



La manovra è LEGGE

TREMONTI HA VINTO MA LA SANITÀ CROLLA

IL PARLAMENTO E IL GOVERNO NON HANNO ASCOLTATO LE REGIONI
E LA DIRIGENZA DEL SSN CHE AVEVANO CHIESTO DI RICONSIDERARE I TAGLI
E DI METTERE IN SICUREZZA LA SANITÀ PUBBLICA.
CON LE MISURE APPROVATE SI AVVIA LO SMANTELLAMENTO DEL SSN

alle pagine 6-8

Sommario |

L'ANAAO CHE VOGLIAMO

Una riflessione a 360° sul futuro del sindacato. Un'associazione aperta al cambiamento

pagine 2-5

SPECIALE REGIONI/2

La parola ai neo segretari regionali sulle criticità e le proposte per il rilancio della sanità e la difesa del ruolo medico

pagine 10-11

INCHIESTA SULLA SANITÀ A L'AQUILA

Siamo tornati in Abruzzo per verificare lo stato della sanità a 15 mesi dal sisma. Molti problemi ancora aperti

pagine 12-14

Una riflessione a tutto tondo **SUL FUTURO DEL NOSTRO SINDACATO**



L'ANAAO CHE VOGLIAMO

UN SINDACATO NUOVO E APERTO AL CAMBIAMENTO

Occorre riallineare l'organizzazione alle nuove forme di aggregazione professionale e sociale, ritrovando la capacità di farsi carico delle idee, degli umori, delle suggestioni e dei fermenti che animano la categoria. A partire dai giovani e dalle donne

L'anno scorso abbiamo celebrato i 50 anni di vita dell'Anaa Assomed. Mezzo secolo di attività sindacale che ha attraversato la storia italiana più recente. Un periodo straordinario, denso di trasformazioni sociali, economiche e politiche. L'Italia che ci ha visto nascere era molto diversa da quella di oggi. Un Paese giovane, anche se maturato in fretta nel primo decennio di un dopoguerra controverso, ma certa-

mente esaltante. Come giovani erano i fondatori di questo sindacato. Giovani medici "arrabbiati" che avevano intuito la fine di una professione legata a stereotipi pre-moderni e pre-tecnologici. Si affermavano, infatti, una nuova sanità e una nuova medicina. Legate a filo doppio con il progresso del Paese e soprattutto trascinate da uno sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica che già allora lasciava intuire il progressivo e ineludibile cambiamen-

to strutturale al quale sarebbe stata sottoposta anche la professione medica. Nello stesso tempo la fase storica registrava grandi riforme sociali che, anche se con spunti e caratteristiche diversi, avrebbero ridisegnato il panorama europeo del welfare, nel quale la sanità assumerà un ruolo sempre più centrale. Furono anche anni di formidabile crescita per il movimento sindacale. Di tutti i sindacati. Anni in cui "fare sindacato" voleva dire condivi-

dere, unire, includere. Essere protagonisti e attori del cambiamento e della lotta contro il privilegio e l'ingiustizia. Ovunque essi si annidassero. Dalle fabbriche, alle università. Dagli uffici agli ospedali. Questa straordinaria stagione vide affermarsi una dimensione quasi romantica del sindacato e del sindacalista. Per certi versi è stata la nostra "stagione degli eroi". Eroi quasi sempre contro. Il sistema, il potere, i padroni, i baroni... E nacque il mito, sul quale ab-



Costantino Troise



Dobbiamo chiederci se l'essere donna, in medicina, richieda, da parte di chi quelle donne medico vuole rappresentare, un'elaborazione nuova dell'essere medico finalizzata a definire un compiuto valore di genere

dalità delle trattative contrattuali. Partecipare agli incontri programmati per il rinnovo del contratto significa essere co-protagonista di una recita antica, già rappresentata migliaia di volte e anche per questo ormai così rituale da escludere qualsiasi sorpresa e qualsiasi gesto di rottura o sfida.

Ma cosa ci si può aspettare di così innovativo?

Certo, i temi e i problemi che si affrontano in quelle stanze sono veri, reali e riguardano decine di migliaia di professionisti. Ma le modalità con le quali li affrontiamo hanno probabilmente fatto il loro tempo. Attorno a quel tavolo con la Parte pubblica del negoziato, ognuno svolge con competenza professionale una parte, sapendo, ancor prima di iniziare, come andrà a finire. Quello che conta, al di là del merito delle questioni affrontate, è la necessità di dire comunque la propria, anche se sarà di fatto un replica di cose già dette, perché solo così si manifesta la "rappresentatività" della tua sigla.

Forse è il tempo di cominciare a chiederci se lo strumento "contratto", con le sue rigidità e ingessature, ancorato ad una visione monolitica e burocratica del rapporto di lavoro e delle sue dinamiche, sia ancora adeguato nella sua attuale strutturazione.

O se sia nostro interesse riaprire ogni triennio l'intera partita ripassando a memoria commi e commi di prescrizioni normative per poi magari ritoccarne solo qualcuna, più per formalità che per ragioni di sostanza.

O se le modalità con le quali affrontiamo la parte economica siano in grado di comprendere e risolvere i nodi reali delle nostre retribuzioni.

Domande difficili, se non scomode. Ma alle quali è bene cominciare a rispondere prima che qualcun altro lo faccia per noi.

LA CRISI DEL SINDACATO

Oggi il sindacato è in crisi. Lo è quello confederale come quello professionale. Una crisi spesso nascosta o mascherata da dati sulle iscrizioni non sempre trasparenti.

Tuttavia non è tanto una questione di numeri quanto di effettiva e reale capacità di essere ancora i rappresentanti di chi lavora in un determinato ambiente o settore, nelle molteplici forme e nelle diverse funzioni esistenti. Anche nella sanità.

Dobbiamo infatti chiederci, e farlo in fretta, se l'iscrizione all'Anao è, oggi, per un medico dipendente o per uno in formazione, una garanzia di essere adeguatamente rappresentato nelle sue esigenze e nelle sue prerogative.

Dobbiamo chiederci se l'essere donna, in medicina, richieda, da parte di chi quelle donne medico vuole rappresentare, un'elaborazione nuova dell'essere medico finalizzata a definire un compiuto valore di genere.

Dobbiamo chiederci se, nella nostra categoria, avere 30 anni e scontrarsi con un mondo del lavoro chiuso a riccio nella difesa di privilegi acquisiti (tra l'altro ormai residuali proprio per la progressiva di-

minuzione della platea dei beneficiari), possa provocare una reazione di rigetto verso la nostra offerta sindacale caratterizzata da profili di "medici arrivati", spesso poco percepiti come colleghi partecipi di un'unica battaglia professionale.

Dobbiamo chiederci se le scelte adottate, con indubbio anticipo sui tempi e in riferimento al processo di federalizzazione della sanità, con le quali abbiamo ridefinito compiti e ruoli del livello regionale del sindacato, non debbano essere arricchite da elementi di responsabilità, senza la quale l'autonomia ha margini di esercizio destinati a sfarinarsi contro l'impatto reale dei problemi e delle necessità.

Ed ancora, il sindacato, compreso il nostro, con le sue modalità di lavoro e di partecipazione, risponde adeguatamente ai bisogni della nuova democrazia rappresentativa e partecipativa, quella dei blog, di facebook e youtube?

Forse, girata la boa dei primi 50 anni, dobbiamo guardare alla prossima virata con occhi, mente e spirito nuovi. Più aperti al cambiamento e alla novità, più leggeri nella nostra capacità di comunicare e confrontarci. Meno verticisti-

ci nella gestione quotidiana del fare sindacato. Più capaci di arruolare nuove leve con la logica del merito e della passione, la stessa che vorremmo fosse seguita dagli "altri" nei nostri confronti. Più attenti al nuovo che avanza a partire dalla straordinaria crescita delle donne medico, una rivoluzione di genere che non può che far bene alla categoria.

Insomma, serve un "Sindacato nuovo" capace di reinterpretare e ri-rappresentare la dirigenza, medica e non solo, quale protagonista nell'affermazione di nuovi processi e di nuove modalità di negoziazione, attenta alla nuova realtà del mondo del lavoro e all'esigenza di recuperare una coerente rispondenza tra incarichi, funzioni e retribuzioni.

RITROVARE LA VOGLIA DI ARRIVARE IN ALTO

Questioni "forti". Degne di essere analizzate e discusse senza tesi preconcepite e soprattutto con la mente libera di accogliere il nuovo.

Se c'è infatti una cosa che vale la pena recuperare dal periodo degli "eroi" è proprio quella vena di audacia, di voglia di arrivare in alto, di conquistare la vetta che quei nostri colleghi avevano cinquan-



CONTRATTO: UNO STRUMENTO DA "RIPENSARE"

Pensiamo ad esempio alle mo-

t'anni fa e che, forse, oggi abbiamo perso, adagiandoci sulle conquiste raggiunte.

L'Anaa deve ritrovare la capacità originaria di farsi carico con entusiasmo delle idee, degli umori, delle suggestioni e dei fermenti che animano la categoria. In tutte le sue articolazioni e specificità. Segnali senza dubbio "altri" rispetto a quelli di 50 anni fa, ma anche a quelli che, negli anni '80/'90, ci portarono alla conquista dell'area medica e della dirigenza.

Non serve una macchina nuova con la rottamazione dell'attuale. Ma è certo che la nostra vettura, per quanto gloriosa e ricca di successi storici indubitabili, ha bisogno di essere messa in pista con stimoli ed energie nuovi.

LA "GALASSIA ANAAO"

La prossima sfida che ci attende è quella di riorganizzare la nostra rappresentatività alla luce delle nuove norme che regolano la contrattazione nel pubblico impiego. I comparti di contrattazione si riducono da otto a quattro. Tra questi ultimi la Sanità assorbirà anche le Regioni. E all'interno della Sanità vi sarà una grande area della dirigenza che vedrà ridotte ad otto, dalle oltre 100 attuali, le sigle rappresentative.

È una sfida straordinaria che ci vede, dopo la confluenza dello Snabi, come associazione maggiormente rappresentativa anche nella nuova area della dirigenza del Ssn.

Questo nuovo scenario ci porta obbligatoriamente a fare i conti con una responsabilità ancora più grande: quella di guidare e portare a soluzione aspettative e richieste di "tutta" la dirigenza del Ssn. Inclusione e capacità di sintesi devono diventare prassi per un sindacato che non voglia essere chiuso in se stesso. Pena la perdita progressiva ma inesorabile di credibilità e di capacità di impatto sulle scelte e le decisioni che ci riguardano direttamente.

Oggi, dobbiamo essere in grado di accreditarci come riferimento per tutti i nostri colleghi dirigenti facendo della nostra articolazione locale una formidabile risorsa sul campo, capace di muoversi, quando serve e quando i tempi lo richiedano, con un'unica regia coordinata e con tempi di risposta immediati. Non possiamo più permetterci tempi "morti" di dialogo per seguire pedissequamente logiche verticali di comunicazione che rischiano di tagliare fuori, o comunque di raggiungere fuori tempo massimo, il destinatario finale, cioè il singolo

iscritto e il singolo membro della categoria.

Dobbiamo essere capaci di dare nuovo vigore alla nostra azione, riannodando le fila nelle singole strutture per fare del nostro rappresentante aziendale il vero "terminale" delle mille voci professionali e delle mille istanze specifiche che la nuova sanità fa emergere e che non hanno ancora trovato orecchie, cuore e pratica idonei ad assumerne la titolarità. E le nostre sedi in tutto il paese devono trasformarsi in luoghi aperti all'ascolto ma anche capaci di attrarre nuove forze e nuovi soggetti interessati a mettere le mani in pasta. A costruire insieme a noi un quadro di rapporti e relazioni tale da poter incidere con più determinazione nelle decisioni delle singole amministrazioni sanitarie.

Va insomma trasformata la nostra immagine e la percezione diffusa che del sindacato hanno troppi colleghi: quella di un apparato con re-

Va insomma trasformata la nostra immagine e la percezione diffusa che del sindacato hanno troppi colleghi: quella di un apparato con regole e meccanismi interni di governo troppo chiusi se non esclusivi

gole e meccanismi interni di governo troppo chiusi se non esclusivi.

Il sindacato ha senso se ritrova la sua natura di solidarietà, di comunità, di partecipazione.

Se rafforza le sue capacità di ascolto, in modo che nessuno venga lasciato solo con il suo problema.

Se sa cogliere i segnali di una nuova stagione sindacale che parlano di una progressiva disaffezione alle nostre abituali iniziative. Cominciando a chiederci, senza girarci dall'altra parte, perché, ad esempio, le nostre assemblee e i nostri convegni faticano a riempire le sale dove sono ospitati, così come dobbiamo interrogarci senza veli sulle ragioni delle difficoltà incontrate nell'ultima grande vertenza intersindacale della dirigenza che, indubbiamente, ha stentato a sfondare tra la maggior parte dei colleghi.

Solo così riusciremo a dare anima e quindi a farci riconoscere come veri leader della dirigenza del Ssn, dando vita alla "Galassia Anaa" entro la quale, in partnership con la nostra associazione, ruotano e agiscono all'unisono le singole categorie da noi rappresentate unitariamente

Se l'Anaa può contare su 50 anni di storia è perché è sempre riuscita a fare sintesi positiva tra ciò che si muoveva tra la base e il contesto più ampio ove quei movimenti dovevano in ogni caso trovare le risposte adeguate, in una prospettiva di crescita globale del sistema sanitario all'interno della crescita globale del Paese.

Una visione d'insieme che poche forze sindacali di categoria possono vantare, che ci ha consentito di disegnare sce-

nari di progresso per i medici sempre in relazione alle innovazioni e allo sviluppo del sistema sanitario pubblico e quindi, alla fine, nell'interesse di chi vi lavora ma anche di chi, dei nostri servizi e della nostra professionalità, usufruisce.

INCLUSIONE E SOLIDARIETÀ

Per questo occorre ritrovare la voglia e la capacità di andare anche controcorrente, pesci in mezzo ai pesci. Nuotare con gli altri e da quella posizione guadagnarci la fiducia e l'ascolto.

Essere una associazione aperta, accogliente, combattiva, coerente, unita e inclusiva. Capace di rinnovarsi a partire da nuovi e ambiziosi obiettivi e dalla capacità di coinvolgere i giovani e le donne. Essere iscritto all'Anaa deve tornare a rappresentare un vanto, un gesto consapevole di aggregazione e unità all'interno di una professione, e oggi anche di esercizio pieno di un ruolo, quello di dirigenti del Ssn, che rischia di disperdersi in una logica di piccolo cabotaggio corporativo.

IL RINNOVAMENTO COME VALORE

Cosa accadrebbe se, alla parcellizzazione del lavoro e all'introduzione inevitabile di nuove forme contrattuali, anche nella sanità, non si accompagnasse una forte assunzione di responsabilità verso le nuove leve da parte del sindacato? Per capirlo non dobbiamo sforzarci più di tanto. In parte stiamo già assistendo ai guasti sociali di una chiusura in sé stesse delle categorie storiche del lavoro dipendente.

Categorie che privilegiate non sono ma che come tali



sono percepite dai giovani appena affacciati in un mondo del lavoro completamente diverso rispetto anche a solo 20 anni fa.

Per un giovane medico ospedaliero degli anni '80 entrare nel sistema sanitario voleva comunque dire avere una certezza di impiego, di una potenziale progressione di carriera e di un adeguato trattamento pensionistico. Oggi non è più così e un sindacato come l'Anaa non può non tenerne conto.

Anche da queste riflessioni nasce "Anaa Giovani" che vuole essere una risposta concreta, diretta, alle nuove realtà del lavoro medico e professionale.

Un laboratorio sindacale, attrezzato per agire sul campo con proprie iniziative e proposte, che aspira a diventare il luogo dove ripensare e ridefinire il sindacato dei prossimi anni. Un laboratorio, ma non un ghetto, per innestare forze nuove in un tronco robusto.

Anche a costo di rimuovere con serenità quella consuetudine a trasformare il sindacato e i suoi organismi in una seconda casa dove crescere e invecchiare. Immagine in cui ritroviamo certo la capacità del sodalizio tra pari di mantenere al proprio interno il valore e la conoscenza dei "grandi vecchi" ed il loro prezioso patrimonio di idee e di esperienza. Ma attenti a non trasformare rispetto e considerazione con l'occupazione vitalizia di ruoli e incarichi che, anche se a fin di bene, si trasforma di fatto in una preclusione a priori verso le nuove leve sindacali.

La nostra, di noi dirigenti sindacali, è infatti una missione che, per forza di cose, deve essere a termine, dimostrando la capacità di comprendere come il farsi da parte sia un fattore essenziale per consentire la crescita e il rinnovamento e per far sì che il sindacato sia sempre in linea rispetto al mondo del lavoro a cui si rivolge.

I giovani e le donne (che per

la loro diversa sensibilità costituiscono di per sé un elemento rinnovatore nei processi aggregativi) sono il nostro futuro verso il quale dobbiamo avere la capacità di aprire "oggi" la porta principale nei nostri organismi centrali e regionali. Accogliendo le loro energie e le loro visioni come vera linfa vitale per guardare con ottimismo alle prossime sfide per la dirigenza del Ssn.

LE NUOVE RESPONSABILITÀ DELLA DIRIGENZA

Ma non basta. La casa che dovrà accoglierli dovrà già essere attrezzata con strumenti di intervento adeguati ai tempi. E nella sanità questo vuol dire essere attrezzati al merito, alla qualità, all'innovazione. Anche a partire da una rinnovata capacità di porre soluzioni nuove per problemi insoliti.

Guardiamo, in particolare, all'annosa questione del territorio o meglio della chimera di una medicina territoriale quale panacea per tutti i mali, i ritardi, le inefficienze e gli sprechi della sanità. Una visione che sta dominando da tempo programmi e strategie politiche, istituzionali, professionali e accademiche, rispetto alla quale noi, come altri protagonisti della sanità ospedaliera, abbiamo mantenuto un atteggiamento a metà tra il fastidio e il fatalismo. Ci siamo quasi abbandonati all'idea che tutto il bene risiedesse ormai fuori dalle mura ospedaliere e tutto il male all'interno. Abbiamo così subito progressive operazioni di smantellamento o ridimensionamento della rete nosocomiale, sempre in fiduciosa (anche se scettica) attesa di una parallela costruzione di una rete alternativa e complementare.

Ciò non è avvenuto anche perché organizzare una rete di servizi territoriale richiede una capacità manageriale e una visione strategica delle sinergie necessarie addirittura più complessa di quella oc-

corrente per mandare avanti un grande ospedale. Inoltre a questo punto forse anche i sassi hanno capito che continuare a parlare di territorio in modo astratto, senza comprendere che esso non è altro che un ambito territoriale sanitario entro il quale devono operare diverse dimensioni di intervento ben coordinate e governate, farà solo crescere una mitologia, senza alcuna reale ricaduta sull'effettiva trasformazione della rete sanitaria.

In questa discussione dobbiamo esserci. Riprendendoci un ruolo e una responsabilità che non possono più essere delegati ad altri, perché solo una visione miope o limitata tende a non comprendere queste questioni nelle responsabilità di sindacato della dirigenza. Al contrario è proprio nell'assunzione di tali compiti, solo apparentemente estranei che affermeremo la capacità di assumere un ruolo fon-

damentale di indirizzo e governo della rete, pena l'affermazione di una sostanziale anarchia fatta di tante enclave scoordinate tra loro e fattore di nuovi sprechi e inefficienze.

Solo in questo modo potremo realmente far lavorare insieme professionisti diversi con regole e abitudini diverse, come possono essere i medici ospedalieri e i medici di famiglia convenzionati.

IL MERITO, A PARTIRE DA NOI

Un'ultima osservazione. Da qualche anno stiamo assistendo ad una querelle trasversale sulla necessità che un capo dipartimento o un dirigente di struttura siano scelti per i loro meriti e non per la tessera di partito che si ritiene possiedano. Una discussione interessante ma anche molto sterile nelle soluzioni sulle quali si sono esercitati da destra come da sini-

stra con risultati, fino ad oggi, inesistenti.

Resta il fatto che una questione "merito" in sanità esiste. E un sindacato come il nostro non può non farsene carico ricercando e proponendo soluzioni adeguate a partire dal proprio vissuto e dai propri comportamenti.

In questo senso il primo a dover dare l'esempio deve essere proprio il sindacato che deve dimostrare di saper valorizzare al proprio interno i più capaci, a prescindere dalle simpatie e dalle consorterie che inevitabilmente (in fondo siamo persone come tutti gli altri!) si creano in qualsiasi organizzazione. La Anaa nuova dovrà affrontare anche questa sfida, dimostrando nei fatti di saper rinnovare i propri quadri e i propri dirigenti attirando a sé i migliori e i più rappresentativi della categoria. Solo così le nostre idee e le nostre proposte resteranno sempre credibili e vincenti.



APPROVATO IN VIA DEFINITIVA IL DECRETO TREMONTI

MANOVRA: LE NORME SU SANITÀ E PUBBLICO IMPIEGO

Respinte le proposte dell'intersindacale per evitare il collasso della Sanità. Tagli pesanti sul personale e sui bilanci regionali, mentre resta aperta la questione "turn over" per il Ssn. Ecco le misure più importanti

PUBBLICO IMPIEGO

Blocco dei contratti e delle convenzioni

(art. 9, commi 17 e 24)

Nessun rinnovo di contratti e convenzioni del personale con il Ssn fino al 2012.

Trattamento accessorio

(art. 9, comma 1 e 2bis)

Per quanto riguarda il trattamento economico complessivo ed accessorio dei singoli dipendenti, anche di qualifica dirigenziale, resta il blocco fino al 2013 al trattamento "ordinariamente spettante per l'anno 2010", ma con alcune eccezioni. Il blocco, infatti, è "al netto degli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva", incluse le variazioni dipendenti da eventuali arretrati, conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno, progressioni di carriera, maternità, malattia, missioni svolte all'estero, effettiva presenza in servizio". Il testo prevede inoltre che il congelamento del trattamento accessorio non sia su base individuale ma relativo al complesso delle risorse destinate a questo istituto contrattuale. Il tetto complessivo delle risorse per questo capitolo non potrà pertanto superare l'importo dell'anno 2010 e sarà ridotto automaticamente in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizi.

Il blocco, infatti, è "al netto degli effetti derivanti da eventi straordinari della dinamica retributiva", incluse le variazioni dipendenti da eventuali arretrati, conseguimento di funzioni diverse in corso d'anno, progressioni di carriera, maternità, malattia, missioni svolte all'estero, effettiva presenza in servizio". Il testo prevede inoltre che il congelamento del trattamento accessorio non sia su base individuale ma relativo al complesso delle risorse destinate a questo istituto contrattuale. Il tetto complessivo delle risorse per questo capitolo non potrà pertanto superare l'importo dell'anno 2010 e sarà ridotto automaticamente in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizi.

Taglio delle retribuzioni

(art. 9 comma 2)

Per i dipendenti con trattamenti economici complessivi oltre i 90.000 euro annui lordi verrà applicato un taglio del 5% e mentre il taglio del 10% avverrà oltre i 150.000.

Incarichi dirigenziali

(art. 9, comma 32)

Le pubbliche amministrazioni

(e quindi i direttori generali) potranno decidere di non rinnovare gli incarichi di livello dirigenziali anche in assenza di una valutazione negativa e di conferire al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Turn over.

(art. 9, comma 8)

Non è chiarita l'esclusione della sanità dal blocco del turn over come si era ventilato nelle settimane scorse. Salvo precisazioni, quindi, anche il Ssn sarà soggetto al blocco del turn over fino al 2015.

Nessun adeguamento retributivo

(art. 9, comma 21)

Disapplicazione per il triennio 2011-2013 del meccanismo di adeguamento retributivo e degli automatismi stipendiali.

Salvi i precari della ricerca

(art. 9, comma 28)

Gli enti di ricerca vengono esclusi dalle restrizioni per i contratti a tempo determinato, o con convenzioni ovvero per contratti di collaborazione coordinata e continuativa, di formazione e altri rapporti di lavoro atipici.

Controlli su prestazioni di invalidità

(art. 10, comma 3)

Il testo non prevede più l'innalzamento all'85% della percentuale di invalidità necessaria per godere di determinati servizi e prestazioni sociali, mentre restano le misure finalizzate a incrementare le verifiche e i controlli per combattere il fenomeno dei "falsi invalidi". In particolare si prevede un numero minimo di 100 mila verifiche nel 2010 che dovrà salire a

250mila nel 2011. Puniti i medici che certificano false invalidità. Oltre alle sanzioni e alle responsabilità penali e disciplinari già previste, il medico che certifica una falsa invalidità sarà obbligato al risarcimento del danno nei confronti della società assicuratrice.

REGIONI

Piani di rientro

(art. 11, comma 1)

Le Regioni sottoposte al Piano di rientro che non abbiano raggiunto gli obiettivi prefissati per il 31 dicembre 2009 ma abbiano però "garantito l'equilibrio economico nel settore sanitario" senza essere state sottoposte a commissariamento, potranno chiedere la prosecuzione del Piano per altri tre anni allo scopo di completarne gli obiettivi. Il loro raggiungimento è condizione per poter accedere ai finanziamenti già

previsti, comunque condizionati al pieno raggiungimento del Piano. Queste risorse potranno anche essere state anticipate: in loro mancanza saranno rivisti i risultati d'esercizio degli anni a cui si riferiscono.

Tagli al fondo sanitario

(art. 11 comma 5)

Sarà pari 550 milioni di euro l'importo che sarà decurtato dalle risorse statali destinate alla sanità del 2010 sulla base dei risparmi derivanti dalle misure. Nel 2011 il taglio salirà a 600 milioni.

Sospensione azioni

esecutive per le Regioni

in deficit

(art. 11, comma 2)

Nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, allo scopo di permettere il regolare svolgimento del piano anche attraverso il pagamento dei debiti accertati (e comunque maturati in violazione degli obiettivi dei Piani), i commissari ad acta provvedono alla "ricognizione" degli stessi debiti e predispongono un piano per il loro pagamento, individuando tempi e modalità.

IL COMMENTO DELL'ANAAO ASSOMED ALLA MANOVRA ECONOMICA

Un chiaro disegno di smantellamento del servizio pubblico

Nonostante le proteste di tutta la categoria e delle Regioni, a cui è demandata l'organizzazione e la gestione del servizio sanitario, la manovra economica è stata approvata in via definitiva senza alcuna modifica sostanziale rispetto alla versione licenziata dal Senato e da noi fortemente contestata.

Si tratta di un provvedimento iniquo e, per molti versi, incostituzionale che riversa sugli enti locali e sul servizio pubblico, in particolare sui suoi dirigenti e dipendenti, l'intero peso

del risanamento dei conti. Nessun sacrificio per autonomi e detentori di grandi patrimoni; tagli agli stipendi e ai servizi sociali; le mani in tasca al lavoro pubblico; ulteriore peggioramento delle condizioni di lavoro degli operatori del Ssn. I giovani vedono ridursi le possibilità di lavoro ed inoltre subiranno licenziamenti con la trasformazione del precariato in disoccupazione. Infine, un aumento surrettizio dell'età pensionabile particolarmente eclatante per le donne.

L'Anaa Assomed aveva denunciato sin dall'autunno scorso, con l'avvio della "vertenza salute", la chiara volontà politica di ridimensionamento e abbandono della sanità pubblica attraverso la sistematica diffamazione del servizio sanitario, considerato unicamente fonte di costi e di sprechi, e di chi vi lavora additato come fannullone e macellaio.

Una campagna mediatica denigratoria che sottende il tentativo di smantellamento e privatizzazione del servizio sanitario, nonostante gli indica-

Per agevolare questo compito non potranno essere intraprese o eseguite azioni esecutive nei confronti di Asl o Ao delle stesse Regioni; i pignoramenti già avviati non vincolano gli enti debitori e i tesoreri potranno disporre di quelle somme per le finalità istituzionali degli enti. I debiti insoluiti producono "esclusivamente" gli interessi legali o gli interessi più bassi eventualmente concordati con i creditori.

Tagli alla spesa regionale (art. 14, comma 2)

Lo Stato non farà sconti alle Regioni a statuto ordinario. I tagli resteranno quelli stabiliti nel testo originale della manovra (4 miliardi nel 2011 e 4,5 nel 2012), ma a deciderne "criteri e modalità" sarà la Conferenza Stato-Regioni "secondo principi che tengano conto dell'adozione di misure idonee ad assicurare il rispetto del patto di stabilità interno e della minore incidenza percentuale della spesa per il personale rispetto alla spesa corrente complessiva nonché dell'adozione di misure di contenimento della spesa sanitaria e dell'adozione di azioni di contrasto al fenomeno dei falsi invalidi". In pratica, alle Regioni "virtuose" sarà richiesto un

sacrificio minore. In caso di mancata deliberazione della Conferenza entro 90 giorni dall'entrata in vigore della legge, e per gli anni successivi entro il 30 settembre, viene emanato entro 30 giorni il decreto del presidente del Consiglio con una riduzione dei trasferimenti realizzati secondo un criterio proporzionale.

FARMACEUTICA Margini della distribuzione (art. 11, comma 6)

Pe quanto riguarda il controllo della spesa farmaceutica si prevede che i tagli ricadano non solo su farmacisti e grossisti, ma anche sulle industrie del farmaco. In particolare, in attesa di stabilire una nuova metodologia di remunerazione delle farmacie per i farmaci erogati in regime di Ssn, a decorrere dall'entrata in vigore della manovra la quota minima spettante per i farmaci di classe A scende dal 6,65% al 3% per i grossisti, mentre aumenta dal 26,7% al 30,35% per i farmacisti, come già previsto nel testo approvato dal Consiglio dei Ministri. A cambiare sarà la distribuzione della quota trattenu- ta dal Servizio sanitario nazionale, pari al 3,65%, che sarà a carico dei farmacisti per

l'1,82% sul prezzo di vendita al pubblico al netto dell'Iva e a carico delle industrie del farmaco per l'1,83%.

Revisione dei criteri di remunerazione della spesa farmaceutica (art. 11, comma 6bis)

Si apre un tavolo ministero Salute, Economia, Aifa e associazioni di categoria per la revisione della remunerazione della filiera farmaceutica, secondo i seguenti criteri: estensione delle modalità di tracciabilità e controllo a tutte le forme di distribuzione di farmaci, possibilità di introduzione di una remunerazione della farmacia basata su una prestazione fissa in aggiunta a una ridotta percentuale sul prezzo di riferimento del farmaco.

Tablette di raffronto della spesa regionale (art. 11, comma 7)

L'Aifa dovrà predisporre tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle varie Regioni suddivise per categorie terapeutiche equivalenti, al fine di individuare i maggiori risparmi realizzabili grazie al maggior impiego di farmaci generici o a prezzo minore. L'obiettivo quello di mettere a disposizione delle Regioni strumenti di programmazione e controllo che

Le Regioni incontrano l'Intersindacale medica

"Riordino strutturale della sanità inevitabile, ma da fare insieme"

L'Intersindacale medica è stata ricevuta dal presidente della Conferenza delle Regioni, Vasco Errani, e dal coordinatore degli assessori alla Sanità, Luca Coletto. Sul tavolo anzitutto la manovra e gli effetti che avrà sulla sanità. "Abbiamo condiviso alcune preoccupazioni, in particolare sul turn over, sulla stabilizzazione dei medici e sul futuro della sanità", ha affermato Coletto. Per il coordinatore degli assessori alla Sanità, "queste sono preoccupazioni che riguardano tutte le Regioni", e per affrontare le quali è necessario aprire un confronto Governo-Regioni e sindacati medici per "tracciare una strada che - ha affermato Coletto - dovrà tenere conto di un riordino strutturale inevitabile per dare garanzie a tutti i cittadini". Soddisfatti i medici, che hanno ringraziato il presidente Errani per la convocazione e la disponibilità a lavorare insieme. "Abbiamo

concordato alcune linee di confronto. A partire da settembre valuteremo insieme gli effetti della manovra sul sistema sanitario e quindi lavoreremo per individuare soluzioni strutturali, anche al di là della manovra", ha spiegato Costantino Troise, segretario nazionale dell'Anaa Assomed. "È nel nostro interesse trovare meccanismi comuni che garantiscano la tenuta del sistema e il diritto alla salute e ai servizi a tutti i cittadini perché non si può impoverire il Servizio sanitario nazionale di risorse umane e tecnologiche". Troise ha spiegato che sulla questione del personale medico i sindacati medici hanno invitato le Regioni a prestare particolare attenzione agli organici dei dipartimenti di emergenza-urgenza. "Il Pronto soccorso infatti - ha affermato Troise - sono la prima linea del sistema sanitario senza la quale nemmeno le retrovie potranno reggere".

facciano tesoro delle esperienze migliori sul piano dell'appropriatezza prescrittiva e del rapporto costo/beneficio, così da realizzare un risparmio di spesa farmaceutica annuo non inferiore a 600 milioni di euro che resteranno comunque nelle disponibilità dei servizi sanitari regionali per far fronte ad altre spese.

Spostamento di farmaci dall'ospedale al territorio (art. 11, comma 7)

L'Aifa individuerà una lista di medicinali che verranno spostati dalla distribuzione ospedaliera a quella territoriale, per un totale di spesa di 600 milioni di euro. Gli eventuali sforamenti

segue a pag. 8

tori internazionali gli riconoscano i migliori risultati di salute a dispetto del cronico sottofinanziamento.

Gli effetti della manovra si faranno sentire presto: è in cor-

so un esodo dalle strutture sanitarie che manderà in crisi un sistema già provato dalla carenza dei medici a cui si aggraverà il blocco del turnover e delle assunzioni a tempo de-

terminato perlomeno in quelle Regioni, il cui numero è destinato ad aumentare, in deficit di bilancio e soggette a piani di rientro.

Il blocco del triennio contrat-

tuale ed il congelamento degli stipendi determinerà un progressivo impoverimento della categoria con la necessità di dover ricorrere a prestazioni aggiuntive e libero-professiono-

nali per mantenere il reddito attuale.

La protesta dei medici del Ssn, iniziata con la manifestazione del 16 giugno e culminata nello sciopero del 19 luglio, ha rappresentato un forte momento di mobilitazione, che deve continuare perché si prospettano nuove e gravose manovre economiche e nuovi attacchi al Ssn e ai nostri diritti. L'Anaa Assomed metterà in campo ogni iniziativa per difendere il lavoro e la dignità di tutti i medici a cominciare dall'avviare un confronto con le Regioni sui principali temi che interessano la categoria.

Con il Presidente della Conferenza delle Regioni ed una de-

segue a pag. 8

Trattativa su aree e comparti tra Aran e Confederazioni

Tutto rinviato: inutile un tavolo per un contratto che non c'è

Il 28 luglio all'Aran la Cosmed, con le altre confederazioni generali, ha partecipato alla prosecuzione della trattativa con la parte datoriale pubblica per la definizione del Ccnq per la "definizione dei comparti e delle aree di contrattazione". L'incontro si è aperto con una proposta consegnata in bozza, contenente la dichiarazione di intenti dell'Aran, di ridurre le otto aree dirigenziali attualmente esistenti a quattro prevedendo

inoltre, d'intesa con le Regioni, un'unica area per la dirigenza del Ssn e quella delle Regioni. Proposte già più volte espresse dall'Aran e coerenti con l'atto di indirizzo e con il dettato del dlgs 150/2009 (legge Brunetta) che prevede l'accorpamento in un'unica area delle attuali aree della dirigenza medica e veterinaria (area IV), della dirigenza sanitaria tecnica professionale e amministrativa (area III). A questo proposito la

Cosmed ha ricordato di non aver accettato le premesse legislative e di non aver sottoscritto i successivi accordi sulla riforma della contrattazione. Inoltre, non si comprende, alla luce del blocco dei contratti previsto dalla manovra economica fino a tutto il 2013, quale utilità possa avere la costituzione di un tavolo senza risorse contrattuali. Per converso, la sottoscrizione delle nuove aree costituirebbe una

prosecuzione dell'iter della legge Brunetta senza contropartita. Anche le altre confederazioni hanno convenuto sul fatto che non vi è un'esigenza immediata, alla luce della vacanza contrattuale di sottoscrivere l'accordo. L'Aran ha preso atto dell'indisponibilità delle confederazioni a proseguire la trattativa riservandosi una convocazione a settembre. (a cura della delegazione Cosmed)

➔ segue da pag. 7

MANOVRA: LE NORME SU SANITÀ E PUBBLICO IMPIEGO

del tetto di spesa territoriale non sarebbero così più a carico delle Regioni ma dovrebbero essere ripianati dalle aziende farmaceutiche con il cosiddetto sistema del pay back.

Farmaci equivalenti/1
Prezzo medio europeo per i generici
(art. 11, comma 9)

Per i generici, a partire dal 2011 i prezzi massimi di rimborso saranno stabiliti dall'Aifa sulla base di una ricognizione sui prezzi medi europei e "in misura idonea a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro annui che resteranno nelle disponibilità regionali.

Farmaci equivalenti/2
Taglio del 12,5%
(art. 11 comma 10)

Prevista una riduzione del 12,5% sul prezzo al pubblico dei generici-equivalenti fino al 31 dicembre 2010.

Ricette online
(art. 11, comma 16)

Accelerazione del processo di informatizzazione delle ri-

cette per consentire risparmi. Il testo approvato specifica inoltre che l'invio telematico delle ricette sostituirà a tutti gli effetti la prescrizione medica in formato cartaceo.

Controlli su acquisti di beni e servizi
(art. 11, comma 4)

Asl e ospedali dovranno motivare gli acquisti di beni e servizi a prezzi superiori a quelli di riferimento, sottoponendoli agli organi di controllo e revisione.

Tessera sanitaria Ts-Cns
(art. 11, comma 15)

Viene incentivata la "generazione" e distribuzione della Tessera Sanitaria Carta nazionale dei servizi (Ts-Cns). A questo scopo vengono stanziati 20 milioni di euro a partire dal 2011.

Soppresso l'Ispesl
(art. 7, comma 1)

Viene soppresso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl) e l'attribuzione delle relative funzioni vengono trasferite all'Inail.

➔ segue da pag. 7

Un chiaro disegno di smantellamento del servizio pubblico

legazione di Assessori regionali alla salute nell'incontro del 28 luglio abbiamo condiviso preoccupazioni ed analisi decidendo anche di avviare linee di confronto per individuare i meccanismi che garantiscano la tenuta del sistema e il diritto alla salute dei cittadini, perché non si può impoverire il Servizio sanitario nazionale di risorse umane e tecnologiche senza nello stesso tempo compromettere quantità e qualità delle prestazioni erogate.

Da settembre, quindi, cominceremo a valutare insieme quali sono nella pratica gli effetti della manovra e a ragionare su soluzioni strutturali, anche al di là della manovra, con particolare attenzione agli organici del pronto soccorso e dei dipartimenti di emergenza-urgenza che sono la

prima linea senza la quale nemmeno le retrovie potranno reggere.

In ogni caso toccherà al nostro sindacato compiere un grande sforzo per la difesa della contrattazione decentrata con particolare riguardo alla puntuale applicazione del contratto, alla difesa dei posti di lavoro e dei diritti che regolano le condizioni e l'orario di lavoro, alla corretta costituzione ed utilizzazione dei fondi contrattuali.

La crescita della consapevolezza della categoria e della sua forza sindacale è la condizione indispensabile per frenare una deriva che porta alla progressiva messa in liquidazione del Servizio pubblico, insieme con l'impoverimento dei dirigenti medici e sanitari in termini economici, professionali e sociali.

LA NOTA

FEDERALISMO SANITARIO: LA RICETTA RIPIANA-DEFICIT

E ora la parola magica è "COSTO STANDARD"

Dalla manovra sui costi standard si attendono risparmi consistenti, che la Corte dei Conti ha stimato in almeno 2,3 miliardi di euro. Ma su come definire e mettere in pratica questi costi standard, gli esperti si dividono e le soluzioni sono tutt'altro che scontate

➔ Cesare Fassari

La sanità sarà il vero banco di prova del federalismo fiscale di cui si aspettano a breve i decreti attuativi. La parola magica è "costo standard". In teoria sembra facile. Si stabiliscono parametri standard per le prestazioni pubbliche uguali per tutti, in base a quanto spendono le regioni più virtuose. Poi si moltiplica questo parametro per gli abitanti e si ottiene il fabbisogno di ogni regione. Le Regioni che hanno risorse fiscali autonome sufficienti copriranno le spese per proprio conto. Quelle "meno ricche" potranno contare su un fondo di perequazione statale per coprire la differenza fino a quando non saranno anch'esse autonome. Risorse uguali per tutti e chi sfonda i bilanci ne pagherà il conto, in denaro e politicamente, con la messa in mora delle amministrazioni spendaccione.

In linea di principio, quindi, la scelta di finanziare Asl e ospedali sulla base delle migliori performance sanitarie esistenti non fa una piega. Tanto più che i dati dimostrano come, anche uniformando la popolazione italiana secondo gli stessi indici di età, la medesima prestazione può arrivare a costare fino al 40% in più da una regione all'altra. Ma su come definire e mettere in pratica questi costi standard, gli esperti si dividono e le soluzioni sono tutt'altro che scontate.

La ricetta del governo, per ora, sembra quella di basarsi sulla spesa di una o più regioni giudicate più virtuose e

capaci di coniugare efficienza e qualità (si è sempre parlato in proposito di Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana), per creare dei parametri (costi) standard, ponderati per classi di età e sesso, con l'aggiunta dei "pesi" determinati dai consumi pro capite delle principali variabili della spesa sanitaria (farmaci, ricoveri ospedalieri, prestazioni specialistiche ambulatori, ecc.). Con questi parametri verrà individuata una "quota pro capite ponderata" che sarà la base per il riparto dei fondi alle regioni.

Ma sono gli stessi esperti del ministero dell'Economia a rilevare (vedi nota tecnica allegata alla Relazione sul federalismo fiscale di Tremonti del 30 giugno scorso) che, al di là della bontà del metodo, l'operazione "è fortemente condizionata dalla qualità del dato disponibile, dall'affidabilità dei sistemi informativi" e soprattutto dal fatto che sino ad oggi si è riusciti a ponderare "solo un 50/60% delle variabili". Il che si traduce nel fatto che la metà o quasi della spesa sarà difficilmente standardizzabile con il rischio, avvertono i tecnici del ministero dell'Economia, "di inglobare nella spesa anche costi di sistemi erogativi meno efficienti", che manderebbero all'aria l'attendibilità del costo standard.

E dubbi vengono sollevati anche dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) che mette in discussione l'idea stessa che sia possibile definire i costi standard e tanto meno che

essi possano essere utilizzati per stabilire l'ammontare delle risorse necessarie per far funzionare la sanità. Al contrario, secondo gli esperti dell'Agenas, prima va fissata la quota di Pil da dedicare alla salute (scelta politica) e poi si deve provvedere a dividerla nel modo più equo possibile tra le regioni. Per farlo occorre però rinnovare gli attuali criteri di riparto basati solo sul numero di abitanti "pesati" per età, introducendo anche una serie di determinanti socio-economiche (istruzione, condizioni di lavoro, abitazione, ecc.) e di stato di salute della popolazione (cronicità, disabilità, tumori, Aids, disagio mentale, ecc.), che consentirebbero di dividere le risorse disponibili in maniera più rispondente ai bisogni di assistenza.

Altrimenti il rischio è quello di finire col ripartire i finanziamenti secondo la spesa sanitaria storica, seppur riferita a situazioni "virtuose", il cui superamento è tra gli obiettivi di punta della stessa legge sul federalismo fiscale.

Una cosa comunque appare certa fin d'ora. Dalla manovra sui costi standard si attendono risparmi consistenti, che la Corte dei Conti ha stimato in almeno 2,3 miliardi di euro. Ma c'è anche chi, come il Cerm, ha fatto rilevare che, se tutte le Regioni spendessero allo stesso modo a parità di prestazioni offerte, il risparmio per il Ssn potrebbe arrivare a 11 miliardi l'anno.

Avviato l'esame del Ddl su ORDINI, SPERIMENTAZIONI CLINICHE E SICUREZZA DELLE CURE

ECCO LA LEGGE "FAZIO"

Il Consiglio dei Ministri ha avviato l'esame del Ddl presentato dal ministro Ferruccio Fazio riguardante la sperimentazione clinica, la riforma degli ordini professionali di medici, farmacisti e veterinari, i dispositivi medici e altre norme di interesse sanitario. L'approvazione è rinviata al termine dell'esame ed avverrà in uno dei prossimi Consigli. In sintesi i contenuti del provvedimento

SPERIMENTAZIONE CLINICA E INNOVAZIONE IN SANITÀ (ART.1)

È prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti legislativi per la riforma delle sperimentazioni cliniche dei medicinali ad uso umano. La delega punta al riordino dei comitati etici che dovranno essere almeno uno per ogni Regione per un totale sul territorio in proporzione agli Irccs e al numero dei residenti. Viene poi prevista l'istituzione di un credito d'imposta sugli investimenti per gli studi clinici di fase 0 e 1 e per gli studi pediatrici e sui farmaci per le malattie rare. Ma la parte più importante riguarda lo snellimento delle procedure burocratiche per la sperimentazione con l'innesto di procedure informatizzate e la semplificazione di molti passaggi. In proposito verrà anche istituito un coordinamento nazionale per le attività di sperimentazione.

DISPOSITIVI MEDICI (ART.2)

Viene fissata una nuova imposta a carico delle aziende produttrici dei dispositivi medici. Sarà pari all'1% del fatturato al netto dell'Iva e resterà in vigore fino al 31 marzo 2012. A quella data dovrebbe, infatti, scattare il nuovo sistema di acquisto basato sul prezzo di riferimento per questi prodotti previsto dalla fi-

nanziaria 2007 ma in realtà mai entrato a pieno regime. In ogni caso il sistema di calcolo dei prezzi di riferimento sarà cambiato entro il 28 febbraio 2012.

RICERCA (ART.3)

Si riserva una quota del 10% del fondo ricerca per i progetti di ricerca degli under 40. Si prevede che aziende miste pubblico-privato a prevalente capitale pubblico possano partecipare ai progetti di ricerca sanitaria di cui all'art.12 bis del Dlgs 502/92. In proposito sarà anche prevista una ridefinizione delle modalità di accesso ai finanziamenti pubblici per la ricerca sanitaria, prevedendo anche forme di cofinanziamento alla ricerca.

DIRETTORI SCIENTIFICI E PERSONALE IRCCS (ART.4)

Viene previsto che il rapporto del direttore scientifico degli Irccs possa essere anche a carattere non esclusivo. In questo caso il suo trattamento economico sarà ridotto del 30%.

NIENTE PIGNORAMENTO PER GLI ENTI DI RICERCA (ART.5)

Non si potranno più sequestrare e sottoporre a pignoramento i beni e i fondi degli enti istituzionali autorizzati a svolgere ricerca sanitaria ai sensi degli art.12 e 12 bis del Dlgs 502/92.

FACILITAZIONI AD ENTI VARI (ART.6)

È prevista l'estensione dei contributi per ristrutturazioni edilizie di locali dedicati alle attività del Ssn, previsti dalla legge 412 del 1991, anche a Aifa, Agenas e ministero della Salute.

ENTI DI RICERCA E PREVENZIONE (ART.7)

Nasce l'istituto nazionale di adroterapia oncologica nel quale confluiranno le risorse dell'attuale Centro nazionale di adroterapia oncologica. Stanziati 45 milioni di euro per le strutture di emergenza biologica dell'ospedale Spallanzani di Roma. Proroga per gli anni 2010, 2011, 2012 dei contributi alla Lega italiana per la lotta contro i tumori (Lilt) pari a 2 milioni di euro annui.

RIFORMA DEGLI ORDINI (ART.8)

Viene prevista la delega al Governo per l'emanazione di uno o più decreti delegati per la riforma degli Ordini dei medici, odontoiatri, veterinari e farmacisti. La novità più rilevante è quella dell'istituzione di un ordine autonomo per gli odontoiatri (oggi affiliati nella Fnomceo). Per il resto si ribadisce per gli Ordini la natura di enti pubblici non economici e sussidiari dello Stato, finalizzati alla tutela dei cittadini e degli interessi pub-

blici connessi all'esercizio della professione. Avranno autonomia patrimoniale, finanziaria e regolamentare e saranno sottoposti alla vigilanza del ministero della salute. Si stabilisce che gli Ordini saranno esentati dall'applicazione delle norme in materia di contenimento della spesa pubblica. Sono poi previste nuove norme per le sanzioni disciplinari. Viene tutelata la rappresentanza delle minoranze negli organi elettivi.

SICUREZZA DELLE CURE (ART.9)

In attesa di una disciplina organica del risk management, il provvedimento prevede che le strutture sanitarie adottino comunque sistemi di gestione degli eventi avversi e dei quasi eventi. Tali strutture dovranno garantire la comunicazione trasparente degli eventi avversi anche sulla base di linee guida nazionali del ministero della Salute. In caso di evento avverso si dovranno attuare tutte le misure necessarie per prevenire il ripetersi dell'evento. Al fine di rendere possibile tale attività si prevede che l'analisi dell'evento avverso sia coperta dal segreto professionale per quanto attiene la responsabilità professionale. Stabilita anche la priorità delle tematiche sicurezza nell'ambito delle attività di formazione.

TERME (ART.10)

Ferme restando le competenze regionali in materia di assistenza termale, il Governo sarà delegato ad emanare un Dpr con un testo unico in materia di attività idrotermali.

VARIE

Odontoiatri: niente specializzazione per accesso al Ssn (art. 11).

Farmacie: oltre agli infermieri anche i fisioterapisti potranno concorrere ai nuovi servizi previsti dal riordino delle farmacie, dove si potranno effettuare anche prestazio-

ni strumentali (oltre a quelle analitiche già previste) (art. 12). Viene inoltre riformato il testo unico delle sanitarie prevedendo che solo il medico non possa operare all'interno della farmacia, né con essa avere convenzioni per la partecipazione agli utili (art. 13). **Anni in convenzionamento valgono per calcolo indennità:** viene chiarito che il servizio prestato in regime convenzionale dai medici e dalle altre professioni sanitarie, vale anche ai fini dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico in relazione della retribuzione dell'indennità di esclusività e per l'indennità di posizione (art. 14). **Sanità elettronica:** vengono previste diverse norme per regolamentare l'uso del fascicolo sanitario elettronico definito come "l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito" (art. 15).

Nascono i registri di sorveglianza, mortalità, patologia e impianti protesici: il fine è quello della ricerca scientifica in ambito medico, biomedico ed epidemiologico (art. 16).

Codice unico per l'assistito: verrà reso disponibile ai fini della ricerca ma anche per la programmazione, la gestione e il controllo dell'assistenza sanitaria un codice unico identificativo dell'assistito che non consentirà però l'identificazione diretta dell'interessato (art. 18).

Esami sangue: prevista la possibilità per i servizi trasfusionali di affidare l'esecuzione degli esami di validazione biologica delle unità di sangue ed emocomponenti a laboratori pubblici autorizzati (art. 18).

Medici legali del ministero della Salute: nuove norme per i compensi delle prestazioni degli esperti (art. 19).

La parola ai **NEO SEGRETARI REGIONALI ANAAO ASSOMED**

LE NOSTRE IDEE PER LA "BUONA SANITÀ"

Il Ssn ha bisogno di noi per migliorare e vincere la sfida della qualità e dell'efficienza. I programmi e le idee dei neo eletti segretari regionali del nostro sindacato. In questo numero di Dirigenza Medica: Bolzano, Calabria, Campania, Marche

BOLZANO



Claudio Volanti:
"CREARE DIPARTIMENTI ED ELIMINARE PRIMARIATI INUTILI"

Le principali criticità

In Alto Adige da circa tre anni è stata varata la legge di riforma sanitaria che ha portato alla unificazione delle quattro Asl esistenti in un'Azienda unica (circa 490mila abitanti) ed è stato effettuato solo un riordino amministrativo. Attualmente c'è un Comitato per il riordino clinico che ha varato linee guida per la riforma clinica, per la creazione di "superprimariati", una sorta di dipartimenti che in Alto Adige

non sono mai stati attivati. Così come non è stata neanche mai recepita integralmente la normativa nazionale. Abbiamo sette ospedali con una spesa per ricoveri che è la più alta d'Italia. Soprattutto c'è molta resistenza a razionalizzare la spesa. Da gennaio 2010 è stata attivata la Libera professione intramoenia grazie alla nostra vittoria in Corte costituzionale. La Corte ha, infatti, dichiarato l'incostituzionalità della legge che vietava l'ex-

tramoenia e per conseguenza anche l'intramoenia e l'indennità di esclusività. L'extramoenia è partita già nel 2009 con una nuova legge. Abbiamo un contratto di 40 ore settimanali. E solo da poco tempo sono stati attivati il nucleo di valutazione e il collegio tecnico. Infine, nella provincia di Bolzano abbiamo un tasso altissimo di contratti d'opera: circa il 20% dei medici.

Le proposte

È necessario creare, in maniera trasparente, dipartimenti e comitati di dipartimento. Soprattutto occorre eliminare pri-

mariati palesemente inutili e aumentare strutture semplici dipartimentali e non dipartimentali.

Le urgenze

Correggere la parte normativa del Ccpl relativa alla rappresentatività sulla quale abbiamo fatto ricorso al Tribunale del lavoro: non è stata, infatti, recepita parte della legge 165/2001, per cui la percentuale minima del 5% non è stata rispettata e un sindacato locale paga circa 75 euro l'anno!



Dobbiamo poi incrementare la Libera professione intramoenia. Infine, far capire che la mano-

vra finanziaria inciderà pesantemente anche da noi: c'è la sensazione poco realistica che Roma non tocchi l'Alto Adige.

Le nostre quattro parole d'ordine

Ripristinare la legalità sulla rappresentatività. Applicare la parte normativa del Contratto collettivo provinciale (4 ore per l'aggiornamento, orario di lavoro, part time). Aumentare gli iscritti, soprattutto giovani e donne. Rendere l'attività sindacale più "attraente" e meno stressante attraverso una maggiore condivisione dei compiti tra gli eletti nel direttivo e i colleghi che lavorano nei reparti.

Le principali criticità

La principale criticità è stata e rimane, la mancanza del rispetto della legalità, delle regole amministrative e della trasparenza degli atti, in una parola: l'assenza di legalità. Pertanto, senza se e senza ma, è assolutamente necessario e indispensabile il ripristino della legalità e della trasparenza. Tale atto necessario è quello che tutti gli altri sottintende e garantisce. È la conditio sine qua non! Senza il rispetto della legge e delle regole, la legalità è vilipesa e non si può andare da nessuna parte: si affonda solo nella palude. L'Anaa Assomed, senza timore, ha denunciato quasi sempre da sola tali illegalità, diventando invisa dagli amministratori. Recenti sentenze della Corte dei Conti e del Giudice del lavoro, hanno dimostrato che avevamo ragione.



Le proposte

Deve essere ripristinata con urgenza la metodologia della programmazione, il solo intervento utile e valido, per sotterrare definitivamente, il navigare a vista e senza meta, e sottrarre agli interessi personali, localistici e lobbistici gli adeguati interventi sanitari. Senza l'assunzione a pieno titolo di tale metodologia, non si può pensare di riqualificare definitivamente la sanità nella nostra Regione.

Le urgenze

È necessario ed indispensabile saper riscoprire le persone oneste, di comprovata esperienza, non plasmabili dai condizionamenti e riconosciute eticamente valide; bisogna saper coinvolgere le tante valenze ed eccellenze professionali e sanitarie di cui è ricca la Calabria che sin oggi sono state ignorate, demotivate e sacrificate, per dare spazio agli interessi ed alla obbedienza delle tessere e dei partiti, nonché della logica della "partecipazione agli utili" di qualche società di programmazione straniera e non-self, molto lontana dalla reale conoscenza geografica, orografica, socio-sanitaria e dei bisogni di salute delle nostre popolazioni.

È urgente e non più procrastinabile razionalizzare e rendere sicura la rete ospedaliera. Gli ospedali con meno di 100 posti letto

CALABRIA



Domenico Saraceno:
"RISPETTO DELLA LEGALITÀ E TRASPARENZA DEGLI ATTI"

vanno immediatamente chiusi e riconvertiti in altre più sicure e razionali strutture sanitarie del territorio. È necessaria l'integrazione con il territorio e quindi la necessità di individuare un modello innovativo di organizzazione, in grado di soddisfare le esigenze di entrambe le realtà sanitarie (ospedale e territorio). La presenza della Facoltà di medicina nell'Università di Catanzaro, ci pone il dovere di alcune riflessioni per non trovarci poi ad asciugare le solite "lacrime di coccodrillo": strenuamente e fortissimamente voluta dall'intera popolazione calabrese e da tutte le ultime generazioni di politici senza distinzione di colori e di partiti, la facoltà v'è pensata e

programmata come un Centro propulsore di cultura scientifica di formazione professionale elevata e di assistenza sanitaria di eccellenza. Solo così diventerà volano di sviluppo scientifico e sanitario dell'intero territorio. A tale presenza devono quindi corrispondere una funzione accertata, esercitata e certificata e la certezza delle risorse che le competono. Le risorse economiche devono essere corrisposte in modo equo, su tutto il territorio regionale. Altrimenti si avrebbe, come tutt'oggi, una risposta sanitaria a macchia di leopardo.

Le nostre quattro parole d'ordine

Legalità, etica, professionalità, programmazione.

CAMPANIA

Bruno Zuccarelli:
**“IMPONIAMO LA CULTURA DEL MERITO
 E DELLA QUALITÀ”**

Le principali criticità

La parola “commissariamento” fa capire da sola come la situazione in Campania sia “critica”, quasi da coma profondo! La Regione è di fatto commissariata da diversi anni e quindi ha prevalso la cultura dell'emergenza e si è andati avanti con provvedimenti tampone che non hanno mai avuto una visione strategica e progettuale.

La cultura del merito e della qualità è stata un'eccezione, si è preferito dare risposte occupazionali, viste le condizioni disastrose della Regione come inserimento lavorativo, e perseguire la politica delle esternalizzazioni, degli appalti, convenzioni e consulenze.

Manca poi una programmazione reale da parte della Regio-

ne. In questi anni si sono susseguiti Piani sanitari, dell'emergenza e ospedalieri che sono stati solo sfoggio di eloquio, enunciazioni cartacee che non hanno mai avuto una reale realizzazione. Non si discute se le idee erano buone, si discute sul fatto che la concretizzazione è stata in questi trent'anni quasi pari allo zero.

In questi anni poi non si è mai concretizzata una reale politica del territorio. Il territorio non decongestiona realmente l'Ospedale, le conseguenze sono ricoveri impropri e giorni di degenza media allungati perché il paziente non trova alternative.

Le proposte

Una politica scevra da lacci e interessi che persegua l'obiettivo di difendere il Servizio sa-

nitario pubblico. Il Servizio sanitario nazionale è un bene inestimabile ed è la premessa fondamentale per ritrovare la fiducia del cittadino che attualmente paga tasse altissime a fronte di un servizio molto disomogeneo e legato alle persone, agli episodi e non al “sistema organizzato”. Le forze sociali devono essere pronte ad affiancare le scelte di una politica corretta e onesta con l'obiettivo di essere interlocutori senza pregiudizi per rilanciare la Sanità Campana.

Le urgenze

Innanzitutto è indispensabile poter scegliere e quindi decidere per evitare che si muoia di consumazione, con la possibilità di una strategia di fondo. È necessario un cronoprogramma del Piano ospedaliero e del Piano sanitario dove si persegua la deospedalizzazione con un'effettiva offerta del territorio (ad esempio: realizzazione delle Rsa, Hospice, riabilitazione, assistenza domiciliare). Serve poi una convenzione Università-Regione con una valorizzazione delle professionalità e il concreto inserimento dei Policlinici nella rete di assistenza sanitaria e in quella dell'emergenza.

za. Ancora, serve la ridefinizione del ruolo degli accreditati, verificando i reali bisogni e conseguente razionalizzazione. È necessario l'abbattimento dei costi su appalti, convenzioni e consulenze verificando le vere necessità. Infine, la difesa della professione con reale valorizzazione della risorsa umana, così come è indispensabile l'ingresso dei giovani nel Ssr.

Le nostre quattro parole d'ordine
 Sanità come servizio e non come profitto. Decidere per realizzare. Etica della professione. Dignità della persona (medico e paziente).



MARCHE

Osvaldo Scarpino:
“RIDURRE IL NUMERO DEI PRESIDI PER MIGLIORARE L'EFFICIENZA”

Le principali criticità

Le politiche sanitarie regionali stanno procedendo sul solco della continuità: le recenti elezioni regionali hanno infatti riconfermato sia l'assessore alla sanità, sia il direttore del dipartimento salute, al quale è stata data maggiore autorevolezza. Registriamo invece una discontinuità nelle politiche che riguardano la Asur. Non tanto per quanto concerne il cambio della guardia ai vertici dell'azienda, ma proprio per la linea strategica intrapresa: si prevede un rafforzamento delle aree vaste quindi una rivoluzione nella sua legislazione. In

sostanza uno degli obiettivi che si propone il sistema è quello di riscrivere la legge 13 di riorganizzazione del sistema sanitario regionale. Questo comporterà nel tempo una diversa autonomia tra le zone territoriali. Perde forza anche l'Agenzia dei servizi sanitari che viene accorpata al Servizio salute. Abbiamo poi un Piano sanitario regionale scaduto nel 2009, è un Piano innovativo che dovrà essenzialmente essere aggiornato.

Le proposte

Il sistema di divisione tra zone territoriali e Asur non ha mai funzionato. La migliore solu-

zione è quella di dare assoluta indipendenza alle aree vaste riducendo il ruolo dell'Asur. Riteniamo quindi sia indispensabile il rafforzamento del ruolo dell'area vasta così come siamo convinti che bisognerebbe rafforzare i presidi attraverso una ricostruzione strutturale e una riduzione del loro numero. Puntiamo a ospedali sempre più nuovi e dotati di tecnologie di ultima generazione, e alla riconversione dei piccoli ospedali in strutture dedicate alla long term care e alla riabilitazione estensiva. E, in qualche caso, potrebbe essere un modello vincente quello del Coun-

try Hospital affidato ai Medici di medicina generale quindi anche con letti dedicati a patologie acute, ma di piccolo rilievo.

Le urgenze

Le Marche sono apparentemente dotate di un numero eccessivo di personale, ma in realtà sono forze spalmate su più di 40 strutture ospedaliere. Nei prossimi an-

ni bisognerà perciò ridurre il numero dei presidi per acuti, distribuendo il personale in maniera più razionale.

Le nostre quattro parole d'ordine

Equilibrio tra Direzione generale e sindacato; le relazioni sindacali, infatti, non sono soddisfacenti in tutte le realtà aziendali. Attenzione alla continuità assistenziale e alla relazione territorio ospedale. Attenzione alla formazione e alla professionalità del medico, il sapere gestionale del medico è importante, ma si sta trascurando la valenza professionale.



Inchiesta sulla sanità abruzzese A 15 MESI DAL TERREMOTO

L'AQUILA: LUCI E OMBRE DELLA RICOSTRUZIONE

“Nonostante si sia fatto molto, al San Salvatore la normalità è sicuramente ancora lontana”. A 450 giorni dal sisma è questo il commento del segretario aziendale dell'Anao Assomed, Alessandro Grimaldi, che ci ha guidati nel nostro viaggio all'interno dell'ospedale aquilano. “Stiamo riconquistando lentamente i nostri spazi – ha detto – ma il personale è stanco e demotivato, anche perché di energie ne sono state spese tantissime. Abbiamo lavorato duramente per poter lavorare”. Il programma di ricostruzione del San Salvatore è stato, infatti, solo parzialmente rispettato e la sanità a L'Aquila è di fatto ancora in emergenza anche se l'assistenza resta garantita in tutte le sue attività pur con molte difficoltà

↳ a cura di Luciano Fassari e Ester Maragò

Sono passati 15 mesi dalla notte del 6 aprile 2009 che ha cancellato il cuore de L'Aquila dalla mappa dell'Abruzzo. A 450 giorni dal sisma abbiamo cercato di capire come stiano effettivamente le cose sul fronte dell'assistenza sanitaria. L'ospedale San Salvatore, ricorderete, fu infatti uno dei simboli negativi

della tragedia. Inaugurato nel 2000, ma senza aver mai ricevuto il certificato di agibilità, ha una storia molto lunga (ha aperto i battenti ben 28 anni dopo la posa della prima pietra) e ad ogni anno passato è cresciuta esponenzialmente la spesa per la sua costruzione (da 11 a 200 miliardi di finanziamenti erogati dalla Cassa del Mezzogiorno). Ma in que-

sto caso non si trattò solo di soldi spesi in più e mancanza di carte bollate: l'aspetto più inquietante è che il cemento con cui è stato realizzato era “disarmato”. Una falla che il terremoto ha messo a nudo, facendo letteralmente crollare gran parte della struttura. La nostra inchiesta non può quindi che partire da qui. Come da crono-programma,

messo nero su bianco e presentato alla stampa dall'assessore alla Sanità Lanfranco Venturoni e dal Direttore generale Giancarlo Silveri il 16 novembre del 2009, il San Salvatore avrebbe dovuto recuperare la sua operatività con piena funzionalità delle camere operatorie già agli inizi di febbraio 2010. Mentre dal 20 dicembre 2009 il numero di posti letto

sarebbe dovuto tornare ad essere quello ante terremoto. Rispetto a questi obiettivi la situazione attuale mostra invece una riapertura parziale dei letti (315 contro i 460 ante terremoto). Sempre da crono-programma, la farmacia e l'anatomia patologica avrebbero dovuto riaprire i battenti il 28 febbraio ma sono ancora nei container. La dialisi, che avrebbe dovuto essere trasferita in un nuovo reparto, alla stessa data, continua a curare i dializzati nei prefabbricati. Medesima sorte per il centro trasfusionale.

Ma soprattutto, non sono iniziati i lavori di recupero dell'ala del San Salvatore, conosciuta agli addetti ai lavori come “Delta 8”, dove era prevista già dal 30 marzo 2010 la riapertura del dipartimento chirurgico.

Un vuoto importante che sta creando gravi disagi all'attività: l'ortopedia non si sa ancora dove andrà a finire e “vaga” nell'ospedale. I reparti di otorino e maxillo facciale sono ancora ospitati nella struttura prefabbricata del G8, mentre le chirurgie generali e l'oculistica si barcamenano in spazi angusti. È vero che, come promesso, sono state aperte 11 camere operatorie, di cui 9 di ultima generazione, ma la mattina non sempre sono attive dal momento che scarseggia il personale, mentre il pomeriggio funzionano solamente due volte alla settimana per tre unità operative: urologia, neurochirurgia, chirurgia generale ospedaliera per patologie oncologiche. Un'attività a regime ridotto che ha provocato un aumento delle liste d'attesa. Le patologie oncologiche aspettano 40 giorni, mentre le altre possono arrivare fino a 8 mesi di attesa.

Non solo, l'ospedale deve fare i conti anche con una non ottimale distribuzione del personale che si sta riverberando negativamente sulla organizzazione dell'assistenza. Medici a tempo determinato che svolgono un ruolo importante in alcuni reparti dell'ospedale, come ad esempio l'oncologia, potrebbero non ve-

Intervista al Dg della Asl 1, **GIANCARLO SILVERI**

“Procediamo spediti”

Direttore Silveri da quello che abbiamo potuto vedere l'emergenza non è finita?

Questo non è esatto. Eravamo in emergenza, ma in questi ultimi mesi abbiamo fatto molto. Da ottobre a oggi abbiamo attivato circa 315 posti letto e da aprile sono funzionanti 9 sale operatorie in un reparto interamente ristrutturato. Lo stesso è avvenuto per il Ps, la rianimazione, il laboratorio analisi e il pronto soccorso pediatrico: sono tutti collocati in reparti totalmente recuperati. In questi giorni entreranno in funzione altri 25 posti letto per la pediatria e le malattie

infettive. Abbiamo riaperto il reparto penitenziario. Entro settembre avremo a disposizione ulteriori 30 posti letto ed anche spazi definitivi per i poliambulatori. E sempre entro lo stesso mese troveranno una collocazione in pianta stabile la nefrologia, la dialisi e l'Utic. Anche il Cup sarà spostato in una zona più accessibile e le postazioni saranno portate da sette a dieci. Rimane ancora aperto il problema del dipartimento chirurgico. Contiamo di risolverlo entro dicembre o al massimo entro gli inizi del 2011. Insomma, il nostro

programma è stato interamente rispettato. Mantengo la mia parola: ricordo anche che il 31 marzo, come promesso, abbiamo chiuso il contratto stipulato con una clinica privata per tamponare l'emergenza.

In molti temono però che l'aver dirottato i 47 milioni di euro ricavati dalla riscossione della polizza assicurativa stipulata nei confronti del San Salvatore nelle casse della Asl penalizzerà l'ospedale. Qual è la sua risposta?

Chiariamo subito un concetto: abbiamo agito nel pieno rispetto dei principi



Giancarlo Silveri

contabili.

E poi, per la ricostruzione dell'ospedale possiamo contare sui fondi ex articolo 20 che sono già stati deliberati. Se non avessimo agito così la Asl avrebbe avuto una perdita di 50 milioni di euro anziché di soli 5 milioni di euro nel 2009.

Una perdita che avrebbe costretto

segue a pag. 14



Ospedale S. Salvatore, i danni del terremoto

dere rinnovato il proprio contratto; la banca degli occhi stenta ad andare avanti per carenza di personale.

In questo quadro ha quindi lasciato perplessi sindacati e operatori la scelta della regione di dirottare nel fondo indistinto della Asl de L'Aquila, i 47 milioni di euro incassati dal San Salvatore, come indennizzo previsto dalla polizza assicurativa stipulata sull'ospedale aquilano prima del sisma. Un atto dovuto che si sposa perfettamente con le regole di bilancio, risponde il nuovo Direttore generale, Giancarlo Silveri, nominato subito dopo il 6 aprile, il quale fa affidamento per la ristrutturazione del San Salvatore su 35 milioni di euro del fondo nazionale per l'edilizia sanitaria. Soldi sui quali l'Abruzzo ha una priorità, ha confermato l'assessore regionale alla Sanità Lanfranco Venturoni.

La soluzione non ha convinto i più, che gridano all'ennesima spoliatura ai danni de L'Aquila temendo un rallentamento nell'ultimazione dei lavori per il recupero dell'ospedale. "È inaccettabile che queste risorse, alla luce dello stato di precarietà in cui versa il San Salvatore finiscano nel calderone del bilancio regionale per colmare i buchi della sanità" hanno tuonato i sindacati di categoria. "È fuor di dubbio che ci troviamo di fronte alla pianificazione dell'eutanasia del capoluogo della regione Abruzzo – ha spiegato Alessandro Grimaldi, segretario aziendale dell'Anaa Assomed – e con essa anche del sistema sanitario

cittadino. In questo scenario si inseriscono anche il rallentamento dei lavori di ristrutturazione e le incertezze sui fondi da destinare alla ricostruzione dell'ospedale. Senza contare il piano di tagli selvaggi, non concertati con le forze sindacali, che a breve si abatterà su tutto il Sistema sanitario abruzzese come conseguenza di un dissesto finanziario figlio di una cattiva gestione politica e dei ripetuti scandali che hanno colpito la nostra Regione degli ultimi 20 anni".

MEDICI "FAI DA TE"

"Stiamo riconquistando lentamente i nostri spazi - incal-

za Grimaldi - ma il personale è stanco e demotivato, anche perché di energie ne sono state spese tantissime. Abbiamo lavorato duramente per poter lavorare, e ora regna la disillusione. Nonostante si sia fatto molto, la normalità è sicuramente ancora lontana".

Ma, come sempre, nelle tragedie si scoprono anche oasi di efficienza da far invidia ad ospedali d'eccellenza. E dietro c'è sempre un volto, un nome e cognome di qualcuno che non ha mai mollato. E' il caso della nefrologia e dialisi guidata da Stefano Stuard. Grazie alla sua caparbia è riuscito a offrire un tetto ai

suoi 78 pazienti dializzati, frutto anche di donazioni private. Al posto delle tende dove era stata collocata la dialisi subito dopo il sisma, ora ci sono due container perfettamente attrezzati, macchinari di ultima generazione e persino televisori dotati di decoder per poter vedere Sky, medici e infermieri hanno maglie personalizzate con il logo della dialisi per sentirsi "squadra". Nell'emergenza è riuscito a non far rimpiangere il vecchio reparto in cemento "disarmato". E da febbraio stringe i denti nell'attesa di ottenere una collocazione definitiva, come promesso pubblicamente dal Direttore generale.

E poi c'è anche lo psichiatra Renato Cerbo, responsabile del Centro di riferimento del Centro-Sud per bambini autistici. "Subito dopo il terremoto – ha raccontato – le famiglie non sapevano a chi rivolgersi: il servizio non esisteva più. Il mio cellulare è diventato una linea pubblica, unico appiglio a cui attaccarsi per risolvere problemi di pazienti particolarmente fragili. Il nostro è stato un fai da te totale, da un lato giustificato ma per alcuni aspetti ec-

cessivo soprattutto per quei colleghi che avevano subito gravi perdite personali". Comunque a Cerbo è andata meglio del collega nefrologo: da qualche settimana è potuto rientrare nel suo reparto.

Ma per molti la ripresa è ancora lontana. "La nostra grande preoccupazione – ha detto la radiologa Maria Gabriella Casilio – è che il San Salvatore perda le sue eccellenze, temiamo che molti professionisti non potendo esercitare al meglio e in sicurezza la propria professionalità preferiscano migrare in altre strutture. L'Aquila non può perdere il suo patrimonio: dobbiamo ripartire proprio dalle eccellenze, le uniche che possano servire da traino per il rilancio dell'ospedale".

L'ASSISTENZA TERRITORIALE

Ma a soffrire la carenza di strutture "fisse" sono anche i medici di famiglia e gli specialisti ambulatoriali aquilani. La popolazione de L'Aquila può contare su 92 medici di famiglia (a questi, dal 1° gennaio 2010, con l'unificazione alle Asl di Avezzano e Sulmo-

Intervista a **LANFRANCO VENTURONI**, assessore alla sanità dell'Abruzzo

"Il recupero del San salvatore è stato un successo"

Intervistato all'indomani del terremoto, l'allora sottosegretario Fazio aveva dichiarato che

"paradossalmente ci si trova davanti a un'opportunità: quella di ripartire da zero per ridisegnare il sistema sanitario regionale".

Assessore Venturoni, a più di un anno dal sisma si sente di condividere quell'affermazione?

Sicuramente sì, soprattutto se riusciamo a utilizzare in maniera prioritaria i fondi ex art. 20 sull'edilizia sanitaria, come previsto dalla legge sul terremoto. Questo ci consentirebbe di costruire ex novo 5 ospedali rendendo più

efficiente e con minori costi il servizio sanitario regionale. Abbiamo realtà territoriali vetuste - come quelle di Vasto, Lanciano Sulmona Avezzano e Giulianova - con costi di gestione elevati e a scarsa umanizzazione.

Ristrutturarle soprattutto dopo i danni del terremoto, comporterebbe un impegno economico elevatissimo.

Secondo il cronoprogramma per la ricostruzione presentato a novembre 2009 l'ospedale de L'Aquila avrebbe dovuto tornare ad essere operativo con piena funzionalità delle sale operatorie già agli inizi

di febbraio 2010. Queste sono state aperte, ma non lavorano a pieno regime, mentre il dipartimento chirurgico partirà, forse, non prima della fine dell'anno. Alla luce di questo avete fissato nuove date di fine lavoro?

Su L'Aquila siamo intervenuti con estrema rapidità: a un mese dal sisma erano già disponibili per i cittadini 100 posti letto che sono stati ampliati subito dopo grazie a quelli dell'ospedale mobile del G8 e di una clinica privata. Agire in tempi strettissimi è stato un successo. Abbiamo riaperto le camere operatorie, un

fiorire all'occhiello dell'ospedale, tra le più belle d'Europa come ha costatato lo stesso ministro Fazio. Ora siamo entrati nella fase più importante di recupero totale della struttura che richiederà un grande sforzo

segue a pag. 14 ↘



Lanfranco Venturoni

segue da pag. 12

“Procediamo spediti”

Regione e Stato a ripianare il deficit.

Mi scusi, ma alla fine ha salvato i conti della Asl sacrificando l'ospedale?

Mi sono attenuto a quanto previsto dai principi contabili e nel contempo ho avuto la possibilità di ottenere le somme necessarie per la ristrutturazione del San Salvatore seguendo il canale giusto, ossia quello sull'edilizia sanitaria. Fondi già assegnati, per cui non dovrebbero esserci ritardi sul recupero dell'ospedale. Certo dobbiamo seguire tutte le procedure richieste dalla legge. Per i 35 milioni di euro è stata prevista la procedura normale, ossia

l'approvazione preventiva della Regione, mentre 12 milioni e mezzo di euro già spesi, ci sono stati assicurati in deroga e verranno rimborsati.

Ma questo comporterà necessariamente dei ritardi Credo che convenga a tutti far rispettare le regole. E poi ritengo di poter andare avanti speditamente come ho fatto fin ora.

Parliamo del personale sanitario, c'è emergenza anche su questo fronte

Sicuramente ci scontriamo con una serie di problematiche determinate sia dal piano di rientro che ci obbliga al rispetto di tetti di spesa, sia dal fatto che dal 1° gennaio è stata

creata una Asl unica. Abbiamo ultimato una verifica attenta per capire qual è il quadro generale e stiamo perciò lavorando sul nuovo atto aziendale per definire la pianta organica. In questi giorni comunque tamponeremo le falle prendendo personale precario sia infermieristico, sia ausiliario.

Passiamo da un altro argomento, l'assistenza sul territorio. Attualmente gli specialisti ambulatoriali visitano i propri pazienti in casette di legno e container, ma presto li sposterete a Paganica. Non crede che questa sia una soluzione particolarmente disagiata soprattutto per i pazienti anziani?

Paganica e Collemaggio sono a pochi chilometri di distanza,

quindi i disagi sono relativi. Sempre entro settembre reperiremo dei locali in locazione per avere spazi idonei ad ospitare gli uffici amministrativi e gli ambulatori. Questa potrebbe essere una soluzione valida per i prossimi due anni in attesa di trovare una struttura all'interno dell'ospedale.

Certo il personale è demotivato

Sicuramente esiste uno scoramento generale causato sia dallo stress subito, sia dal fatto che la nostra città ancora non è stata ricostruita. Ritengo però che in questi casi potrebbe essere più saggio non confondere quello che sarebbe bello avere, da quello che è realmente possibile attuare. (E.M.)

na se ne sono aggiunti 172 per un totale di 264 Mmg). Le maggiori difficoltà si vivono nel capoluogo, dove la popolazione è ancora sparsa tra i nuovi insediamenti, gli alberghi sulla costa e le case in affitto. Se nei piccoli centri la situazione è più vicina alla normalità, in città le cose sono però più difficili, con molti ambulatori ancora ospitati nei container. Elemento positivo si sono rivelate le forme associative della medicina generale, che a L'Aquila erano già piuttosto sviluppate. A distanza di oltre un anno, anche i medici specialisti lavorano ancora in una situazione precaria: dopo il terremoto gli ambulatori sono stati sistemati nell'area parcheggio del campo Acquasanta, in container e in casette di legno. Sicuramente una situazione disagiata sia per i pazienti che per gli addetti ai lavori, ma occorre ricordare che nella fase di emergenza, questa sistemazione, grazie anche a numerose donazioni e al gran darsi da fare degli operatori, ha consentito

in ogni caso la prosecuzione delle attività. Ora è passato più di un anno e il campo dell'Acquasanta dovrà tornare a ospitare le partite di rugby della storica squadra locale. E gli ambulatori dove andranno? "La Asl - spiega il segretario Sumai-Assoprof della provincia di L'Aquila, Giuliana Troiani - ci ha comunicato che entro luglio saremo spostati a Paganica, che dista all'incirca 5 km dalla città". Il punto, pe-

rò, è che nel nuovo sito, vicino a uno dei nuovi quartieri costruiti dopo il 6 aprile, gli ambulatoriali saranno costretti ad esercitare la professione sempre all'interno di prefabbricati a causa di una mancanza di strutture disponibili.

LE FARMACIE DEL CENTRO RESTANO NEI CONTAINER

E in container sono destinate a restare ancora a lungo le sette

farmacie del centro storico, distrette o rese inagibili dal sisma. Il loro destino è agganciato a quello della città e al momento nessuno si sbilancia in previsioni. "I farmacisti stanno nella situazione dei primi giorni di emergenza - spiega Giuseppe Maria Battibocca, titolare di una farmacia andata distrutta - Federfarma e Fofi ci hanno dato un aiuto, è stata emanata un'ordinanza per andare in deroga alla pianta organica (5 me-

si dopo il sisma), ma l'emergenza non è finita, anzi, direi che ci stiamo proprio nel bel mezzo". "I disagi sono anche avvertiti dai cittadini per cui è cresciuta la vendita di antidepressivi", spiega il farmacista. Secondo il bollettino della Società italiana di farmacia ospedaliera, le prescrizioni di farmaci antidepressivi da parte dell'azienda sanitaria aquilana, infatti, sono aumentate del 37% e del 129% quelle di antipsicotici, a sei mesi dal sisma che ha colpito L'Aquila il 6 aprile 2009. "Purtroppo le farmacie che erano al centro della città - spiega il presidente degli Ordini dei farmacisti de L'Aquila, Angela Pellacchy - resteranno nei container fino a quando il centro storico non sarà ricostruito. Siamo riusciti a far approvare la temporanea ricollocazione delle farmacie ma i disagi non sono finiti, basti pensare che prima del sisma i turni venivano decisi una volta l'anno, oggi a più di un anno vengono fatti una volta al mese". Il problema, però, sono sempre i container. "Certo, si potrebbero trovare dei luoghi in muratura ma c'è una enorme difficoltà nell'individuareli soprattutto per l'aumento dei prezzi degli affitti che si è registrato dopo il terremoto. Noi non ci lamentiamo - spiega la Pellacchy - abbiamo ricevuto molti aiuti per cui dobbiamo ringraziare molte persone, il fatto è che dopo più di un anno chiediamo una maggiore collaborazione da parte delle autorità".

segue da pag. 13

“Il recupero del San salvatore è stato un successo”

finanziario. E per questo faremo affidamento sui fondi per l'edilizia sanitaria, 35 milioni di euro. Ma dovendo utilizzare per L'Aquila le risorse già stanziare nell'accordo di programma ex art.20 inevitabilmente penalizzerete gli altri interventi e progetti previsti da quell'accordo? Mi spiego. Gli interventi previsti interessavano la reingegnerizzazione dei grandi ospedali abruzzesi e la ristrutturazione di strutture periferiche più piccole. Abbiamo invece concordato con il ministero della Salute che un'operazione di maquillage non avrebbe portato alcun beneficio a strutture che dovrebbero in realtà essere totalmente ricostruite in quanto non sono

a norma anti sismica. Abbiamo quindi preferito destinare interamente i fondi a L'Aquila anziché utilizzarli per interventi che sarebbero stati solo parziali. Come concordato sempre con il Ministero, una volta terminato il recupero de L'aquila e ridisegnata la rete ospedaliera, in linea con quanto previsto dal Patto della Salute, passeremo alla fase successiva di costruzione delle nuove strutture. Questo sarà possibile grazie al finanziamento dell'ex art. 20 sui quali l'Abruzzo ha una priorità, parliamo di 200 milioni di euro.

Non era più facile e soprattutto immediato servirsi dei 47 milioni di euro provenienti dal risarcimento dell'assicurazione nei confronti del San Salvatore

che sono stati inglobati nel bilancio generale della Asl?

I soldi dell'assicurazione sono stati lasciati alla Asl di L'Aquila a salvaguardia della città e della ripresa delle attività gestionali della Asl stessa. Senza di questo anche l'ospedale sarebbe stato penalizzato.

La ristrutturazione della rete ospedaliera porterà dei cambiamenti per il San Salvatore, magari una riduzione dei posti letto?

Absolutamente no. I posti letto nella Regione saranno allineati alle indicazioni del Patto della Salute (Ndr: 2.9 p.l. per gli acuti ogni mille abitanti, 0.2 per lungo degenza e 0.4 per la riabilitazione), Prevediamo di riconvertire i piccoli ospedali in strutture territoriali è lì che taglieremo i posti letto, quindi

quelli del San Salvatore non saranno toccati.

Al di là dell'ospedale c'è un tessuto sanitario sfaldato - pensiamo alle farmacie, alla medicina di famiglia, alla specialistica territoriale - quale futuro dobbiamo immaginare per una piena ripresa dell'assistenza territoriale e con quali tempi?

Il nostro obiettivo è costruire una struttura adiacente al San Salvatore interamente dedicata all'attività territoriale e all'amministrazione. Per quanto riguarda le farmacie, che ricordo erano collocate essenzialmente nel centro storico, sono legate a doppio filo alla ricostruzione della città storica.

Alla luce dell'emergenza terremoto i ticket sanitari sono stati sospesi ora saranno reintrodotti?

È ora che si ritorni alla normalità, quindi dal 1° agosto saranno reintrodotti. (E.M.)

Il contributo **DELL'ANAAO ASSOMED CAMPANIA** al risanamento della Regione

ETICA DELLA RESPONSABILITÀ E PRIVILEGI

I dirigenti dell'Anaa stanno sostenendo, con difficoltà scelte dolorose ed anche innovative convinti che l'obiettivo di risanare la sanità campana sia un interesse di tutti, operatori ed amministratori, tuttavia denunciano che a questo senso di responsabilità non si accompagna chiarezza nelle scelte, o perlomeno non vi è notizia sull'azione amministrativa nei confronti di quei con i d'ombra e quelle aree di privilegio che anche hanno contribuito insieme alla disamministrazione degli ospedali al deficit economico della Sanità Campana. Perché si parte dal piano di razionalizzazione, perché si pongono al primo punto i tagli al personale se gli ospedali rappresentano il 51% della spesa sanitaria in Campania ed il territorio il 49%? È vero che l'indicazione nazionale prevede una spesa al 45%, ma è altrettanto vero che in Campania questo 51% di spesa eroga circa il 90% delle prestazioni a causa della riduzione a funzione meramente amministrativa delle strutture territoriali. Davvero si pensa che il solo accorpamento, riconvertire, chiudere presidi, diminuire la qualità e la quantità dei beni e servizi e

conseguentemente dei Lea, risolva i problemi, o vi è forse un disegno – tutto di stile lombardo – che punta a sgretolare la sanità pubblica lentamente per consegnarne le spoglie ad una medicina privatistica di cui individuiamo una sagoma ma non ancora i contorni?

Ma vediamo quali sono i nodi da sciogliere e le azioni da intraprendere.

AREE DI PRIVILEGI

a) Policlinici.

Certezza di trasferimento della Facoltà di Medicina da Piazza Miraglia all'Ospedale di Caserta (l'Ospedale S. Sebastiano di Caserta è in condizione di accogliere 100 posti letto).

Nelle more, se necessario, de-localizzazione da Piazza Miraglia in strutture da individuare in maniera ampiamente concordata. In ogni caso scelte chiare oppure c'è una verità inconfessabile per cui qualcuno vuole la quarta Facoltà di Medicina nella città di Napoli in aggiunta alla Sun, alla Federico II ed all'Università di Salerno?

Riduzione significativa dell'elevato numero di primariati (in laboratorio 18!).

Inserimento del Policlinico

↳ **Franco Verde** - Coordinatore provinciale Napoli Anaa Assomed
Bruno Zuccarelli - Segretario regionale Anaa Assomed

nelle rete delle Emergenze accogliendo le barelle. Chiarezza sulla spesa: è vero che il Policlinico produce per 120 ml di euro ed è titolare ad incassarne 230 ml?

b) Specialistica ambulatoriale.

Ripartire gli specialisti nel

territorio contenendo la spesa e la tipologia delle prestazioni bandendo concorsi pubblici per i posti che risultassero necessari al funzionamento del sistema ed attualmente occupati dagli specialisti ambulatoriali: attualmente in ospedale gomito a gomito lavorano specialisti ambulatoriali e medici dipendenti svolgendo uguale lavoro ma con remunerazione differente.

c) Convenzionati esterni (case di cura laboratori, radiologia ecc.).

Non ci risulta che alcun passo sia stato fatto – al di là dei tetti di spesa - per favorire anche nel campo del privato accorpamenti, riconversioni e chiusure. Difendiamo l'iniziativa privata ma essa non può disperdersi in mille rivoli costosi e poco controllati ricordando che in Lombardia esistono 200 laboratori di analisi ed in Campania 700.

AREE DI PRIVILEGIO O DI SOTTOUTILIZZO

Esistono sul territorio regionale e particolarmente in Asl Napoli 1 squilibri nelle

dotazioni del personale: non sono più accettabili e si chiede al Commissario scelte chiare e drastiche se necessario. Queste discrasie vanno assolutamente colmate non ci sembra che il vertice dell'Asl Napoli 1 brilli per decisionismo, e chiediamo al Commissario ed al Sub Commissario il perché di queste sperequazioni. Concludiamo ricordando che la fase attuale necessita di chiarezza e senso di responsabilità. L'Anaa Assomed ribadisce di essere pronta ad accettare la linea dei sacrifici ma i sacrifici devono riguardare tutti e non sono accettabili privilegi verso quelle aree che abbiamo indicato in particolare per il mondo dei Policlinici ed esprimiamo preoccupazioni che la folta presenza di accademici nella Giunta Caldoro possa essere un momento frenante laddove chiediamo al Prof. Calabrò di attestarsi sui principi da noi richiesti antepoendo, come certamente egli farà, la mission di uomo pubblico a quella di accademico.



L'ospedale Cardarelli di Napoli

LE SPESE PER L'AVVOCATO? NO PROBLEM! SE SEI ISCRITTO PAGA ANAAO!

Dal 1 luglio 2010 per tutti gli iscritti all'Associazione disponibili nuovi importanti servizi, assolutamente gratuiti: la POLIZZA DI TUTELA LEGALE e il PRONTO SOCCORSO MEDICO LEGALE e ASSICURATIVO. E a breve anche la TUTELA PER "COLPA GRAVE" con condizioni particolarmente vantaggiose

1 | POLIZZA DI TUTELA LEGALE

Assicura tutti gli iscritti nell'esercizio della loro attività professionale, compresa quella libero-professionale intramoenia, anche in forma allargata.

Il servizio garantisce:

- la difesa nei procedimenti penali, civili e per gli illeciti amministrativi;
- la difesa in procedimenti disciplinari e nelle controversie contrattuali nascenti dal rapporto di lavoro dipendente (a partire dal 4° mese dall'iscrizione);
- la resistenza avverso richieste di risarcimento danni;

- la difesa, in qualità di conducente, nei procedimenti penali originati da violazione di legge collegati alla circolazione stradale;

- retroattività di 24 mesi per la difesa penale;

- garanzia postuma di 12 mesi. La polizza copre gli onorari e le spese sostenute per un Legale liberamente scelto dall'Associato senza limite territoriale; le spese giudiziarie; gli onorari dei consulenti tecnici di parte; le spese di traduzione; le spese di viaggio.

Il massimale per ciascun Associato è di 25.000 mila euro per ogni sinistro senza limite annuo. Il tetto può essere elevato fino a 100.mila euro per sinistro.

La polizza è gratuita per i medici dipendenti iscritti alla associazione e i medici pensionati che mantengono l'iscrizione.

2 | PRONTO SOCCORSO

2.1 MEDICO-LEGALE

Il servizio nasce con lo scopo di rilevare e rispondere rapidamente alle richieste di consulenza medico-legale-assicurativa, anche non urgenti, rispetto agli adempimenti necessari per un'adeguata tutela e di supportare i dirigenti medici in caso di contenzioso.

L'Associato può richiedere l'attivazione gratuita di questo servizio attraverso il numero verde 800-689955 a cui risponde in prima battuta il personale Anaa Assomed adeguatamente formato. Alle richieste ricevute viene attribuito un codice.

CODICE ROSSO

Richiesta di consulenza in caso di contenzioso penale (ricevimento di un avviso di garanzia). Tempo di risposta: immediata

CODICE GIALLO

Richiesta di consulenza in caso di contenzioso civile (richiesta di risarcimento danni, giudiziale o extragiudiziale). Tempo di risposta:

entro le 8 ore successive alla richiesta

CODICE VERDE

Problematiche di natura medico-legale nell'attività professionale quotidiana (es. consenso informato ai trattamenti sanitari, redazione della cartella clinica, Tso, ecc.); Tempo di risposta:

entro le 24 ore successive alla richiesta

CODICE BIANCO

Richiesta di supporto per la stesura della relazione richiesta dalla Direzione Sanitaria per reclamo/segnalazione da parte dei cittadini. Tempo di risposta:

entro le 48 ore successive alla richiesta.

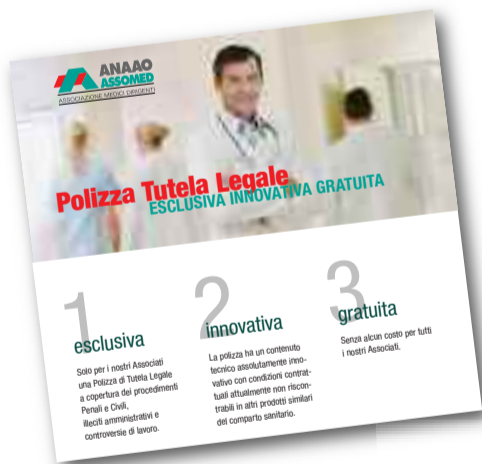


2.2 ASSICURATIVO

È a disposizione degli iscritti un servizio GRATUITO di consulenza in merito alla propria posizione assicurativa e/o alle polizze in essere e/o alle polizze aziendali.

3 | TUTELA PER "COLPA GRAVE"

L'Anaa Assomed metterà a breve a disposizione dei propri iscritti anche una polizza di responsabilità civile per "colpa grave" a premi e condizioni particolarmente vantaggiosi rispetto a quanto richiesto dalle Aziende Sanitarie.



PER INFORMAZIONI SULL'UTILIZZO E LA GESTIONE DEI NUOVI SERVIZI RIVOLGERSI ALLE SEDI DI:

Milano

telefono 026694767
e-mail: segr.naz.milano@anaao.it

Roma

telefono 064245741
e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

Napoli

telefono 0817649624
e-mail: segr.naz.napoli@anaao.it

DIRIGENZA **MEDICA**
Il mensile
dell'Anaa 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@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI SANITARI

Editore



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

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di luglio 2010