita costante negli ultimi anni, per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia e l'offerta formativa post-laurea, sofferente di una variabilità tra contratti di formazione specialistica Miur, vincolati a risorse economiche in contrazione, e richieste regionali. Senza dimenticare il precariato medico generato sia dal blocco del turnover che da riforme pensionistiche sempre in itinere che spostano in avanti l'uscita dal sistema. Entrambi i fenomeni spingono le Regioni, a torto o a ragione, ad un errato calcolo programmatico dei fabbisogni di personale. Va considerato che i fabbisogni specialistici espressi dalle Regioni, rappresentando verosimilmente una stima più aderente alla realtà e nonostante le disomogeneità programmatiche, costituiscono il fattore modulabile della programmazione, e quindi l'obiettivo di ogni intervento. La sostenibilità previdenziale, il precariato e la continuità formativa devono essere quindi la base per una revisione del numero dei posti di accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia, dei fabbisogni specialistici (richieste regionali), secondo una vision prospettica che tenga conto delle cessazioni previsionali dei medici specialisti nei prossimi 10-15 anni, pur scontando la incertezza derivante da diversi modelli di organizzazione del lavoro. Le cessazioni attese dal 2018/19 al 2027/28 risultano determinanti per il calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi futuri 2 quinquenni (considerando che la durata media delle specialità è di 5 anni). Nel calcolo proposto, la distribuzione regionale dei nuovi fabbisogni è stata corretta in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso allora stabiliti per i trienni accademici 2007/8÷09/10, e 2011/12÷2013/14, rispettivamente. I fabbisogni, sempre intesi come richieste regionali, calcolati per gli anni accademici 2018/19÷2022/23 concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia dal 2014; il calcolo ha previsto una maggiorazione stimata del 25% del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del

tasso di laurea in 6 anni (circa 80-85% degli iscritti), del tasso di abbandono del Corso di Laurea (circa 3-5%), della quota di studenti fuori corso e delle borse per la scuola di Medicina Generale (circa 10%).

La strategia di contenimento della spesa formativa, fino ad oggi applicata, non appare fonte di equilibrio e di risparmio reale, soprattutto se la distribuzione di pochi contratti di formazione Miur viene indirizzata verso Atenei capofila con grandi reti formative, talvolta anche inter-regionali. Risulta quindi necessario identificare e adottare misure correttive, soprattutto per le branche specialistiche evidenziate in tabella 1, che agiscano in controtendenza alla contrazione complessiva dei contratti proposta oggi dal Ministero.

## Nuovo numero chiuso e nuovi fabbisogni specialistici

I fabbisogni specialistici (richieste regionali) e il numero chiuso, calcolati attraverso la metodologia sopra descritta, sono stati riportati nelle tabelle 2 e 3 come nuovi previsionali regione per regione. I risultati su scala nazionale sono:

- **7750 posti annuali complessivi nazionali (numero chiuso) per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14÷2017/18;**
- **7710 fabbisogni specialistici annuali complessivi nazionali, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14÷2017/18;**
- **6200 fabbisogni specialistici annuali complessivi nazionali, calcolati per il 2° quinquennio accademico 2018/19÷2022/23.**

## Considerazioni e proposte

L'imbuto che si è creato tra numero annuo di laureati in medicina, crescente grazie a miopia delle politiche di accesso ed invasioni del Tar, e posti nelle scuole di specializzazione, in progressiva riduzione a causa della esiguità delle risorse economiche rese disponibili dalla legge di stabilità, ha già creato ampie e preoccupanti sacche di disoccupazione e sottoccupazione medica. È evidente che "togliendo" e "tagliando" il futuro alle nuove generazioni di medici, e impedendo loro un accesso al Ssn, di fatto si vuole costringerle a cambiare Paese facendo morire lo stesso sistema sanitario. A nostro parere, oltre a denunciare l'imbuto formativo, per onestà intellettuale, si dovrebbe pensare criticamente ai decreti del Miur che hanno aumentato la durata dei percorsi formativi, introdotto il bonus per chi partecipava al concorso per l'ammissione alle scuole di Medicina e Chirurgia, per poi toglierlo e reintrodurlo, modificando di fatto le graduatorie e spingendo chi non era entrato a ricorrere alle vie legali. La programmazione non è da intendersi come uno sterile ed insignificante vocabolo, spesso utilizzato e abusato dai politici e dai funzionari ministeriali e regionali come scorciatoia per sfuggire ad una doverosa e corretta



allocazione delle risorse che garantisca al contempo una puntuale definizione dei fabbisogni ed una buona qualità della formazione. Se il precariato medico è diventato un'emergenza sociale, si deve anche rivedere la formazione, oggi affidata solo alle Università, ripensando gli Ospedali Italiani come occasione professionalizzante per i medici neo-laureati e di sviluppo di expertise per i medici a fine specialità. Occorre quindi mettere in discussione le caratteristiche di un sistema autoreferenziale che si interpreta e si comporta come privo di limiti e di obblighi sociali, rendendo sempre più evidente come l'attuale sistema formativo medico post-laurea, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del Servizio Sanitario, necessiti di un profondo ripensamento e di un vero e proprio cambio di paradigma. Va in questa direzione la discussione in merito all'istituzione o meno di una graduatoria nazionale non solo per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia ma anche per le Scuole di Specialità, e l'incontro facilitato di formazione universitaria e mondo del lavoro. A questo proposito un ipotetico "scenario" di incontro potrebbe essere sintetizzato come segue:

- 50% della durata della specialità con contratto di formazione specialistica in ambito universitario;
- 50% in ambiente extra-universitario (scelta personale di almeno una sede ospedaliera extra universitaria, ma della rete formativa, in cui turnare, con eventuale possibilità di assunzione con contratto di formazione specialistica a carico dei bilanci regionali o aziendali, anche per l'aspetto contributivo) senza l'obbligo di aver già conseguito il titolo di specialista. Questo permetterebbe anche di liberare risorse per colmare il gap fabbisogni/contratti Miur;
- frequenza finale di 6 mesi nella sede ospedaliera di preferenza, tra le massimo 3 frequentate (praticantato valutato ai fini di una possibile assunzione post specialità), oppure facoltà di svolgere il praticantato presso la stessa sede universitaria, qualora lo specializzando decidesse di concorrere per una borsa di dottorato di ricerca;
- abolizione dei dottorati di ricerca senza borsa.

In conclusione, noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate. In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina non risolve il problema della prossima mancanza di Medici specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pletora medica.

La strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al sistema. Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

## Imbuto formativo e il fenomeno "fuga all'estero"

La programmazione del numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia 2014/2015 comporterà circa 8000 nuovi laureati (9.500 – un 15% di ritardi); i contratti di formazione specialistica si stimano essere circa 3.300 previsionali, a cui aggiungere circa 1000 borse per la formazione di Medicina Generale. I neo-laureati che rimarranno senza la possibilità di proseguire l'iter specialistico saranno quindi molti più di 3.500 (considerando gli esclusi negli anni passati e i laureati in più di 6 anni) costituendo un chiaro "imbutto formativo", che determinerà negli anni futuri un aggravio delle sacche di precariato. Preparare un medico è un processo molto costoso, sia in termini economici che di impegno. I costi per la collettività sono rilevanti, per la maggior parte legati alla gestione delle Facoltà di Medicina e delle Scuole di Specialità. Il peso economico è notevole anche per lo studente, pronto a sostenere un ciclo di studi di almeno sei anni per giungere alla laurea, un periodo di "purgatorio" che può durare anche diversi anni, prima dell'ingresso in scuola di specialità. La spesa media sostenuta da uno studente per l'intero corso di laurea (6 anni) è di circa 8150 euro e di circa 9.860 euro per specializzarsi, tra costi medi di: test di ammissione, tasse universitarie corrette per merito e reddito, tassa iscrizione ordine provinciale, tassa esame di abilitazione professionale (fonte: FNOMCeO, portali atenei, IV rapporto costi atenei italiani 2013 di Federconsumatori). La spesa dello Stato per i 6 anni di laurea come Fondo di finanziamento ordinario (Ffo) e per "specializzare" un singolo giovane medico ammonta a circa 24.800 euro e circa 128.000 euro rispettivamente, ovvero circa 152.800 euro per l'intero iter (11 anni, fonte: statistica MIUR e portali atenei). L'Italia, nell'anno accademico 2014/2015, ha aperto l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia per circa 9.500 nuovi studenti (sulla base del numero chiuso), e finanzierà quindi una spesa complessiva per la loro completa formazione di circa

1.45 miliardi di euro.

Il nostro Paese spende molto per formare i propri medici e non pone ancora una volta rimedi strutturali solidi per evitare fughe in altri Paesi Europei ed extra Europei (esempio Francia, Germania, Svezia, Regno Unito, Australia) oggi più che mai alla ricerca di medici a cui offrire varie e interessanti soluzioni lavorative.

Da una rilevazione ( 2009- 2013) del Ced FNOMCeO è emerso che circa il 2% dei laureati emigra, e che tale fenomeno è in continua espansione con un dispendio di risorse economiche per lo Stato Italia, considerando che l'età di fuga è prevalentemente per la fascia d'età dai 30 ai 44 anni, quantificabile in circa 18,4 milioni di euro/anno.

L'inerzia al cambiamento significherebbe voltare le spalle ad una idea già in essere, la cui realizzazione non dovrebbe prescindere da una nuova programmazione basata sull'evidenza.

La risoluzione parziale del problema “imbuto formativo” è sotto gli occhi di tutti; infatti è attraverso una Spending Review virtuosa applicata al recupero della spesa per le unità eccedenti (1750) il numero chiuso da noi proposto (43,5 milioni di euro/anno), e per la fuga all'estero (18,4 milioni di euro/anno), che si otterrebbe un risparmio complessivo di circa 61,9 milioni di euro/anno, sufficiente a coprire oltre 400 contratti di formazione specialistica/anno, senza dover ricorrere al Fse (Fondo sociale europeo) che appare solo mera cosmesi.

Le risorse economiche da reperire per coprire i restanti circa 4000 contratti annuali, ammontano a circa 513 milioni di euro/anno; in virtù di queste considerazioni appare chiaro come una revisione della spesa sia necessaria ma non sufficiente e quindi subordinata ad una riforma sistematica della formazione che veda come stakeholder le Regioni, coinvolte con i propri Ospedali di insegnamento.

## Sistema Emergenza - Pronto Soccorso

Gruppo di lavoro: Sandro Petrolati, Adelina Ricciardelli,  
Anna Maria Ferrari, Cinzia Barletta

### Premesse

I Lea in materia di Emergenza sanitaria, pur nella riconosciuta autonomia regionale e delle aziende, dovrebbero essere caratterizzati dall'indispensabile miglior uniformità nazionale, con una previsione legislativa che declini con la più accurata precisione gli elementi minimi del contesto organizzativo e della qualità complessiva; a tal proposito sarebbe utile una revisione della normativa vigente ormai datata a quindici anni fa, che meglio accolga i mutamenti sociali professionali e tecnologici avvenuti in questi anni, ma che al contempo tenga conto dei vincoli di bilancio aggravatisi progressivamente e della cronica carenza degli organici.

### Osservazioni

#### 1) Sovraffollamento aree di Ps

L'obiettivo su cui concentrare le azioni di miglioramento non possono ridursi alla sola collocazione dei "codici minori". Il principio che la riduzione degli accessi in Ps possa essere ottenuto solo con l'incrementando dell'azione di filtro da parte del Territorio lascia inalterati tutti gli altri gravi problemi, primo fra tutti quello dei pazienti "barellati" costretti, una volta deciso il ricovero, a sostare per ore o giorni in attesa di destinazione nel posto letto appropriato, occupando tutti gli spazi e le professionalità disponibili in Pronto Soccorso, riducendo la sicurezza delle cure, influenzando negativamente la prognosi e trasformando, del tutto impropriamente, il Ps in area di degenza: questa è la vera causa del sovraffollamento e dell'aumento del Rischio Clinico. Questi fenomeni sono legati principalmente a cambiamenti demografici (aumento dell'età media e della sopravvivenza in malattia), al ridimensionamento degli Ospedali per acuti ed allo scarso sviluppo dell'accoglienza per le post acuzie. Un ruolo fondamentale è svolto anche dalla corretta determinazione della quota di posti letto per acuti rispetto alla popolazione: i limiti posti dalle recenti normative di legge di giungere ad un rapporto di 3x1000 posti per letto per acuti, più 0,7 x1000 post. acuti, appare molto pericolosa; la definizione a priori di una quota non rende ragione delle enormi diversità che delle diverse esigenze di ciascuna regione ed area in base a tipologia, età media della popolazione ed ai dati epidemiologici. In merito al ruolo del Territorio, le linee di indirizzo sulla riorganizzazione del "sistema emergenza urgenza" sono state il primo atto legislativo nazionale a distanza di 17 anni dall'ultimo "Atto di intesa tra Stato e Regioni" che recepiva il

Dpr del 1992 e rappresentano un passo avanti fondamentale per quanto riguarda gli aspetti di organizzazione delle Cure Primarie.

Laddove già operative, strutture che garantiscono h24 una risposta sul territorio ai bisogni dei cittadini, hanno dimostrato di incidere positivamente nel regolamentare gli accessi inappropriati alle strutture ospedaliere ed in particolare al Pronto Soccorso.

Purtroppo malgrado il calo di accessi registrato negli ultimi anni nei Ps, l'aumento di complessità dei pazienti, la diminuzione e la precarietà delle risorse professionali e la riduzione di posti letto continuano a costituire le principali cause del sovraffollamento e dei lunghi tempi di permanenza in Ps.

Lo stazionamento anche per giorni di pazienti in barella in Ps sempre più affollati, in condizioni igieniche e sociali insostenibili, lo stravolgimento della missione del Ps che deve essere luogo di stabilizzazione e pronto invio alle strutture di ricezione e non luogo di degenza e cura, rappresentano la più grave criticità della sanità italiana degli ultimi anni.

Sarebbe pertanto assai pericoloso e colpevole considerare queste linee di indirizzo risolutive dei gravi problemi della rete dell'emergenza. Esse, al contrario, devono rappresentare il "primo atto" di una più ampia ed organica opera di riorganizzazione dell'intero settore dell'emergenza urgenza, che a suo volta non può prescindere da una riorganizzazione più complessa e completa dell'intero Ssn.

Il settore delle Cure Primarie rappresenta un tassello rilevante di quanto il "territorio" dovrebbe poter offrire come integrazione ed alternativa all'ospedale, soprattutto per la vasta e complessa problematica legata alle patologie croniche, alle patologie invalidanti, all'aumento dell'età media della popolazione, alla carenza di servizi di assistenza domiciliare. Ma, un sistema sanitario di fatto suddiviso in 20 sistemi regionali non garantisce che gli standard previsti trovino omogenea applicazione su tutto il territorio. Adattamento alle diverse politiche regionali, confronto con le reali disponibilità economiche non fanno ben sperare sulla possibilità che i "buoni esempi" di Cure Primarie oggi operativi in alcune regioni, possano diventare una realtà su tutto il territorio.

#### 2) Governo del sistema

Si rendono necessari oggi riferimenti nazionali che vadano oltre le Lg del 1996 e che indirizzino le Regioni sull'organizzazione dei Dipartimenti d'emergenza urgenza, dei PS ai vari livelli operativi, delle Obi, delle Medicine d'Urgenza,

dell'emergenza pre-ospedaliera, compreso il sistema d'allarme sanitario (118) e delle reti hub & spoke.

Si ritiene che qualunque sia il modello organizzativo prescelto, elemento determinante è l'individuazione dei livelli di governo clinico e organizzativo della rete che dovrà coordinare Mmg, Pls, Medicina Specialistica, attuale CA, CO 118 e Dea.

Uno dei limiti emerso più di frequente nei tentativi di "integrazione" tra le numerose figure professionali è sempre stato la mancanza di un chiaro ruolo di coordinamento. Tale ruolo deve essere definito ancor prima di sviluppare modelli organizzativi assistenziali, in base ai diversi contesti territoriali. È importante che l'emergenza pre-ospedaliera sia integrata con quella ospedaliera, intendendo come appartenenza, almeno funzionale, ad un'unica organizzazione dell'emergenza (Dipartimento d'emergenza urgenza) che permetta di svolgere attività sia sul territorio che in ospedale, con modalità organizzative adattate ad ogni realtà (rotazione, progressione, etc.).

È opportuno che il personale dell'emergenza pre-ospedaliera sia personale dipendente del Ssn. Occorre accelerare la possibilità del passaggio alla dipendenza dei Medici del 118 in convenzione, nelle regioni in cui ciò non è ancora avvenuto, con l'inquadramento nella disciplina di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza. Nelle more del passaggio alla dipendenza di tutto il personale dell'emergenza, si ritiene essenziale che vengano stabiliti degli standard organizzativi per l'inquadramento delle diverse figure mediche.

### 3) Organici

In conseguenza della mancanza, fino a quattro anni fa, della scuola di specializzazione di disciplina, per sostenere gli organici si è negli anni fatto ricorso ad un numero elevato di equipollenze, per cui in Ps si trovano ad operare specialisti di varie discipline: medicina interna, chirurgia, cardiologia, pneumologia, geriatria, ecc. L'appartenenza a specialità diverse induce molti medici a considerare il posto a ruolo in Ps un passaggio verso la disciplina in cui sono specializzati, anche in conseguenza del carico di lavoro e dell'usura da elevata pressione di attività e stress lavoro correlato con rischio elevato di "burn out".

Per la stessa ragione sono stati inseriti nel sistema emergenza anche medici provenienti da settori convenzionati e con contratti libero professionali, rendendo il settore uno dei più colpiti dal fenomeno del precariato medico. Il ricorso al precariato ed ai contratti cosiddetti atipici (co.co.co, co.co.pro) arriva a situazioni locali dove il personale precario supera in percentuale quello con contratti istituzionali, specie nelle regioni con piani di rientro e blocchi del turn-over. La stabilizzazione degli organici è, pertanto, un elemento prioritario da perseguire. Uno dei primi provvedimenti necessari dovrebbe essere la modifica dell'art. 8 comma 1 bis del Dlgs 229/99, oppure un provvedimento con analoghi effetti, finalizzato al transito del personale in servizio

nell'emergenza pre-ospedaliera dal rapporto in convenzione a quello della dirigenza medica dipendente dal Ssn.

Tale azione, insieme all'aumento, appropriato alle esigenze nazionali, dei contratti di scuola di specializzazione, dovrebbe favorire in tempi medi, il completamento degli organici con personale qualificato.

Proposta di modifica:

**Testo originale:** "Le regioni adottano le procedure per l'instaurarsi di un rapporto di impiego nell'ambito del Sistema Integrato territorio-ospedale di Emergenza Sanitaria, al fine del miglioramento dei servizi.

**Modifica:** *Evidenziato che l'emergenza sanitaria territoriale è una area di attività che ai fini del miglioramento del servizio richiede l'instaurarsi di un rapporto di dipendenza, le Regioni che hanno già adottato provvedimenti ai sensi dell' art. 8 comma 1 bis del D.lgs 229/99, attivano le procedure affinché i medici in servizio in emergenza alla data di entrata in vigore del presente atto legislativo, i quali operino con incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni o al compimento dinamico del quinto anno oppure con incarico determinato rinnovato da almeno cinque anni, siano inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nel rispetto delle dotazioni organiche e dei finanziamenti utilizzati dalla Regioni per garantire gli organici del Sistema Integrato di Emergenza Sanitaria intra ed extra ospedaliero nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite dalle aziende unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere.*

### 4) Formazione

**Scuola specializzazione:** dalla sua attivazione in poi sono stati stanziati ogni anno 50 contratti ministeriali e lo scorso anno 46; altri 50 contratti circa sono arrivati da finanziamenti regionali. Una goccia nell'oceano di un fabbisogno stimato di più di mille medici/anno. I primi cento specialisti saranno diplomati nel 2014. Il fabbisogno espresso dalla Conferenza Stato-Regioni italiana (Rep. N. 60 del 15 marzo 2012) per quanto riguarda gli specialisti in Medicina d'Emergenza-Urgenza, nell'anno 2013-2014, è di 245 specialisti annui a fronte dei 46 contratti (circa il 18% del fabbisogno) garantiti dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (Miur). Ciò significa che ogni anno l'82% dei posti di lavoro nell'ambito dell'emergenza (118, Pronto Soccorso-Obi e Medicine d'Urgenza) saranno assegnati a personale non specialistico o proveniente da altre specializzazioni. La mancanza di un adeguato numero di contratti di formazione specialistica in Medicina d'Emergenza-Urgenza o, peggio ancora, un'eventuale riduzione metterebbe a rischio la presenza – omogenea – dello specialista formato specificamente per lavorare nell'ambito del 118, nei Pronto Soccorso e nelle Medicine d'Urgenza italiane, determinando una copertura a macchia di leopardo rispetto alle reali esigenze professionali e, di conseguenza, una minor efficienza del sistema favorendo lo spreco delle scarse risorse. È imperativo sensibilizzare le istituzioni a tutti i livelli

(Governo, Parlamento, Ministeri, Regioni, Province e relativi assessori competenti) riguardo le implicazioni legate alla mancanza di un adeguamento o peggio di un'eventuale riduzione dei contratti della formazione specialistica in Medicina d'Emergenza-Urgenza e sollecitare i Ministeri competenti ad adeguare i contratti riservati alla Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza al fabbisogno nazionale stimato dalla Conferenza Stato-Regioni nel prossimo Bando di attribuzione dei contratti di formazione specialistica di area sanitaria.

**Formazione medicina emergenza pre-ospedaliera:** la commistione di varie forme di contratto di lavoro rende difficile uniformare la formazione e i modelli organizzativi. I medici possono essere dipendenti, convenzionati, con contratto Lp, a seconda della regione in cui operano e del periodo di reclutamento. Ogni Regione ha strutturato modalità di formazione di questo personale e sarebbe importante tracciare un modello unico a cui fare riferimento, o comunque requisiti minimi di formazione dai quali non si può derogare.

## 5) Strumenti incentivanti

Le varie forme di compenso legate al disagio, usura e burn out appaiono del tutto insufficienti: il lavoro dei medici di emergenza si svolge per il 45% dell'orario in turni notturni e festivi. Il disagio non si esprime in questo tipo di attività solo come numero di turni di guardia: pensiamo alla tipologia di lavoro peculiare multitasking, ad elevata pressione assistenziale, al livello di stress, al rischio infettivo, al rischio di subire atti di violenza da pazienti agitati, al rischio di salire su ambulanze ed auto mediche.

Per tali motivi occorrono strumenti incentivanti e premianti "ad hoc", da ricercare anche nei livelli di trattativa decentrata, con gli attuali strumenti contrattuali, stante il blocco dei contratti nazionali.

## Conclusioni

### 1. Sovraffollamento PS

Per decongestionare i PS non è sufficiente "spostare" i codici a bassa priorità ma avere risposte "alternative" alle richieste di cure della popolazione, evitando che l'ospedale sia l'unico punto di riferimento e soprattutto l'unico di cui il cittadino ha fiducia. È importante altresì che l'Ospedale si faccia carico delle necessità di ricovero dei pazienti,

evitando che il PS diventi un grande "deposito" di pazienti in attesa di ricovero.

### 2. Standard Organizzativi

- a. Formalizzare standard di riferimento organizzativi e di personale
- b. Potenziare il ruolo organizzativo e di coordinamento del Dea nell'ambito dell'emergenza sia pre-ospedaliera che ospedaliera, facendo afferire a questo il Pronto Soccorso, l'Obi e la Medicina d'Urgenza ove presenti, il 118 e i punti di primo intervento.

### 3. Risorse

La previsione che maggiori investimenti economici sul Territorio si traducano in uno sgravio dei carichi di lavoro dei PS in questi anni si sono dimostrate inefficaci: occorre un duplice, parallelo impegno di risorse sui Dea: adeguamento e formazione degli organici, adeguamenti strutturali, adeguamento agli standard organizzativi sia per il sistema preospedaliero che intraospedaliero.

### 4. Organici:

- Superamento del blocco del turnover in area emergenza / T.I.
- Incentivazione economica del personale in servizio:
  - i. Integrazione del personale medico che opera nel sistema di emergenza pre ed intra ospedaliero.
  - ii. adeguata retribuzione dei carichi di lavoro, rischio,
  - iii. riconoscimento lavoro usurante
  - iv. totale passaggio alla dipendenza del personale medico convenzionato.

### 5. Formazione

- a. Esigenza di un numero di Contratti di Specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza adeguato al fabbisogno nazionale stimato dalla Conferenza Stato-Regioni (calcolato in 245/annui) nel prossimo Bando di attribuzione dei contratti di formazione specialistica di area sanitaria.
- b. Inserimento degli specializzandi già dal quarto anno, nelle strutture di emergenza urgenza.
- c. Adeguamento a standard formativi diffusi sul territorio nazionale.

## Politiche di genere in sanità: politiche per ogni genere

Gruppo di lavoro: Rosella Zerbi, Alessandra Spedicato, Anna Maria Parmeggiani, Caterina Ermio

### Una professione in equilibrio di genere

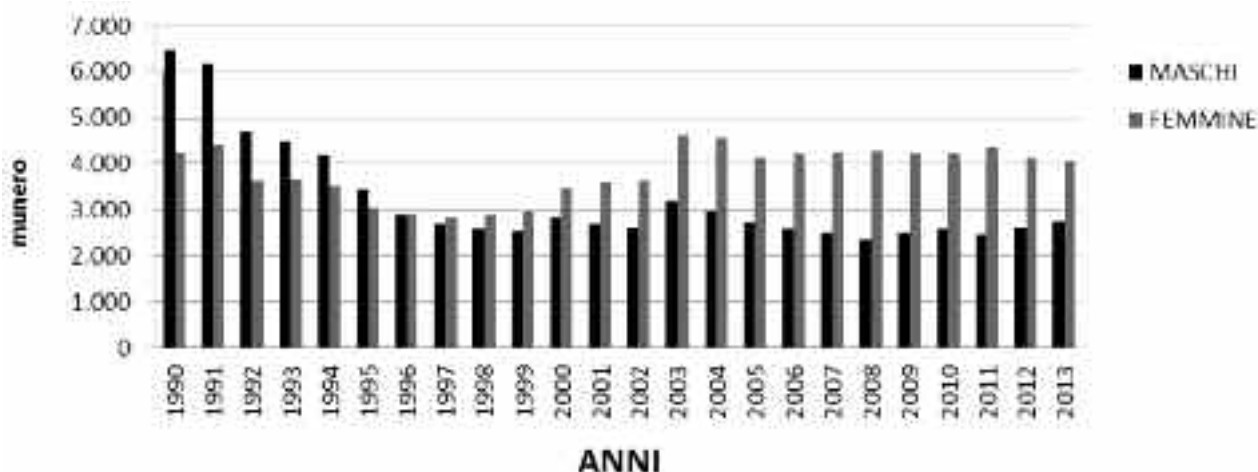
Nell'evolversi del contesto politico, sociale e culturale italiano degli ultimi 50 anni il crescente impegno femminile nel lavoro extradomestico e in professioni storicamente maschili, quali la professione medica, è stato rapido e irreversibile.

Da dati del Conto annuale della Ragioneria dello Stato risulta che nel 2012 il 40% dei dirigenti medici del Servizio Sanitario Nazionale sono femmine, con picchi intorno al 55% nelle classi di età under 45. La percentuale è destinata a salire nei

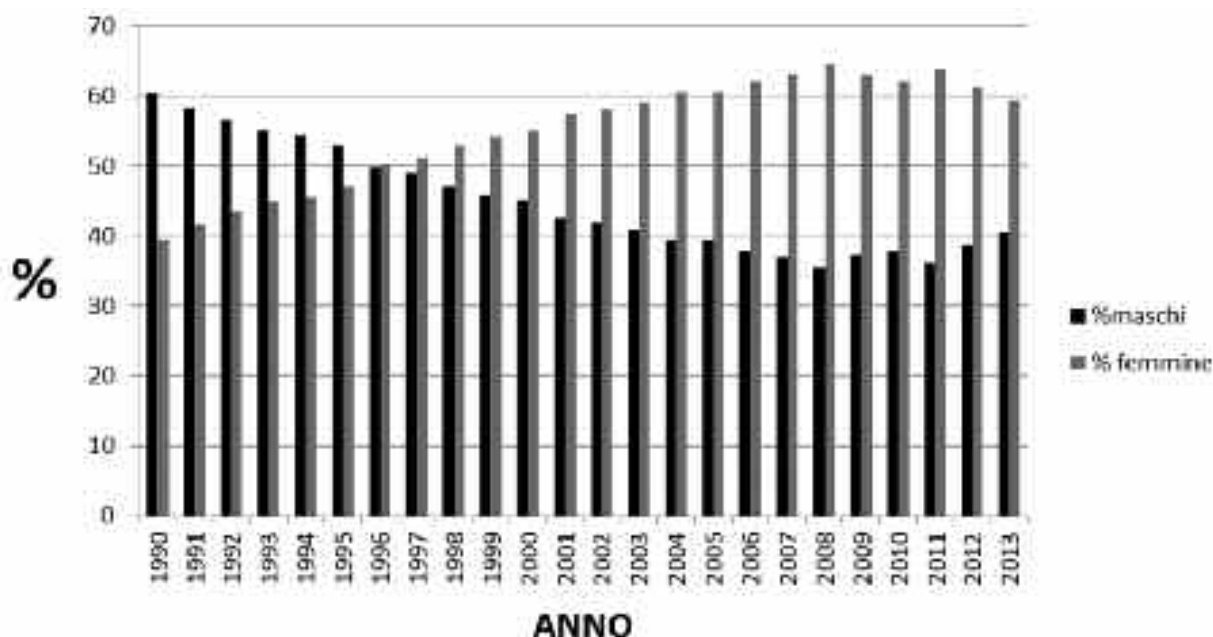
prossimi 10-15 anni.

Il 1996 è stato l'anno in cui in Italia, per la prima volta le donne hanno sorpassato gli uomini tra i nuovi iscritti agli albi degli Ordini dei medici, con un incremento costante per 12 anni fino a raggiungere nel 2008 il 65% dei nuovi iscritti (Fonte: Centro studi Fnomceo). È poi incominciato un lento decremento confermato dagli ultimi dati disponibili del 2013 in cui le percentuali di nuovi iscritti sono: 40,5% maschi e 59,5% femmine.

**Tabella 1 - Andamento delle nuove iscrizioni all'ordine dei medici per genere. Anni 1999-2013**



**Tabella 2 - Andamento percentuale nuovi iscritti albo professionale per genere anni 1990-2013**



# Politiche di genere in sanità

L'attuale trend in decremento proseguirà nel futuro prossimo, visto che tra gli iscritti a Medicina negli ultimi 10 anni il numero di studentesse è calato di 9 punti percentuali passando dal 62% dell'anno accademico 2002-2003 al 53% del 2012-2013 e visto che la percentuale di femmine tra gli iscritti al primo anno si aggira attualmente intorno al 48-50%. (dati MIUR).

Dovremo attendere ancora i prossimi anni per comprendere se si tratta di un assestamento verso la parità. Sarebbe comunque molto interessante conoscere le cause dell'inversione di tendenza e conoscere se, e quanto, la rigidità dell'organizzazione del lavoro medico e la difficoltà di conciliazione vita-lavoro abbiano pesato nel disincentivare le giovani a scegliere la facoltà di medicina.

Comunque, indipendentemente da come sarà l'andamento futuro delle iscrizioni a Medicina, da oggi e per i prossimi 20 anni dobbiamo tener conto che la professione medica esprime ed esprimerà almeno il 50% di donne.

Il gran numero di donne nella professione medica e il progressivo invecchiamento della popolazione medica, invecchiamento acuito dall'ultima riforma pensionistica, impongono riflessioni e iniziative sulla riorganizzazione dell'orario di lavoro e sulla conciliazione dei tempi vita-lavoro, partendo proprio da considerazioni di genere e di generazione.

L'analisi della odierna realtà lavorativa dei dirigenti medici e dirigenti sanitari del SSN evidenzia costantemente alcuni aspetti critici: la mancata sostituzione di aspettative e congedi di maternità e/o parentali, le peggiorate condizioni di lavoro aggravate in molte regioni dalla riduzione delle consistenze organiche a parità di attività, la difficoltà ad affrontare turni di lavoro disagiati per chi deve permanere in servizio fino a oltre 65 anni di età.

## Sostituzione delle assenze per maternità

Sostituire la lavoratrice in maternità non è un diritto della donna, ma è un diritto dell'équipe in cui questa lavora e un diritto dei cittadini che devono essere curati in modo appropriato.

Tuttavia le assenze per aspettativa e congedo maternità e/o parentale non sono sostituite nella maggior parte delle aziende e gran parte delle poche sostituzioni sono tardive. Poiché il lavoro del medico è un lavoro di squadra, ne consegue che da sempre un'assenza per maternità comporta un notevole e perdurante sovraccarico lavorativo della équipe, con conseguente aumento delle liste di attesa, con correlato aumento di disagio e stress lavorativo, con conseguente aumento del tasso di malattia, aumento del rischio sia per i pazienti che per i medici.

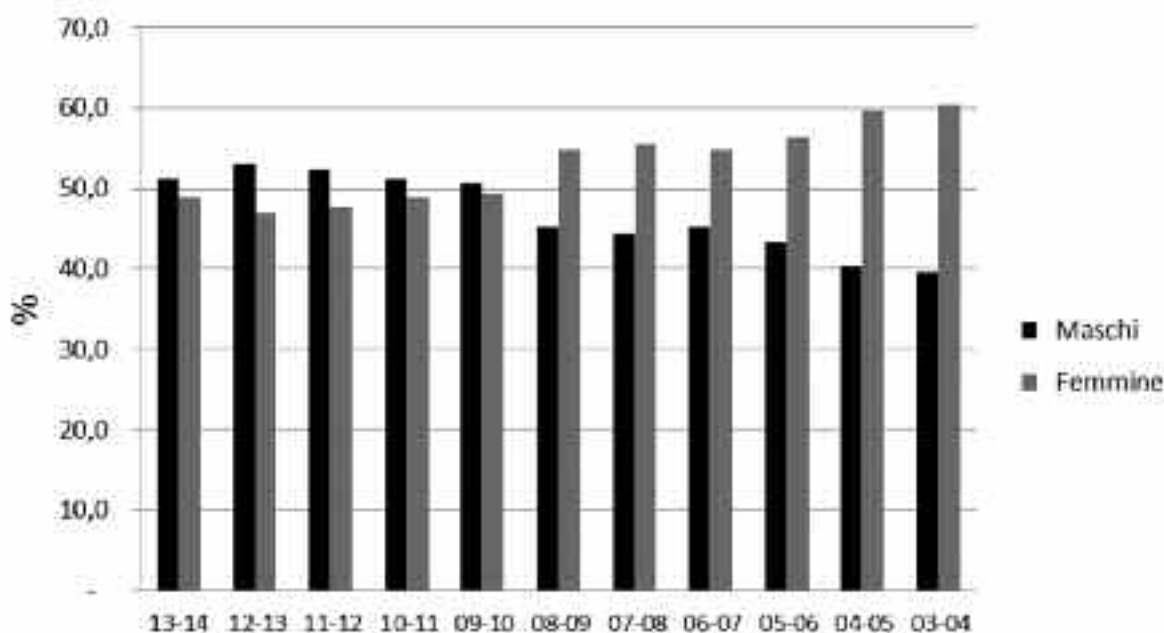
Sostituire la lavoratrice in maternità non è tanto un diritto della donna stessa quanto piuttosto un diritto dell'équipe in cui questa lavora. Con una corretta e puntuale procedura di sostituzione ne traggono giovamento tutti: i responsabili di UO (che riescono a mantenere e ripartire il lavoro); i colleghi (che non soffrono di un sovraccarico di ore); il/la sostituto/a cui viene offerta una possibilità lavorativa e di ulteriore formazione professionale.

Prevale invece l'interesse miope degli amministratori volto al risparmio immediato del costo della sostituzione e che sottovaluta il maggior costo di prestazioni erogate in condizioni di disagio lavorativo e/o in straordinario da personale sovraccaricato, stanco, stressato e demotivato.

## Discriminazioni verso i dipendenti

Risulta discriminante e poco comprensibile il comportamento di Aziende e Regioni che da un lato non si curano di sostituire le assenze per maternità delle dipendenti mentre

Tabella 3 - Andamento immatricolati medicina. Anni 2003-2013



dall'altro retribuiscono sempre il sostituto del Medico di Medicina generale, sostituto sempre individuato su assenze per maternità.

Non c'è giustificato motivo di tale discrepanza, tanto più se si considera che blocco del turn-over e taglio al numero di medici che lavorano per il SSN hanno colpito in modo selettivo i dipendenti, molto meno gli specialisti ambulatoriali e per nulla i MMG.

È pur vero che dipendenti e convenzionati (MMG e specialisti ambulatoriali) hanno contratti e accordi di lavoro differenti, ma è altrettanto vero che sono tutti pagati da Asl e Regioni e che sia dipendenti che liberi professionisti convenzionati concorrono all'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei LEA all'interno del SSN.

La mancata sostituzione delle maternità delle dipendenti da parte delle ASL rappresenta anche una ulteriore discriminazione all'interno della categoria dei dipendenti pubblici fra cui si annoverano categorie, ad esempio gli insegnanti, regolarmente sostituite e altre, i medici dipendenti, regolarmente "non" sostituite.

## **Graduatorie regionali: la soluzione deve essere prescrittiva**

Occorre fare in modo che le amministrazioni siano obbligate a sostituire immediatamente le assenze per maternità dei medici e a favorire le migliori condizioni affinché ciò accada, senza allungamento dei tempi dovuti a mancanza di graduatorie attive. Riteniamo perciò necessario che si concordi con le Regioni l'istituzione di graduatorie regionali permanenti per ogni disciplina dalle quali le aziende possano/debbono attingere per attivare rapidamente le supplenze e si condividano le procedure di scorrimento delle graduatorie stesse che garantiscano l'attivazione della supplenza entro 2-3 settimane al massimo.

Occorre sicuramente integrare il CCNL con gli obblighi prescrittivi di sostituzione con preciso riferimento alla sostituzione delle maternità, pena sanzione pecuniaria a carico del datore di lavoro.

## **Conciliazione tempi e luoghi di vita e di lavoro**

L'ANAAO è tanto consapevole dell'importanza delle politiche di conciliazione tra vita lavorativa e vita privata da aver ha introdotto nell'ultimo Statuto (Caserta 2013) tra gli scopi dell'associazione: "l'impegno a favorire e supportare le politiche di conciliazione tra la vita lavorativa e la vita privata". L'argomento è ritenuto molto rilevante anche dal Parlamento Europeo che ha designato il 2014 l'Anno europeo per la conciliazione tra la vita lavorativa e la vita familiare.

### **Per chi?**

Le politiche di conciliazione riguardano la ricerca di soluzioni per conciliare vita professionale e privata in determinate fasi della vita. Non devono essere intese quale esclusivo interesse

di madri di figli in tenera età, perché riguardano tutti coloro che, in un certo periodo della loro vita, abbiano vincoli che rendano necessarie soluzioni specifiche. Riguardano dunque maschi e femmine, genitori e figli, giovani e meno giovani. I casi più ricorrenti sono certamente legati a motivi familiari, di salute, di età e interessano genitori di figli in età prescolare, famiglie monogenitoriali, figli di genitori non autosufficienti, medici che hanno più di 55-60 anni con difficoltà a sostenere turni di lavoro disagiati.

La conciliazione si può perseguire con diversi strumenti quali il telelavoro, la flessibilità di orari, il sostegno economico e il sostegno logistico. Tra questi vogliamo soffermarci sulla flessibilità degli orari.

Per attuare la flessibilità come strumento di conciliazione è necessario un impegno attento e sistematico di tutti. In primo luogo partendo dalla applicazione delle norme esistenti (tra cui integrativo del CCNL 8 giugno 2000, legge 53/2000, L69/09, dlgs 151/01, legge 92/2012) e dal loro miglioramento; in secondo luogo riconoscendo e superando le criticità organizzative e individuando nuovi percorsi. Occorre riconoscere che le politiche di conciliazione lavoro-vita extra lavorativa sono un pre-requisito di sicurezza e di benessere lavorativo.

### **Il part-time**

Il part-time, più correttamente definito "rapporto di lavoro con impegno ridotto" è uno strumento di conciliazione già disponibile, la cui normativa dovrebbe essere riconsiderata ed estesa. In Italia è attualmente poco utilizzato tra i dirigenti. Prevalentemente lo richiedono le colleghe con un rapporto femmine-maschi di 95,5% a 4,5% (dati SICO 2013). Ha sicuramente indubbi aspetti positivi per chi lo richiede, ma anche aspetti negativi per lavoratori e datori di lavoro perché rappresenta comunque una sottrazione di ore lavorative all'équipe, è proporzionalmente più costoso per il datore di lavoro e penalizza chi ne usufruisce dal lato previdenziale con una prospettiva di futura pensione di importo ridotto.

### **La flessibilità dell'organizzazione come strumento di conciliazione**

L'équipe medica dovrebbe poter attuare flessibilità di orari (per fasce orarie) da rimodulare periodicamente, almeno annualmente, in considerazione di età e numero di figli, portfolio familiare di flessibilità. Una sorta di bilancio annuale dei bisogni di flessibilità dell'équipe.

Permetterebbe vantaggi per i professionisti delle varie fasce di età, vantaggi per l'appropriatezza delle prestazioni, vantaggi per l'utente, per l'organizzazione del lavoro, nonché vantaggio economico per l'azienda correlato al benessere lavorativo, alla diminuzione di assenze.

Limite della proposta è l'applicabilità non omogenea nelle diverse discipline e specialità.

Nella flessibilità si inserisce anche l'attuazione di una staffetta



tra medici over 60 e giovani con uscita soft dal mondo del lavoro per il professionista prossimo alla pensione, collegata ad una nuova assunzione anche a tempo definito che può essere un'occasione di stabilizzazione dei precari.

## Vasi comunicanti

Occorre anche considerare l'alternanza di lavoro in ospedale e sul territorio con gli specialisti ambulatoriali praticando la flessibilità dell'organizzazione del lavoro non solo come flessibilità di orari ma anche di luoghi di lavoro.

Prima di pensare al task Shifting con personale infermieristico e/o tecnico o alla delega ad altre professioni di funzioni proprie della professione medica, riteniamo che si dovrebbe affrontare seriamente l'integrazione tra medici/dirigenti sanitari dipendenti e specialisti ambulatoriali (convenzionati), abbattendo le deboli barriere che la rendono difficile.

Riteniamo che sia giunto il momento di superare rigide frammentazioni contrattuali tra medici che lavorano a vario titolo per il SSN: dipendenti, specialisti ambulatoriali, altri liberi professionisti, creando vasi comunicanti tra ospedale e territorio, con flussi bidirezionali regolamentati.

L'attuazione sarebbe già possibile fin da subito e in talune regioni già si verifica. Infatti, a fronte di CCNL per i dipendenti e ACNL per gli specialisti ambulatoriali, sono molte le caratteristiche in comune tra le due categorie. Tutti

già ora condividono lo stesso datore di lavoro, gli stessi luoghi fisici di lavoro e gli stessi requisiti accademici (laurea e specializzazione) di accesso alla professione. In più l'ACNL degli specialisti ambulatoriali prevede anche la reperibilità e il lavoro notturno, nonché la possibilità di lavorare anche all'interno delle strutture ospedaliere.

Sarebbe così possibile diluire il disagio lavorativo (notti e turni festivi) tra un pool più ampio di medici e permettendo nello stesso tempo maggiore flessibilità sul lavoro sia in considerazione di esigenze transitorie e contingenti (ad esempio gestione di figli in età prescolare), oppure "stabili" quali ad esempio il "decennio "pre-pensione".

Dobbiamo adoprarci per condividere in prospettiva un contratto di lavoro unico per tutti i medici che lavorano per il SSN, premessa di una effettiva integrazione dei professionisti tra ospedale e territorio di possibile conciliazione di vita-lavoro.

Gli spunti illustrati devono essere obiettivi comuni, da perseguire all'unisono, a livello centrale e periferico, con tutte le risorse disponibili, compresi i CUG che possono dare un contributo strategico.

Dobbiamo adoprarci affinché i CUG, presenti per legge in ogni azienda, collaborino e diventino operativi e incisivi sui temi del benessere e della organizzazione del lavoro di loro specifica competenza.

## Previdenza un nodo centrale per il sindacato e la categoria Gruppo di lavoro: Giorgio Cavallero, Giulio Liberatore

### 1) Il principale capitolo della spesa pubblica

La spesa previdenziale rappresenta il principale capitolo della spesa pubblica. In realtà buona parte della spesa pensionistica è rappresentata dalla restituzione dei contributi versati durante l'arco lavorativo. Non si tratta pertanto di regalie ma semplicemente di parte di salari accantonati e spesso rivalutati ad un tasso inferiore a quello del debito pubblico. In pratica con il sistema contributivo lo Stato remunera i contributi dei lavoratori, di cui ha disponibilità, con un interesse minore di quello che corrisponde a banche e mercati.

### 2) Le criticità dell'età pensionabile

Riteniamo che con il sistema contributivo non abbia più senso parlare di età pensionabile.

Il lavoratore nel momento in cui ha accumulato un montante contributivo tale da non gravare sui servizi sociali deve essere libero di andare in pensione e di disporre delle proprie risorse accantonate.

La ripresa dell'occupazione passa attraverso la flessibilità in uscita.

### 3) Favorire una cultura previdenziale

I colleghi spesso ignorano che il 33% della retribuzione lorda pari mediamente a 2.100 euro mensili è devoluta alla contribuzione pensionistica. Inoltre un'ulteriore quota mensile pari a 300 euro è trattenuta ai fini della liquidazione.

Spesso le buste paga evidenziano solo le trattenute detratte al lavoratore (8,85 - 9,85%) senza evidenziare quanto versato dal datore di lavoro (23,8%).

Non c'è pertanto consapevolezza del fatto che i contributi pensionistici sono una parte significativa della retribuzione dei lavoratori conteggiata nei contratti di lavoro. Le pensioni infatti costituiscono la principale forma di risparmio del lavoratore e la parte principale del debito pubblico. In realtà in questi anni i contributi previdenziali non sono stati accantonati in uno specifico fondo, ma fanno parte del bilancio dello Stato. Si verifica pertanto un sequestro di queste risorse che pone il contribuente in una condizione di ostaggio. Anche le liquidazioni sono state oggetto di sequestro e di pagamento differito, a nostro avviso illegittimo.

### 4) Strumenti innovativi: modulare le condizioni di lavoro durante la vita lavorativa

Occorre una modulazione dell'orario di lavoro, delle ferie e dell'impegno in guardie e reperibilità che consentano la permanenza in servizio degli ultrasessantenni in condizioni di lavoro accettabili e compatibili con la sicurezza delle cure. Occorre recuperare una funzione didattica, oggi

monopolizzata dall'Università, tale da convertire parte dell'orario di lavoro assistenziale. Solo in questo modo sarà possibile sostenere l'aumento dell'età pensionabile di questi anni mantenendo in servizio molti colleghi in condizioni accettabili, con garanzia del servizio reso ai cittadini.

### 5) Separare previdenza e assistenza

La previdenza deve avere un unico soggetto titolare del diritto: il lavoratore.

L'assistenza viceversa deve trovare il finanziamento nella fiscalità generale e non essere un onere improprio della previdenza.

### 6) Superare l'emergenza e correggere leggi sbagliate, inique e confuse

Non si può continuare a prelevare risorse dalle pensioni. Il tasso di occupazione giovanile è incompatibile con la permanenza in servizio fino a 70 anni. I problemi di cassa hanno imposto in Italia una legislazione previdenziale che è la più penalizzante d'Europa.

Superare le discriminazioni che in questi anni hanno colpito il settore pubblico: età di pensionamento delle donne del pubblico impiego differito rispetto al privato, scivolo a 64 anni per la classe 52 riservato solo al privato, differimento fino a 4 anni della liquidazione, senza interessi, solo per i dipendenti pubblici. Per i medici e i giovani gravissimo è il danno dell'impossibilità di ricongiungere, se non con gravi oneri, periodi lavorativi con contribuzioni a diversi istituti ed enti previdenziali.

### 7) Contrastare illegittimi prelievi sulle pensioni in essere

In questi anni si ripetono tentativi di manomettere le pensioni in essere.

Tassazioni improprie camuffate da sedicenti contributi di solidarietà, già bocciate dalla Corte costituzionale, sono state riproposte anche per l'anno in corso. Il sindacato non può che difendere in via giudiziale un principio di legalità e di difesa dei diritti acquisiti. I medici e i dirigenti sanitari che nel corso della vita lavorativa versano circa 1 milione di euro di contributi hanno diritto ad una pensione proporzionata. Non si tratta di regali o di pensioni d'oro, ma di risorse accantonate e contrattualmente definite.

### 8) Enpam: ridurre progressivamente la contribuzione e potenziamento delle prestazioni assistenziali

Già dal 2015 si otterrà una riduzione del contributo

obbligatorio Enpam di 300-350 euro. È un risultato dell'Anaa. Il fondo generale Enpam gravato da tassazione marginale (45% circa), per chi dispone di altra pensione principale, non è più competitivo con altre forme di previdenza complementare tassate dal 9 al 15%. È un divario insuperabile. Anche in futuro occorrerà ridurre l'esposizione, compatibilmente con il mantenimento delle prestazioni in essere (pagamento delle pensioni).

Parallelamente Enpam deve potenziare le prestazioni assistenziali (premorienza, invalidità, disoccupazione) con particolare riferimento all'emergente problema della non autosufficienza e delle cure a lungo termine. In questo senso una conversione progressiva del fondo generale può portare all'assunzione di nuove tutele a completamento delle coperture prevido-assistenziali e mantenendo la contribuzione ridotta per le attività libero-professionali.

## **9) Previdenza integrativa indispensabile per i giovani**

L'investimento in previdenza integrativa in Italia è pari a un quinto della spesa sostenuta per il gioco d'azzardo legale. Strumento indispensabile per i giovani richiede modifiche legislative, informazione e cultura previdenziale. Il sindacato deve favorirne la diffusione anche mediante integrazione dell'offerta di prodotti.

## **10) Onaosi: mantenere l'ente potenziandone i servizi**

Onaosi è un ente che comporta un basso costo (12,75 euro lordi mensili pari a 7 euro netti come onere massimo mensile) e che vive per quasi il 50% delle rendite del proprio patrimonio. Non va regalato allo Stato perché è un patrimonio costituito dai medici dipendenti. Potrà potenziare le attività assistenziali estendendo le tutele nel ramo vita e disabilità e concorrere con Enpam ai bisogni emergenti: nuove fragilità, non autosufficienza.

## La sanità del sud

**Gruppo di lavoro: Giuseppe D'Auria, Gianluigi Scaffidi, Santo Monastra, Alessandro Falzone, Bruno Zuccarelli**

Nel 2011 la spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è stata di 1849 euro per abitante, abbastanza in linea con quanto osservato per le ripartizioni del Nord-ovest (1863 euro per abitante) e del Nord-est (1841 euro per abitante); nettamente al di sopra del valore medio nazionale si colloca la ripartizione del Centro (1931 euro per abitante) mentre per il Mezzogiorno la spesa pro capite è decisamente inferiore alla media nazionale (1788 euro).

A norma vigente i posti letto ogni mille abitanti è prevista essere di 3,7 di cui 0,7 riservati alla riabilitazione e alla lungodegenza. L'attività di ricovero è prevista dover essere di 160 ricoveri per 1000 abitanti di cui il 25% diurni.

Per quanto riguarda le regioni del sud il trend dei posti letto per 1000 abitanti correlato al numero di presidi di ricovero negli anni è stato il seguente:

REGIONE	presidi	n. posti letto	% posti letto	Anno
Puglia	97	15706	3,9	nel 2002
	71	14237	3,5	nel 2010
Basilicata	10	2408	4	nel 2002
	12	1851	3,2	nel 2010
Campania	139	19551	3,4	nel 2002
	123	16823	2,9	nel 2010
Calabria	75	8325	4,2	nel 2002
	68	6320	3,2	nel 2010
Sicilia	129	18946	3,8	nel 2002
	131	15115	3	nel 2010

Risulta evidente che il numero di posti letto è sostanzialmente in linea con quelli previsti, ma sono allocati in un numero di presidi tali da avere un numero medio di posti letto per presidio piuttosto basso con conseguenti diseconomie di gestione:

Puglia	200	posti letto per presidio
Basilicata	154	“
Campania	137	“
Calabria	93	“
Sicilia	115	“

A solo titolo di esempio teniamo di riferimento l'Emilia Romagna che nel 2002 aveva 79 istituti con 18.809 posti letto e 4,7 posti letto per mille abitanti e nel 2010 72 istituti con 17.295 posti letto e 4 posti letto per mille abitanti (240 posti letto per presidio con un'offerta di posti letto sensibilmente superiore rispetto alla popolazione).

In sintesi numerosi ospedali con pochi posti letto, costosi, poco completi in termini di offerta sanitaria e capillarmente diffusi sul territorio, in perfetta antitesi con la moderna organizzazione sanitaria che richiede pochi ospedali efficienti ed attrezzati ed una capillare diffusione sul territorio di strutture alternative all'ospedale.

## La valutazione dei livelli essenziali di assistenza

Per monitorare il rispetto dei criteri e l'omogeneità delle prestazioni a livello territoriale, l'intesa Stato-Regioni nel marzo del 2005 ha istituito il “comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea”. Alla positiva valutazione del comitato viene condizionato l'accesso di ogni Regione a una quota aggiuntiva di finanziamento premiale pari al 3 per cento del finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale. Annualmente il comitato predispone un monitoraggio dei Lea tramite indicatori standardizzati. Il monitoraggio tiene conto di indicatori che si articolano in tre categorie:

- assistenza collettiva
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera.

In base al punteggio complessivo, dato dalla media ponderata di 21 indicatori ogni Regione viene valutata come “adempiente” (punteggio complessivo superiore al 71 per cento di quello massimo conseguibile), “adempiente con impegno su alcuni indicatori” (punteggio compreso tra il 58 e il 71 per cento) oppure “critica” (inferiore al 58 per cento).

Quasi tutte le regioni del sud ed in particolare la Sicilia, la Calabria, la Puglia e la Campania sono Regioni così dette in “Piani di rientro” e quindi sottoposte a monitoraggio costante dal Tavolo tecnico ministeriale per la verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Al fine di esaminare le situazioni come sono andate a svilupparsi in questi ultimi anni e non entrando nel merito delle dinamiche economiche delle singole regioni, in verità molto complesse e differenziate, teniamo conto solamente di alcuni aspetti, più propriamente assistenziali e di utile conoscenza per i fini propri di una organizzazione sindacale, derivati appunto dalle osservazioni del Comitato permanente per la verifica dei LEA.

## Sicilia

Relativamente ai livelli essenziali di assistenza la situazione è da valutare critica rispetto agli standard nazionali in quanto la Regione ha ottenuto un punteggio pari al 48 per cento del valore massimo conseguibile, inferiore al valore medio delle altre Regioni (65,2 per cento) e delle altre Regioni che hanno adottato un piano di rientro (52,3 per cento).

Rispetto a queste ultime la Sicilia registra una valutazione migliore per quanto riguarda l'assistenza collettiva e significativamente peggiore per l'assistenza distrettuale. Relativamente ai dati di fine 2013 si evince un consistente decremento dell'ospedalizzazione totale che risulta lievemente al di sopra del valore di riferimento. Il valore della degenza media pre operatoria risulta sostanzialmente in

linea con il valore medio nazionale. La dotazione di posti letto, per la riabilitazione e la lungo degenza post-acuzie risulta pari a circa 0,4 posti letto per 1000 abitanti, inferiore al valore di riferimento di 0,7 p.l. per 1000 abitanti. Per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza territoriale gli indicatori evidenziano un consistente incremento della quota di anziani assistiti a domicilio. Si evidenzia una bassa dotazione di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Sono insufficienti strutture tipo hospice e posti letto presso strutture destinate all'assistenza psichiatrica. Criticità anche nei servizi afferenti all'area degli screening oncologici. Particolarmente critico è il percorso nascita in quanto sarebbe necessaria una rimodulazione dei punti nascita e delle UTIN al fine di garantire la sicurezza delle partorienti e dei nati.

## Calabria

Rispetto ai LEA la Calabria risulta fortemente inadempiente rispetto agli standard nazionali. Essa ha ottenuto un punteggio di 43,9 per cento del valore massimo conseguibile. La valutazione è risultata inferiore alla media delle altre regioni con riferimento a tutte e tre le principali branche dei LEA, ma i maggiori divari sono stati registrati con riferimento all'assistenza distrettuale e a quella ospedaliera. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, l'erogazione di prestazioni di minore qualità è associata ad una elevata frammentazione del sistema. L'incidenza delle strutture private accreditate è elevata (circa il 34% in termini di posti letto, contro valori di poco inferiori al 20% delle altre regioni italiane). In questa regione è stata rilevata la continua approvazione, da parte del consiglio regionale, di provvedimenti in contrasto con il piano di rientro, e un grave ritardo riguardo agli interventi connessi all'erogazione dei LEA. Pur tuttavia nelle ultime rilevazioni in merito all'erogazione dei LEA si riscontra un decremento dell'ospedalizzazione totale accompagnato da una consistente riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata se erogati in modalità ordinaria. Il valore della degenza media pre-operatoria, pur mostrando un decremento nel tempo, si mantiene al di sopra del valore medio nazionale. Relativamente all'erogazione di assistenza territoriale, gli indicatori evidenziano una quota di anziani assistiti a domicilio piuttosto inferiore all'atteso ed una dotazione insufficiente di posti letto presso RSA per anziani. Insufficienti sono le strutture tipo hospice e posti letto presso strutture residenziali destinate all'assistenza psichiatrica.

Vi sono criticità nell'erogazione dei servizi afferenti all'area della prevenzione soprattutto oncologica.

Vi è una particolare difformità sul territorio rispetto all'erogazione dei LEA.

## Puglia

Nei primi due anni di vigenza del piano di rientro (2010-2011) si sono registrati i primi significativi miglioramenti nel bilancio sanitario. Vi sono stati dei robusti interventi sulla rete ospedaliera dapprima poco efficaci perché ad una riduzione dei posti letto non ha corrisposto una proporzionale riduzione degli stabilimenti ospedalieri e delle strutture complesse ma un semplice taglio lineare dei posti letto ad invarianza di organizzazione, in un

secondo tempo vi è stata la chiusura e in parte la riconversione di circa venti stabilimenti ospedalieri con una proporzionale riduzione delle strutture complesse e un reale iniziale beneficio organizzativo, ma senza dubbio un grande beneficio economico. Purtroppo però accanto ai dati di natura economica, significativamente favorevoli, occorre considerare le scadenti performance relative ai LEA. Il comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, ha assegnato alla sanità pugliese un punteggio pari al 32,8 per cento del valore massimo conseguibile, circa la metà della media delle regioni a statuto ordinario e inferiore anche alla media delle altre regioni in disequilibrio. La valutazione è stata inferiore con riferimento a tutte e tre le principali branche dei LEA, ma i divari maggiori sono stati registrati con riferimento all'assistenza distrettuale e a quella ospedaliera. È stata dichiarata insufficiente la programmazione sanitaria di sostegno per l'area di Taranto. Relativamente all'erogazione dei LEA dell'ultimo periodo (fine 2013) c'è un consistente decremento dell'ospedalizzazione sia in regime ordinario che di day hospital. Si osserva una riduzione degli indicatori di inappropriata. Il valore della degenza media pre-operatoria si mantiene al di sopra del valore medio nazionale. La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,3 posti letto per 1000 abitanti, valore che si mostra inferiore a quello di riferimento nazionale di 0,7. Per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza territoriale, si rileva una quota di anziani assistiti a domicilio inferiore all'atteso ed una dotazione inadeguata di posti letto presso strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Ci sono criticità nell'erogazione dei servizi afferenti all'area della prevenzione con particolare riferimento all'area degli screening oncologici.

## Campania

La Regione Campania ha dovuto subire, attraverso l'azione commissariale, un piano di rientro piuttosto drastico attraverso un blocco automatico del turnover, la ridefinizione dei tetti di spesa per le prestazioni da privati accreditati, riduzione della spesa farmaceutica, istituzione della centrale di acquisti, robusta riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

Rispetto all'erogazione dei LEA, la Regione è risultata inadempiente rispetto agli standard nazionali. In particolare, l'assistenza collettiva, cui è destinata in regione una quota relativamente più elevata di risorse, presenta una valutazione inferiore alla soglia ottimale definita dal Ministero della salute, a motivo soprattutto dell'insufficiente diffusione delle attività di vaccinazione preventiva e delle ridotte risorse impegnate per l'assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro. Anche per l'assistenza distrettuale e per quella ospedaliera la valutazione dei LEA è inferiore alla media delle altre regioni (circa 41%). Assai diffusa è la presenza di strutture ospedaliere private accreditate la cui offerta di posti letto è prossima a un terzo della disponibilità totale in regione.

Di recente è emersa l'esigenza sanitaria relativa alla "terra dei fuochi" con l'adozione di un adeguato registro tumori. Particolarmente critica è la situazione del percorso nascita, in quanto è necessario individuare il numero e l'ubicazione dei

presidi dove individuare i punti nascita unitamente ad una riduzione dei parti cesarei.

È necessario agire ancora sulla rete ospedaliera e sulla rete dell'emergenza integrata con essa. Relativamente agli ultimi rilevamenti relativi all'erogazione dei LEA, si rileva un decremento dell'ospedalizzazione totale e dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatazza. Sia il tasso di ospedalizzazione della popolazione ultrasettantacinquenne, sia il valore della degenza media pre-operatoria, si mantengono al di sopra del valore medio nazionale. La dotazione di posti letto per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie risulta pari a circa 0,3 posti letto per 1000 abitanti. Per quanto riguarda l'assistenza territoriale vi è una quota di anziani assistita a domicilio inferiore all'atteso. Vi è inoltre una dotazione insufficiente di posti letto sia presso strutture tipo hospice che presso strutture residenziali che erogano assistenza psichiatrica o destinate alla popolazione anziana non autosufficiente. Critica è l'erogazione dei servizi afferenti all'area della prevenzione oncologica.

## Considerazioni

Non è possibile pensare alle regioni meridionali in "piano di rientro" alcune "commissariate" come un unicum, ma sicuramente alcune radici socio-politiche comuni esistono.

Nel meridione l'assistenza sanitaria è stata spesso interpretata come propaggine di un potere politico che eroga servizi sanitari, non è mai stata sentita dagli utenti come un diritto inalienabile legato all'essere "cittadino". È mancato quello che in altre parti del paese potremmo definire "controllo democratico sull'utilizzo delle risorse pubbliche in sanità".

In questo contesto è stato facile per politici ed operatori creare negli anni una sanità a loro immagine e somiglianza dove spesso l'obiettivo della cura del paziente era subordinato a quello della conservazione del potere dei singoli.

Il fatto che le Regioni in piano di rientro hanno avuto un unico interlocutore ministeriale, il così detto "tavolo Massicci", ha reso sostanzialmente sovrapponibili i modi e i limiti assistenziali imposti da questo. I tempi sono stati ovviamente diversi, in quanto differenti erano le situazioni economiche di partenza e diversa è stata la capacità politica di interpretare i piani stessi.

Un po' tutte le regioni del sud hanno ultimamente vantato grandi successi economici, a fronte però del fatto che circa la metà degli italiani, quelli che rappresentano la parte più povera di economia produttiva ed occasioni di lavoro, hanno un ridotto o ridottissimo accesso ai LEA. Nel mentre sono le stesse Regioni (quelle meridionali) che finanziano, attraverso la mobilità passiva, le Regioni che hanno investito nel così detto "turismo sanitario".

Intendiamoci, la classe medica ha spesso assecondato, per i più vari motivi, il patologico strutturarsi di situazioni funzionali ad interessi politici o più banalmente personali, e di questo il nostro sindacato se ne è fatto interprete denunciando le situazioni, pure a scapito di sporadiche perdite di consenso sindacale.

Un'altra nota metodologica negativa è senza dubbio quella di affidare la gestione commissariale agli stessi presidenti delle Regioni commissariate, cosa che spesso ha addirittura portato

all'emanazione di leggi contrarie alle norme nazionali ed ai dettami dei piani di rientro tanto da essere spesso giudicate incostituzionali. Negli ultimi anni è comparsa la parola magica "spending review". Però non bisogna confondere la spending review con i piani di rientro, anche se le cose sono temporalmente coincise. Dal nostro punto di vista la spending review rappresenta un'occasione e quindi una opportunità, in quanto negli anni che verranno dovremo necessariamente spendere di meno e quindi spendere meglio mentre paradigma dei piani di rientro sono stati i tagli lineari soprattutto a carico della spesa per il personale, con la creazione di vere e proprie voragini assistenziali. È oggi opinione comune che i tagli lineari alla spesa fanno più danni dei risparmi che producono. Noi dobbiamo tendere, realisticamente, ad una spending review trasformativa, che guarda alle esigenze dell'utenza, alla qualità dei servizi, alla semplificazione delle procedure, alla reingegnerizzazione dei processi.

Il sindacato in questo non deve tenere una posizione di retroguardia, deve avere il coraggio di innovare, essere "trasgressivo", rompere gli schemi di organizzazioni e metodologie consolidate. Oggi vi sono grandi movimenti di protesta in alcune regioni del sud come quelli dei colleghi A.O. dell'Annunziata di Cosenza, come vi è un diffuso profondo disagio generale legato al perdurare del blocco delle assunzioni, del precariato ingovernabile, della mancanza di sicurezza nei luoghi di lavoro, all'opinione negativa che spesso la stampa alimenta con pervicace scandalismo e per tanto altro ancora. La politica dà risposte parziali o non ne dà affatto e spesso ritiene di trovare le soluzioni delegando alla sanità privata quello che non riesce a realizzare nel sistema pubblico, alimentando una deriva privatistica che di fatto snatura e svilisce la migliore tradizione di servizio pubblico nazionale.

Il sud è ancora malato di "ospedalecentrismo", inventa ogni possibile forma di pseudo trasformazione per non chiudere e riconvertire piccoli ospedali. Manca la cultura e la volontà per un reale sviluppo dell'assistenza territoriale che sottragga all'ospedale l'onere di un'assistenza di primo livello, tipica del territorio avanzato. Bisognerebbe portare sul territorio le migliori professionalità e le migliori attrezzature attivando sale operatorie, diagnostica strumentale qualificata, day service medici e chirurgici, ambulatori medici e chirurgici attrezzati al fine di trasferire l'utenza dalle strutture ospedaliere a quelle territoriali.

L'Ospedale insomma deve essere sempre di più il luogo dell'acuzie e di una organizzazione a questa finalizzata. Il territorio deve invece aprirsi alla sfida delle cronicità, del recupero funzionale, della prevenzione e dell'urgenza di primo livello. Le formule sono tante, e questa non è la sede per esaminarle, ma il nostro sindacato non può e non deve sottrarsi alle sfide ed alle soluzioni che questo tempo richiede, anche, talvolta "osando" ed utilizzando tutte le migliori esperienze che Regioni più attente e lungimiranti delle nostre hanno adottato o sono in procinto di adottare.

In politica come nel sindacato è forse il tempo di limitare le spinte regionaliste per ricercare la migliore sintesi possibile tra le specificità regionali e l'esigenza di un autorevole governo nazionale a garanzia dei LEA sanitari.

