

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

SPED. IN. A.P. ART. 2 COMMA 20/b - 45% - L. 662/96 DIV. CORR. D. C. I. ANCONA

Editoriale

LA PAZIENZA DEI MEDICI È FINITA

di Serafino Zucchelli

La pazienza dei medici dipendenti del Ssn si sta esaurendo. Stiamo sopportando ormai da dieci anni le pesanti conseguenze di un maldestro processo di aziendalizzazione.

Attendiamo da più di un anno che venga onorata la firma dell'accordo che riconosce il differenziale inflativo relativo all'anno 2001.

Attendiamo da più di 18 mesi il rinnovo del contratto, i cui contenuti economici vanno svanendo (il mancato rispetto dell'accordo del febbraio 2002 firmato da Fini e Frattini) e per il quale il Comitato di settore ha redatto un atto di indirizzo all'Aran che è gentile definire ostile e provocatorio.

Esaminiamo in maggiore dettaglio alcuni degli elementi che compongono questo quadro.

La aziendalizzazione introdotta con la "legge De Lorenzo" - il dlgs 502/517 del 1992/1993 - non è stata da noi avvertita in via di principio perché era inevitabile assumere la compatibilità economica come un dato di cui tenere conto per evitare l'implosione del sistema sanitario, che sarebbe stata possibile se i ritmi di crescita della spesa si fossero mantenuti ai livelli (anche del 20%/anno) del decennio precedente. Ed inoltre il sistema sanitario nazionale è il luogo in cui si esercita la nostra esperienza professionale più completa, sia dal punto di vista tecnico che etico.

Cercammo di strappare alle forze parlamentari di allora un ruolo chiave per il medico nella nuova organizzazione: nacque la dirigenza medica articolata su due livelli. L'attenzione quasi esclusiva delle nuove aziende al contenimento dei costi, l'eccessivo potere conferito al direttore generale nei confronti della componente tecnica, l'assenza di contenuti attribuita alla dirigenza medica, rivelatasi un puro involucro, peggiorarono fortemente in quegli anni l'autonomia e la libertà del lavoro dei medici, ridotti al ruolo di prestatori d'opera, seppure qualificata, ma sempre più estranei alla vera conduzione delle aziende.

L'inadeguatezza, e talora l'ignoranza dei nuovi dirigenti, spesso accompagnata da un desiderio di rivincita categoriale, non fecero altro che gettare sale sulle ferite dell'orgoglio medico.

Un ulteriore tentativo di riorientare le aziende ai loro veri obiettivi di tutela della salute e di dare evidenza e sostanza al ruolo dei dirigenti medici, fu da noi fatto nel 1999 in occasione della redazione del dlgs 229 ed allora analizzammo, dibattenmo e diffondemmo i principi del governo clinico delle aziende alla cui realizzazione dovevano contribuire l'istituzione dei dipartimenti gestionali, luogo di realizzazione dell'autogoverno della categoria, il collegio di direzione, pensato come strumento in parte riequilibratore del potere del direttore generale, ed il livello unico della dirigenza, presupposto necessario per la conquista di una vera autonomia professionale.

L'indifferenza della maggior parte delle regioni, gli ostacoli messi in campo dai poteri aziendali, l'impreparazione, la timidezza, la scarsa convinzione di molti di noi, hanno congiurato per impedire o rendere solo formale l'applicazione di questi strumenti quasi certamente, del resto, scarsi ed inadeguati.

A questo punto però si impone la lettura di una realtà che, come quasi sempre accade nel nostro Paese, ha ridotto a formule vuote e concetti usurati i tentativi di cambiamento anche importanti.

In questi ultimi due anni, però, la vicenda si è complicata. E' cambiato il quadro riferimento politico generale. Il Sistema sanitario nazionale unico, solidale, universale non è più salda certezza.

Non si illudano però le Regioni e le aziende sanitarie tutte che i medici della nostra Associazione subiscano il ricatto di accettare le aziende così come sono e i ruoli aziendali per loro inadeguati, mortificanti la libertà e l'autonomia professionale e dannosi per l'interesse vero delle aziende, nel timore di compromettere la sopravvivenza del sistema sanitario nazionale.

Il rispetto della verità ci impone di denunciare con forza la insostenibilità di situazioni che vedono il medico schiacciato tra il potere aziendale, vissuto come lontano, ostile ed intimidente (si veda articolo di Mario Pirani su La Repubblica del 23 giugno 2003 dal titolo "Medici obbligati a subire e tacere"), e le esigenze dei cittadini di cui deve essere interprete e garante.

Un medico che vede crescere sempre più vincoli e limiti imposti dall'esterno alla libertà del suo agire è un medico privato del cardine della sua professione: l'autonomia.

Sarà frustrato, demotivato ed alla lunga anche poco utile alla organizzazione sanitaria.

Noi crediamo con forza che difendere la sopravvivenza del Ssn voglia anche e soprattutto dire difendere con forza il ruolo ed il lavoro dei medici negli ospedali e nei distretti.

Se le terapie per risolvere questi problemi, contenute nella legge 229, sono inapplicabili ed ancora attuali, applichiamole! Se insufficienti, come crediamo, inventiamone di nuove! L'obiettivo primo deve essere il ridimensionamento, il riequilibrio dei poteri del Direttore

segue a pag. 16

ODG DEL CONSIGLIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED - 4 LUGLIO 2003

Il programma per difendere il presente e il futuro della categoria

La relazione introduttiva del Segretario nazionale, esprime forte preoccupazione per il perdurare di condizioni di grave rischio per la sopravvivenza del Ssn con particolare riguardo a:

- sottofinanziamento del Ssn (5,8 del PIL) che, come recentemente affermato dalla Corte dei Conti, non è in grado di garantire il soddisfacimento dei Livelli essenziali di assistenza come previsto dalla Costituzione con oneri che ricadono sui cittadini che saranno costretti a ricorrere ad assicurazioni private.

- continuo riemergere all'interno di alcune forze di maggioranza di interpretazioni estreme della devoluzione la cui prevalenza porterebbe alla dissoluzione del Ssn determinando non solo una crescente diversificazione tra i modelli organizzativi della sanità regionale, in parte fisiologica e già ampiamente operante, ma alla negazione del diritto di uguaglianza dei cittadini nella tutela della salute, alla sostanziale scomparsa dal Contratto Nazionale di lavoro.

In questo contesto si aggiungono come elementi di ulteriore instabilità del sistema e rilevante pericolo per i medici

ospedalieri:

- la sostanziale esclusione dei sindacati medici dal tavolo di confronto con Regioni e Governo sulle modifiche legislative dello stato giuridico che, avviato come tavolo a tre, ha visto da subito l'eliminazione delle rappresentanze professionali, per proseguire un confronto per ora inconcludente ma potenzialmente foriero di gravi riduzioni dei diritti dell'intera categoria;

- l'emanazione dell'atto di indirizzo per il rinnovo del Ccnl. Tale documento, oggetto di attenta valutazione da parte della Segreteria Nazionale e del Consiglio Nazionale, rappresenta, per i contenuti economici e normativi indicati, una grave provocazione e un'inaccettabile presupposto per l'avvio della contrattazione. Difatti, se dal lato economico viene negato ai medici ospedalieri quanto garantito a tutto il pubblico impiego in virtù dell'impegno assunto nel febbraio 2002 dal Vicepresidente del Consiglio Fini, sul versante normativo numerose e completamente inaccettabili, dall'orario di lavoro alla manomissione dell'inden-

segue a pag. 4

DEFINITO L'ATTO DI INDIRIZZO

Il testo integrale della direttiva per il rinnovo del contratto messa a punto dal Comitato di settore. Per l'Anaao "su questa strada non si va da nessuna parte"

PAGINE 2-3

SOSTEGNO E RILANCIO DEL SSN

All'interno "Salute e Solidarietà" un inserto a cura del Comitato nazionale di sostegno e rilancio del Ssn sul federalismo e la spesa sanitaria

PAGINE 7-10

FEDERALISMO FISCALE

"Il sud a rischio di una bancarotta sanitaria". È quanto sostiene uno studio dello Svimez sugli effetti delle norme per il federalismo fiscale che andranno a regime nel 2013

PAGINA 11-12

CONTRATTO 2002/2005: L'ATTO DI INDIRIZZO PER L'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICA

Via libera del Comitato di settore alla direttiva

Di seguito pubblichiamo la direttiva per il rinnovo del contratto 2002/2005 messa a punto dal Comitato di settore per la sanità ed inviata al Governo per la successiva approvazione del Consiglio dei Ministri. La direttiva riguarda la parte normativa 2002/2005 e la parte economica 2002/2003 della dirigenza medica e veterinaria

LINEE GENERALI

Il comitato di Settore assume la seguente direttiva per attivare le procedure di rinnovo contrattuale per l'Area della Dirigenza medica e Veterinaria relativamente al quadriennio 2002/05 e biennio economico 2002/2003, ai sensi dell'articolo 47 dlgs 165/01 e successive modifiche.

Il Comitato di Settore indica i seguenti indirizzi generali:

- a. il presente atto di indirizzo viene assunto in linea con la direttiva intersettoriale, recependone i principi generali e gli obiettivi prioritari della tornata contrattuale in essa individuati, armonizzandola con quanto di seguito precisato per adeguarla alle esigenze del Settore.
- b. Il sistema di contrattazione collettiva, ispirandosi ai

principi e al processo di privatizzazione e contrattualizzazione del rapporto di lavoro di cui al dlgs 165/01 e successive modifiche, è articolato su due livelli:

1. nazionale
2. aziendale

Tuttavia, mentre il contratto nazionale deve essere alleggerito nella sua architettura, rinviando alle Regioni la definizione di alcuni istituti, il livello aziendale, nel rispetto dei principi di decentramento e di federalismo che hanno trovato pienamente conferma nelle disposizioni di cui alla legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che ha modificato il titolo V della Costituzione, deve essere preceduto dall'azione di indirizzo e coordinamento della Regione che comunque va prevista nello stesso Ccnl.

TITOLO 1 ISTITUTI ECONOMICI

1. Contenuti

Il Comitato di Settore individua i seguenti incrementi contrattuali:

a) *Definizione e disponibilità delle risorse (con riferimento a monte salari 2001)*

a1) = 1,7%+0,26%+0,5%: disponibilità per il 2002

a2) = 1,4%+0,26%+0,5% disponibilità per il 2003

Per un totale complessivo di 4,62%.

E' facoltà della Regione, in presenza di avanzi di amministrazione e pareggio di bilancio delle Aziende ovvero della realizzazione annuale di programmi, correlati ad incrementi quanti/qualitativi di attività del personale,

LA POSIZIONE ANAAO ASSOMED

Con questo atto di indirizzo non si va da nessuna parte

Inadeguato sul piano economico e normativo, tanto da sembrare una provocazione per la categoria. In più si prefigurano pesanti attacchi ai diritti acquisiti ed elementi peggiorativi rispetto alla normativa vigente. È questo il giudizio formulato dal Consiglio Nazionale, riunitosi a Roma il 3 e 4 luglio scorsi, sull'atto di indirizzo per il rinnovo contrattuale della dirigenza medica del Ssn che in otto punti bocchia la direttiva emanata dal Comitato di Settore

La direttiva emanata dal Comitato di Settore per l'avvio della contrattazione della dirigenza medica del Ssn si configura come un documento che rasenta la provocazione nei confronti di una categoria professionale, i medici dipendenti del Ssn, che da un decennio e due contratti ha attuato i più forti cambiamenti in senso di privatizzazione del rapporto di lavoro e variabilità del salario rispetto a tutto il pubblico impiego.

Le indicazioni poste configurano pesanti attacchi a diritti acquisiti e elementi peggiorativi rispetto al quadro legislativo e contrattuale vigente:

1. non è riconosciuto l'incremento dello 0,99% garantito a tutto il pubblico impiego dall'accordo con il Vicepresidente del Consiglio dei Ministri del febbraio 2002;
2. è messa a repentaglio l'indennità di esclusività così come definita dalla legge 229/99 e dal vigente contratto, formulando la surreale proposta di mantenere fissi gli obblighi normativi per i quali è corrisposta e alienando parte della retribuzione conseguente;
3. il fondo di posizione, definito per la prima volta dal contratto 94-97 per valorizzare la responsabilità dei dirigenti all'interno dell'organizzazione aziendale, viene sottoposto ad un meccanismo di progressiva riduzione creando le condizioni per retribuire i nuovi assunti meno dei medici che terminano il lavoro;
4. gli incrementi contrattuali destinati al recupero dell'inflazione programmata non vengono, come sarebbe naturale e giusto fine, destinati a tutti i medici in modo garantito e stabile ma utilizzati solo per incrementi di produttività variabili e da ri-

contrattare annualmente;

5. viene abolita la commissione regionale di garanzia per il recesso che ha rappresentato in questi anni l'unica sede in cui far valere, seppur da posizioni di esigua minoranza, le ragioni dei medici ingiustamente licenziati;

6. viene reintrodotta l'orario minimo di lavoro, già abrogato con la legge 229, e non piuttosto un reale e trasparente orario di lavoro destinato a compiti e obiettivi chiari e proporzionati. Con questa proposta si rende ancor più stridente e iniqua la condizione già operante da anni di forzatura dei quantitativi orari senza definire prioritariamente un chiaro rapporto di questi con gli obiettivi di produzione;

7. si giunge infine, dopo aver reso obbligatorio per legge un sistema di aggiornamento a punti che non ha eguali al mondo, all'incredibile e paradossale proposta di abolire il diritto, da sempre vigente, a 4 ore settimanali di lavoro da dedicare allo studio e all'aggiornamento. Per di più non viene indicata nessuna specifica risorsa da dedicare a questo fondamentale parte della professione medica

8. unico e marginale aspetto positivo il rafforzamento di un livello di coordinamento regionale della contrattazione aziendale, senza però attribuirgli specifiche risorse e definiti ambiti di intervento.

Il Consiglio Nazionale dell'Anaa Assomed riunito a Roma il 3 e 4 luglio 2003 ha valutato all'unanimità l'atto di indirizzo emanato come completamente inadeguato sul piano economico e normativo ad avviare su basi serie e concrete la trattativa per il rinnovo del contratto della dirigenza medica scaduto il 31/12/2001.

finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio, confermare anche per il biennio 2002-2003 le risorse aggiuntive per la contrattazione integrativa nella misura massima dell'1% previsto nell'articolo 10, comma 2, del II biennio economico Area della Dirigenza medica e Veterinaria, così come applicato nelle singole Regioni. Nel caso di utilizzo delle suddette risorse i relativi importi sono destinati alla sola produttività.

Per quanto riguarda gli oneri derivanti dall'applicazione al personale universitario in convenzione del presente atto di indirizzo si rinvia ad un successivo atto in attesa dei relativi finanziamenti da definire con il Governo, nonché dell'esatta quantificazione degli stessi.

b) Finalizzazioni delle risorse

b1) il Ccnl garantirà l'incremento del trattamento fondamentale stabilito secondo la dinamica inflativa.

b2) le restanti risorse sono destinate per finanziare la contrattazione integrativa finalizzandole in particolare all'istituto della retribuzione di risultato, sulla base delle indicazioni regionali.

c) Contabilizzazione delle risorse

Nella quantificazione dei costi contrattuali e nella loro finalizzazione, come indicato nei punti precedenti, l'impegno di ciascuna Regione (e conseguentemente il costo complessivo nazionale del contratto) non può superare il 4,62%; in questa logica è superato il sistema della perequazione interregionale.

d) Verifiche per l'erogazione dell'indennità di esclusività

Il finanziamento dell'indennità di esclusività richiede due distinti livelli di considerazioni:

1. Per gli aspetti giuridici, tenuto conto del quadro normativo vigente ed in relazione al parere espresso in materia dall'Aran in data 12 novembre 2002, il Comitato di Settore conferma l'istituto contrattuale come definito nel precedente Ccnl;

2. per gli aspetti economici il Comitato di Settore si riserva – anche a fronte della differenza aggiuntiva di circa 500 milioni di euro rispetto alle previsioni Aran sui costi dell'istituto nel 2001 – una verifica sulle risorse risparmiate nella contrattazione integrativa aziendale e sulla consistenza economica del finanziamento, così come peraltro previsto dall'articolo 11 del Ccnl biennio 2000/2001. Di conseguenza la copertura finanziaria dell'istituto contrattuale va considerata oggetto in verifica con il Governo nazionale ai sensi dell'accordo 8.8.2001 e dovrà trovare adeguato riscontro in obiettivi qualitativi aggiuntivi da assegnare alla dirigenza.

TITOLO II ISTITUTI GIURIDICI

Contenuti

Il Comitato di Settore assume due elementi di riferimento oltre a quanto già espresso nelle linee generali;

a) il consolidamento dei contenuti acquisiti nella contrattazione 1998/2001;

b) la sistematizzazione del contratto 1998/2001 attraverso l'introduzione di eventuali modifiche intervenute nel quadro normativo. I seguenti indirizzi generali si vengono, quindi, a collocare all'interno degli elementi sopra espressi:

1. Assetto del modello di contrattazione

Si ritiene opportuno:

a) rafforzare il coordinamento regionale ex articolo 7 Ccnl, 1998/2001, prevedendo in tale ambito un giusto equilibrio tra l'azione regionale e la sfera di autonomia propria delle aziende sanitarie;

b) prevedere il rinvio esplicito al tavolo regionale di alcune materie oggetto di contrattazione, con fissazione dei principi generali, per il quali il Comitato si riserva un successivo atto di indirizzo per le materie che non hanno già avuto una disciplina di principio nel presente atto.

2. **Sistema di valutazione** che trova disciplina negli articoli 31 e seguenti del Ccnl 1998/2001, individua due appositi organismi preposti alla valutazione della dirigenza: il Collegio tecnico (introdotto dal dlgs 229/99) e il Nucleo di Valutazione, quest'ultimo oggi superato da

quanto introdotto dal dlgs 286/00 (controlli interni). Al fine di esemplificare e di semplificare la procedura di valutazione, il Comitato di Settore indica di inserire nel contratto 2002/2005 un articolato che dia una disciplina uniforme e compiuta a tale istituto alla luce dei cambiamenti legislativi in atto, definendo:

- la correlazione tra valutazione delle prestazioni e retribuzione di risultato, subordinando l'erogazione di quest'ultima a momenti di verifica intermedia e a consuntivo;
- gli organismi preposti alla verifica con indicazioni più specifiche alle aziende in merito all'attivazione del sistema del controllo interno;
- le procedure di valutazione più semplificate ribadendo la coerenza tra la valutazione di risultato e la valutazione professionale;
- gli ambiti e i soggetti coinvolti nella prima e nella seconda istanza di valutazione.

Indicati i principi, per gli ulteriori aspetti deve essere stabilito un rinvio alla competenza regionale, in considerazione dello stretto rapporto con le linee applicative in materie di organizzazione previste dall'art. 3 del D.L.vo 229/99.

Infine, allo scopo di dare piena applicazione al sistema di valutazione, il Comitato di Settore ritiene necessario individuare un termine entro il quale le aziende devono soddisfare l'andata a regime del sistema di valutazione.

3. **Contratto individuale di lavoro dei dirigenti:** nel riconfermare quanto previsto dall'art. 13 del Ccnl 1998/2001, va introdotta la possibilità di inserimento di clausole di risoluzione del contratto concordate tra le parti e le cui tipologie possono essere individuate dal tavolo regionale. Tra l'altro, deve essere prevista una tutela a favore delle Aziende che hanno assicurato significativi investimenti, anche formativi, nei confronti del dirigente che chieda unilateralmente di cessare dal rapporto di lavoro per qualunque motivo prima che sia trascorso un congruo periodo di lavoro di permanenza nella Azienda stessa.

Preso atto che il triennio per le verifiche è scaduto il 1/8/02, e al fine di dare piena applicazione all'istituto del conferimento degli incarichi (art. 28), il Comitato di Settore propone di individuare un termine entro il quale le aziende ed i dirigenti devono soddisfare l'obbligo di sottoscrizione dei contratti individuali, prevedendo sanzioni in caso di inadempienza.

4. **Fondi contrattuali:** rimane confermata in sede di contrattazione nazionale la disciplina dei tre fondi contrattuali (risultato, accessorio e posizione) unitamente alla definizione delle modalità della loro costituzione, tenuto conto di quanto previsto nei punti 6 e 7.

In particolare è necessario:

- superare eventuali automatismi di rivalutazione dei fondi derivanti da aumenti di personale, lasciando alla sfera della autonomia aziendale e del coordinamento regionale la valutazione della correlazione tra le necessità dell'azienda, l'istituto della produttività e la rivalutazione delle risorse;
- rafforzare il meccanismo di riduzione dei fondi conseguente alle riduzioni di organico determinate da processi di riorganizzazione, fatta salva la facoltà già prevista dall'attuale meccanismo contrattuale di redistribuire in ambito aziendale i fondi a seguito di riduzione stabile di personale in relazione e nel rispetto dei risparmi aziendali stabiliti in sede di definizione di bilancio.

Individuati in principi generali, il Ccnl rinverrà la disciplina a indicazioni regionali nell'ambito delle quali potranno essere formulati criteri di distribuzione delle risorse tra aziende coinvolte nei processi di riorganizzazione.

5. Orario di lavoro e ferie: vanno confermati e rinforzati i seguenti principi:

- l'orario di lavoro è uno strumento flessibile finalizzato al raggiungimento degli obiettivi aziendali, con un impegno minimo di riferimento;
- nell'ambito dell'orario di lavoro, le Aziende garantiscono la partecipazione ai piani di formazione per i professionisti al fine di corrispondere agli obblighi dell'Educazione Continua in Medicina. Pertanto è superata la specifica destinazione alla formazione delle 4 ore settimanali previste dai precedenti Ccnl;

- la fruizione delle ferie costituisce un diritto-dovere del dirigente. Le ferie, tenuto conto della programmazione del lavoro ed in relazione alle esigenze di servizio, devono essere fruito utilizzando nell'arco dell'anno tutti i periodi possibili con l'obiettivo di essere esaurite entro l'anno solare di maturazione.

In materia, definiti i principi generali, il Ccnl rinverrà la disciplina di dettaglio a indicazioni regionali.

6. **Prestazione e orari aggiuntivi:** va previsto nel contratto nazionale un rinvio esplicito alle Regioni per la disciplina della correlazione tra fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro straordinario e fondo per la retribuzione sviluppando un apposito sistema di controllo, monitoraggio e governo degli orari – prestazioni aggiuntive. In proposito devono essere individuati nel Ccnl i principi generali al fine di far rientrare tali orari – prestazioni nell'ambito del risultato, tenendo conto anche della possibile acquisizione delle stesse.

7. **Condizioni di lavoro:** vanno individuati strumenti di valorizzazione delle aree di maggior disagio tra cui, a titolo esemplificativo, l'attività di elisoccorso e il servizio di guardia unitamente alle relative modalità di finanziamento, tenuto conto della possibile correlazione tra il fondo per la retribuzione di risultato e il fondo per il trattamento accessorio legato alle condizioni di lavoro, di cui al punto 6. Stabilito il principio generale, tale materia è oggetto di contrattazione integrativa, previo indirizzo regionale.

8. **Crediti formativi** (articolo 16 ter dlgs 229/99): è demandata alla contrattazione nazionale l'esplicitazione delle linee guida in merito alle modalità di finanziamento. Al fine di dare piena applicazione alle disposizioni di cui al dlgs 229/99 e di non gravare sul bilancio delle singole aziende, il Comitato di Settore, propone di prevedere tra le fonti di finanziamento anche quelle derivante dalle sponsorizzazioni ex legge.

9. **Comitato dei Garanti:** l'articolo 23 del Ccnl 1998/2001, in conformità delle disposizioni di cui all'articolo 22 dlgs 165/01, individuando nel Comitato dei Garanti l'organismo preposto ed esprimere parere preventivo sulle ipotesi di recesso proposte dalle aziende nei confronti dei dirigenti, stabilisce una procedura che male si concilia con l'autonomia regolamentare delle aziende introducendo un meccanismo burocratico e farraginoso che poco si preoccupa delle garanzie nei confronti dei dirigenti. In tal senso il Comitato di Settore propone di superare l'organismo del Comitato dei Garanti, preso atto che le norme del dlgs 165/01, articolo 22, si riferiscono principalmente alla dirigenza statale.

10. **Esclusività:** a seguito delle verifiche richiamate al punto d) del Titolo I, verrà operato un riesame dell'assetto contrattuale provvedendo sia dal punto di vista giuridico sia da quello economico e di finanziamento.

11. **Autorizzazione attività non rientrante nella libera professione intramoenia:** in analogia con il personale del comparto ed ai sensi dell'articolo 53 del dlgs 165/01, nonché in applicazione a quanto previsto alla lettera a) "Linee generali" del presente atto di indirizzo, si propone di armonizzare il dettato contrattuale con l'articolo 53 sopra richiamato.

TITOLO III PARTE CONCLUSIVA

- Devono essere rafforzati i rapporti tra l'Aran e il Comitato di Settore in sede di confronto nazionale, confermando le sfere di competenza previste dal dlgs 165/01 che assegna lo status di soggetto contraente all'Aran. Inoltre l'Aran, terminata ogni attività relativa alla fase della negoziazione e definizione del contratto di lavoro, ivi compresa l'interpretazione autentica delle clausole contrattuali ai sensi dell'articolo 49 del dlgs 165/01, esplicherà l'attività di assistenza prevista dall'articolo 46 del medesimo decreto legislativo su richiesta delle Regioni – Comitato di Settore.
- Si ritiene necessario coordinare i testi contrattuali e le discipline degli istituti attualmente vigenti, migliorando l'omogeneità e semplificando la terminologia.

LE PROPOSTE ANAAO ASSOMED PER LA PROSSIMA FINANZIARIA

Più risorse per la finanziaria: ecco come

L'Anaa Assomed, in un documento inviato al Governo, al Parlamento e alle Regioni, in relazione al Documento di Programmazione Economico-Finanziaria per gli anni 2004-2007, le azioni nel settore sanitario siano rivolte alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- confermare l'impegno del Governo a **tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività**, assicurando il rispetto dei principi di garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria così come definiti nel d.p.c.m. 29/11/2001 e successive modificazioni in ragione del mutare dei bisogni di salute attraverso risorse opportunamente rideterminate a carico della fiscalità generale;
- **valorizzare il ruolo del settore sanitario quale fattore che concorre al sostegno dell'occupazione** diffusa e qualificata, allo sviluppo della ricerca biotecnologica e alle relative applicazioni nella pratica clinico assistenziale;
- riconoscere la presenza di fattori esogeni di crescita della spesa sanitaria che impongono, pena il progressivo deterioramento del servizio, **un aumento delle risorse pubbliche destinate alla sanità**; a tal fine, fatto salvo l'impegno delle regioni a non rinviare gli ulteriori interventi di miglioramento dell'efficienza, è necessario prevedere un adeguamento delle disponibilità finanziarie del Ssn, prioritariamente destinato all'innovazione nei percorsi di diagnosi e cura e alla sperimentazione di forme innovative di assistenza da conseguirsi attraverso:

1. la **costituzione di un Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti**, da destinare alla copertura dei costi per le prestazioni sociosanitarie, sviluppando modelli assistenziali che promuovano e valorizzino la forte integrazione tra interventi sanitari di primo e secondo livello e tra queste e i servizi sociali. Tale Fondo viene alimentato, oltre che dalle risorse a tal fine attualmente già utilizzate, da quota parte di risorse fresche provenienti dal gettito fiscale pari allo 0,5% del Pil nel 2004 e progressivamente incrementato fino a raggiungere entro il 2006 l'1% del Pil;
2. il **coerente proseguimento del processo di aziendalizzazione**, quale strumento più idoneo a conseguire, in particolare in quegli ambiti dove è ancora possibile, un recupero in termini di efficienza in modo da poter erogare il massimo possibile di servizi efficaci promuovendo in tal modo lo sviluppo di un'azienda sanitaria volta a finalizzare gli obiettivi di carattere economico agli obiettivi di carattere sociale. Va dunque prevista la predisposizione e la pubblicizzazione di documenti in grado di evidenziare il raggiungimento di risultati non solo economici ma anche di miglioramento delle condizioni di lavoro e di sicurezza delle strutture, di rispetto dell'ambiente, di sviluppo della coesione sociale e della solidarietà, di soddisfacimenti dei bisogni di salute attraverso risposte dei servizi efficaci ed appropriate (liste di attesa). A tale scopo va finalizzato un incre-

mento della spesa sanitaria pubblica per il 2004 pari allo 0,5% del Pil;

3. iniziative che scoraggiano la pratica della "medicina difensiva" (causa di maggiori spese per il servizio sanitario oltre che di bassa efficacia ed appropriatezza) limitando i rischi che gravano sugli operatori sanitari per eventuali danni causati nell'esercizio della loro attività professionale. È dunque necessario procedere **alla definizione di una copertura assicurativa "responsabilità civile sanità"** contro i danni da malpractice e da inappropriatazza, obbligatoria per tutte le strutture e i professionisti che operano nel e per conto del Ssn, a compartecipazione degli stessi professionisti definite nei contratti e convenzioni, sottoscritta in base a uno schema unico a livello nazionale con premi articolati in maniera tale da incentivare la buona pratica clinica e la responsabilizzazione dei professionisti. Parallelamente dovranno essere programmate politiche virtuose di contenimento degli errori in medicina, attraverso progetti positivi di rilevazione e correzione delle condizioni, soggettive ed organizzative, che li determinano, realizzando le migliori condizioni possibili per la sicurezza dei cittadini-pazienti e dei professionisti. A tali interventi vanno correlati coerenti rideterminazioni legislative per trasferire, quando possibile, il contenzioso dall'ambito penale a quello civile attraverso forme di arbitrato. A tale scopo è da prevedersi un incremento finalizzato della

spesa sanitaria pubblica per il 2004 pari allo 0,15% del Pil;

4. **riconoscimento e qualificazione dell'apporto assistenziale delle figure professionali** impegnate in corsi di specializzazione post laurea (circa 40.000 giovani), attraverso un progressivo accesso, nel rispetto della normativa europea, a contratti di formazione lavoro, relativamente agli anni in cui tali figure sono prevalentemente impegnate in attività assistenziali (ultimo triennio) e sgravi fiscali ed agevolazioni previdenziali per i titolari delle borse di studio comunque da rivalutare nella consistenza economica (primo biennio). A tale scopo è da prevedersi un incremento finalizzato della spesa sanitaria pubblica per il 2004 pari allo 0,1% del Pil;
5. investimenti in **formazione e riqualificazione del personale**, attraverso progetti ECM con gli obiettivi prioritari di promuovere l'umanizzazione delle cure, la qualità percepita dei servizi anche attraverso reti informatizzate di prenotazione e risposte, la comunicazione tra professionisti e cittadini, l'educazione alla salute compresa la responsabilizzazione sull'ottimale utilizzo dei servizi, programmi di prevenzione primaria e secondaria, lo sviluppo della telemedicina quale strumento di equità di accesso alla migliori competenze al minor costo. A tale scopo è da prevedersi un incremento finalizzato della spesa sanitaria pubblica per il 2004 pari al 0,25% del Pil.

segue dalla prima pagina

nità di esclusività, dall'aggiornamento alle verifiche professionali, sono le proposte formulate;

- l'evidente incapacità del Ministro della Salute, al di là dei reiterati e inconcludenti proclami, di correggere le storture e le esasperazioni, che l'Anaa Assomed da sempre denuncia, di una organizzazione aziendalista della sanità che, ben lungi dal risolvere i problemi dell'efficienza per i quali era stata definita un decennio orsono, ha ampiamente dimostrato di non garantire né migliori condizioni di lavoro ai medici né servizi più qualificati ed accessibili ai cittadini. Ulteriori criticità riguardano il presente ed il futuro della categoria:
- l'estendersi dell'utilizzo di contratti libero professionali, atipici ed individuali, per il personale medico delle aziende che crea da un lato vaste aree di precariato sottopagato, ricattabile e di bassa qualità, e dall'altro crea condizioni di difficoltà organizzativa negli ospedali e grave pregiudizio, attraverso un sistema di competizione

cottimistica al ribasso, alla dirigenza medica;

- l'emergere ormai prepotente di un problema previdenziale sia nelle sue conseguenze economiche, che rischiano di condannare ad un misero futuro intere generazioni di medici dipendenti che entrati tardivamente nel mondo del lavoro ne usciranno con trattamenti pensionistici risibili, sia nelle ricadute organizzative ed umane che costringono a prolungare indefinitamente condizioni e carichi di lavoro non più sostenibili.

Dopo un articolato ed approfondito esame dei temi sopra indicati e attraverso il contributo di numerosi interventi, il Consiglio Nazionale dell'Anaa Assomed, approvata all'unanimità la relazione del Segretario Nazionale, gli dà mandato:

- di proseguire nell'azione volta a modificare all'interno dell'organizzazione aziendale condizioni di lavoro che costringono i medici a sottostare a visioni esclusivamente economicistiche dell'organizzazione sanitaria e a costringere l'esercizio delle competenze professionali in percorsi burocratici che nulla hanno a che vedere

con la miglior tutela della salute dei cittadini;

- di adottare tutte le iniziative utili alla difesa dei diritti della categoria ed in particolare di rigettare la stesura attuale dell'atto di indirizzo che si ritiene inadeguato ad avviare la trattativa per il rinnovo del Ccnl;
- di continuare l'azione di rivendicazione di quanto previsto dalle code contrattuali e non ancora riconosciuto dopo 18 mesi dalla scadenza del Ccnl;
- di proseguire nel lavoro di elaborazione di proposte utili a dare adeguata garanzia al futuro previdenziale dei medici ospedalieri attraverso la collaborazione con istituzioni pubbliche e private;
- di identificare le modalità più idonee alla difesa dei diritti dei medici titolari di contratti atipici attraverso l'identificazione di adeguate forme di rappresentanza e di tutela contrattuale;
- di dare forte e continuo sostegno alle rivendicazioni dei medici del Ministero della Salute impegnati in un difficile confronto per il riconoscimento di elementari e da anni negati diritti professionali e contrattuali.

LA CORTE DEI CONTI STILA LA RELAZIONE ANNUALE SULLA SPESA REGIONALE

Sanità: per la Corte i conti non tornano mai

Nel 2002 le regioni hanno accumulato complessivamente un disavanzo di 3.835 milioni di euro. Ma non tutti i settori di spesa crescono allo stesso modo: rispetto all'anno precedente le spese per il personale hanno avuto un incremento del 2,6% mentre per beni e servizi si è speso l'8,1% in più. A rischio il rispetto dell'accordo sui Lea

di **Mariano Rampini**

Ancora una volta, i conti non tornano e "permane l'interrogativo sulla possibilità delle Regioni di assicurare ai Lea il complesso delle prestazioni individuate come essenziali con l'accordo del novembre 2002". Si può sintetizzare così il giudizio espresso dalla Corte dei Conti nella sua "Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni" nella quale si punta il dito sull'ennesimo disavanzo registrato dal Servizio sanitario nazionale nel 2002. Poco o nulla, infatti, sembrano aver giovato l'introduzione del federalismo fiscale e le indicazioni del Patto di stabilità sottoscritto tra Stato e Regioni nell'agosto del 2001.

Gli oltre 75 mila milioni di euro (75.182 per la precisione) derivanti dalla somma di imposte di vario tipo (Irap, addizionale Irpef, Iva, Accise), ricavi ed entrate proprie delle singole Regioni, trasferimenti pubblici e privati e integrazioni statali, non sono stati sufficienti a coprire i 79.017 milioni spesi lo scorso anno per assicurare le prestazioni sanitarie ai cittadini. E toccherà proprio alle Regioni – la relazione del procuratore generale della stessa Corte dei Conti, Vincenzo Apicella, lo sottolinea – ripianare con le loro forze il disavanzo di 3.835 milioni di euro.

Stando all'analisi dei magistrati contabili, l'aumento percentuale più consistente tra i vari settori del Ssn l'ha registrato la medicina generale convenzionata con un + 8,1% rispetto al 2001. Seguono l'assistenza convenzionata e accreditata (assistenza integrativa, riabilitazione, protesica, cure termali, assistenza agli anziani e ai disabili, comunità terapeutiche, trasporti sanitari) con +7,9% e la specialistica convenzionata e accreditata che si è assestata a quota + 6,2%.

Ovviamente non tutte le Regioni (e Province autonome) hanno speso nella stessa maniera: la meno "virtuosa" di tutte – sul fronte della spesa – è la Provincia di Bolzano che con i suoi 926 milioni di euro (926,314) rispetto al 2001 ha fatto un balzo in avanti del 19,3%; seguono, nell'ordine, Friuli Venezia Giulia (+7,2%), Lombardia e Umbria (+6,8%), Emilia Romagna (+6,6%) Valle d'Aosta (+6,3%). La media nazionale del 3,7% di incremento di spesa la superano anche Abruzzo (+5,1%), Sicilia (+4,2%) Toscana (+4%), mentre il Veneto si attesta appena al di sopra col suo 3,9%. A fare da contraltare ci sono invece la Provincia autonoma di Trento (-8,6% con una spesa Ssn più bassa di 61,653 milioni di euro), il Molise (-3,3%; qui sono stati spesi 14,429 mln di euro in meno rispetto al 2001) e la Campania che spendendo poco più di 7364 milioni di euro ha risparmiato lo 0,1% rispetto al 2001 (7,885 mln in meno).

In quest'ambito va segnalato come il maggior incremento della spesa Ssn in valore assoluto sia da imputare alla Lombardia (con 774,516 milioni di euro), ben superiore a quelli peraltro rilevanti dell'Emilia Romagna (362,213 mln. di euro), della Sicilia (260,304 mln. di euro), del Veneto (236,466 mln. di euro) e della Toscana (193,594 mln di euro).

Passando alle singole voci di spesa evidenziate nella Relazione, si scopre che il peso maggiore sui conti Ssn l'ha esercitato il costo del personale (il 35,1% del totale di spesa Ssn 2002, pari a 27.529 milioni di euro), salito del 2,6% rispetto all'anno precedente. Il dato, pur negativo,

è però in controtendenza: a rallentare la crescita hanno contribuito, secondo l'analisi della Corte dei Conti, la sospensione del turn-over e i blocchi delle assunzioni oltre all'affermarsi in diverse realtà regionali della cosiddetta "esternalizzazione" di alcuni servizi. A incidere sui costi del servizio sanitario ha contribuito in gran parte anche l'acquisizione di beni e servizi (22% del totale, pari a 17.288 milioni di euro), cresciuta dell'8,1% rispetto al 2001: qui, rilevano i magistrati contabili, hanno avuto pochi riscontri positivi le varie misure adottate nel tempo, da quelle legislative a quelle "tecniche" come l'adesione alle convenzioni Consip (per la Corte è tutta da verificare la loro generale validità) o le gare informatiche per citare due degli esempi segnalati.

La spesa farmaceutica con i suoi 11.869 milioni di euro ha rappresentato il 15,1% del totale, ma tenendo conto della vera e propria esplosione registrata da questa voce di spesa nel 2001 (aumento record del 33,3% rispetto al 2000), la crescita dell'1,8% del 2002 appare apprezzabile: un risultato ottenuto grazie ai molti provvedimenti regionali adottati nel corso dell'anno (ticket, delisting, distribuzione diretta dei farmaci da parte delle strutture del Ssn ecc.), ma anche agli interventi a livello nazionale come il taglio del 5% del prezzo dei farmaci Ssn deciso nel mese di aprile. Appare comunque ancora distante l'obiettivo principale di questo specifico settore, quel tetto del 13% del totale della spesa sanitaria, fissato dalla legge 405 del 2001 (sempre in applicazione dell'Accordo dell'8 agosto dello stesso anno). Come ha rilevato la Corte dei Conti, il settore farmaceutico appare caratterizzato da una forte disomogeneità regionale: a fronte di Regioni come Piemonte e Liguria, che hanno realizzato risparmi nell'ordine del 5%, ci sono infatti Regioni come la Lombardia e l'Emilia Romagna nelle quali la spesa per farmaci è salita, rispettivamente, del 9 e del 7,3%. "Interessante" viene definito dalla Relazione il dato relativo alla voce meno "pesante" sul fronte degli aumenti di spesa (appena lo +0,4%), quella della spesa ospedaliera che nel 2002 appare sostanzialmente stabile rispetto agli anni precedenti. Il settore con la sua spesa di 7948 milioni di euro, rappresenta, secondo la Corte, quello nel quale "hanno maggiormente funzionato le manovre di contenimento". Come le economie legate realizzate attraverso gli interventi di ristrutturazione della rete ospedaliera; questi però sono spesso stati accolti dalla popolazione con "acuto dissenso e forte contestazione degli amministratori locali". Come si legge nella Relazione, gli interventi di razionalizzazione sono stati percepiti – da un'opinione pubblica "non sempre adeguatamente informata" – come perdita "di diritti acquisiti e un potenziale abbassamento dei livelli di assistenza". Evidente quindi la necessità di intervenire in questo settore prestando estrema attenzione "alle attese sociali". Va comunque segnalato che le Regioni a più alto volume di spesa sono Lombardia, Lazio, Campania, Sicilia e Puglia che da sole rappresentano quasi il 69% dell'intero aggregato.

La spesa specialistica, infine, con i suoi 2636 milioni di euro, è salita del 6,2% rispetto allo scorso anno, rappresentando il 3,4% del totale della spesa sanitaria; la

Corte ha rilevato una netta contrazione di questa voce dovuta, sostanzialmente, ai tetti di spesa adottati da molte Regioni: tra queste quelle dove si è speso di più per l'assistenza specialistica convenzionata e accreditata sono state, nell'ordine, Campania, Lombardia, Sicilia, Lazio, Veneto e Puglia.

Questi i numeri e le cifre del nostro Servizio sanitario, certo non del tutto positive. Una realtà, come non ha mancato di sottolineare nella sua analisi la Corte, che si riflette sullo stato generale di salute del sistema che appare ancora "malato", afflitto da "distorsioni organizzative ancora non risolte", da "fenomeni patologici" e da "errori professionali". Primo tra tutti, attende soluzione il gravoso problema delle liste di attesa: i tempi sono ancora eccessivamente lunghi, rileva la Corte, per "accertamenti spesso urgenti, anche riferibili a malattie nelle quali la tempestività (e la correttezza) di diagnosi costituiscono presupposto tutt'altro che secondario di guarigione o, quanto meno, di fiduciosa aspettativa". Qui, si ribadisce, miglioramenti non si sono visti neanche con la prima applicazione del Livelli essenziali di assistenza.

Il secondo punto dolente è quello dell'assistenza agli anziani: un problema da affrontare con sempre maggior attenzione anche in considerazione dell'evidente allungamento della vita e alla crescita delle patologie croniche. Non vanno poi sottovalutati gli sprechi come quelli – macroscopici – riferibili alle strutture sanitarie la cui costruzione è iniziata da tempo senza mai essere completata.

Sul precario stato di salute del Ssn incide anche il riemergere di episodi di corruzione che hanno messo in luce le evidenti carenze del sistema dei controlli – "da migliorare decisamente" – e un "clima non sempre abbastanza vigile" nel quale "notevoli aree" appaiono caratterizzate "da una sostanziale omertà".

Non vanno infine trascurati per i loro "rilevanti risvolti economici e di immagine a danno del sistema sanitario" gli incidenti e gli errori professionali (le stime non ufficiali a cui si riferisce la Relazione della Corte dei Conti parlano di 14 mila morti a causa di errori conseguenti a trattamenti sanitari sbagliati e di 12 mila operatori sanitari coinvolti in cause giudiziarie). Nonostante il settore sanitario di per sé presenti alti margini di rischio, i livelli attuali del fenomeno impongono un "attento monitoraggio degli errori commessi" in modo tale da permettere una loro conoscenza più approfondita, tale da "evitarne la ripetizione".

A queste non semplici carenze del sistema si contrappongono però alcune "isole felici": le non pochissime "esperienze virtuose", a dire dei magistrati contabili, andrebbero "attentamente analizzate" al fine di trarne modelli di comportamento da esportare in tutta Italia "senza troppi sforzi o costi particolari". In ogni caso la loro presenza dimostra che la sanità italiana – pubblica e privata – è capace di assicurare "livelli di efficienza e punte di eccellenza professionale" che attraverso un'organizzazione "più moderna e razionale" potrebbero essere "esaltate" in modo da rendere "più omogenea" la funzionalità delle strutture sanitarie sul territorio nazionale.

IL RAPPORTO SANITÀ 2003 DELLA FONDAZIONE SMITH KLINE

Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie

Come ormai consuetudine da diversi anni, la Fondazione Smith Kline ha appena pubblicato per i tipi de "Il Mulino" il proprio Rapporto Sanità, quest'anno intitolato "Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie". Il volume, a cura di Nicola Falcitelli, Marco Trabucchi e Francesca Vanara, raccogliendo i contributi di numerosi ed illustri esperti, affronta da vari punti di vista il federalismo sanitario, analizzato e riassunto criticamente nel documento introduttivo del volume stesso da cui derivano direttamente le considerazioni che seguono

di Fabrizio Gianfrate *

Le politiche sociali in Europa ed in Italia attraversano un periodo di criticità strutturale dovuta prevalentemente a fenomeni contrastanti tra loro.

Da un lato i sistemi di welfare assistono a profonde ed accentuate trasformazioni della domanda di salute e di benessere sociale che impongono, anche ai sistemi più evoluti, ulteriori espansioni quantitative e qualitative, specie per la crescita esponenziale delle condizioni di fragilità che caratterizzano la attuale e soprattutto la futura struttura della popolazione (vecchiaia, disabilità, malattia mentale, disadattamento familiare e minorile, dipendenza, ecc.)

Contemporaneamente e conseguentemente i sistemi di welfare verificano un crescente divario, non contingente ma strutturale, tra la crescita delle risorse disponibili e l'aumento delle risorse assorbite dai sistemi di tutela della salute e di protezione sociale. L'esistenza e le caratteristiche della crisi dei welfare hanno reso obbligatoria, in pressoché tutti i paesi dell'occidente industrializzato, l'adozione di misure di trasformazione delle politiche sociali con la trasformazione in sistemi meno "pesanti" e più dinamici, con il ridimensionamento delle reti a più consistente infrastrutturazione (ospedaliera e delle altre residenzialità istituzionalizzanti) e lo sviluppo delle reti dei servizi territoriali e delle cure domiciliari, perseguendo "la sostenibile leggerezza del welfare".

Analogamente è crescente il coinvolgimento nei sistemi di welfare della comunità delle famiglie, dell'associazionismo e del volontariato, del privato sociale e profit, in passato esclusi dalla concezione centralista e monopolista del Welfare State pubblico, che illusoriamente inseguiva la chimera di soddisfare da solo tutti i bisogni "dalla culla alla tomba". Si realizza quindi il passaggio da "State" a "Community" e si intende garantire il rispetto del principio di sussidiarietà verticale (tra istituzioni) ed orizzontale (tra

istituzioni, famiglie e cittadini singoli od associati). Questa dinamica caratterizza profondamente lo scenario nel quale si muovono i sistemi di protezione della persona e fa da sfondo anche alle problematiche connesse con il processo di decentramento.

Si potrebbe essere preoccupati rispetto alla concreta prospettiva di sistemi regionali che tendono a differenziarsi: ma questo appare oggi l'unico mezzo perché, anche nelle differenze, sia possibile puntare alla costruzione di sistemi vivi, finanziati adeguatamente e realmente governati. Del resto, la massa di innovazioni giuridiche e organizzative in corso cala su una realtà di Servizio sanitario nazionale più nominale che sostanziale, plasmata da tempo su una pletera di modelli di sanità e su livelli di prestazioni estremamente diversificati. Finanziamento, regionalismo e politica vanno avanti in stretto accordo tra loro: solo se non si cercherà di frapporre ostacoli artificiali a questo incontro il sistema sanitario è destinato ad avere un futuro, che non sia quello asfittico e spesso ingiusto dettato dalla domanda che si autoriproduce, si autoregola e perde ogni contatto con il vero bisogno. Le vicende di questi ultimi tempi hanno presentato ai cittadini l'immagine di un sistema sanitario in grande trasformazione, alla ricerca di chiare linee evolutive. Prevala la sensazione che la devolution è un processo sostanzialmente irreversibile. Ci si chiede se non sia strutturale al sistema l'impossibilità di delineare un quadro evolutivo chiaro e se la scelta di imporre un certo ordine sia illusoria e sbagliata: nei sistemi sanitari forse il compito della politica non è quello di imporre modelli generali, ma di limitarsi a dare alcuni confini ad un insieme di attività, ciascuna delle quali segue regole proprie, non sempre tra loro in accordo e non sempre rispondenti ai tradizionali modelli di razionalità. Sarebbe inutile fare una storia dei nostri servizi per la salute e metterne in evidenza l'incapacità di evolvere secondo re-

gole predeterminate. Non vi è stato in passato alcun legame tra investimenti e prodotto, tra spesa corrente e risultati, tra bisogno di salute e quantità di specifici servizi. Forse il vero liberismo risiede proprio nel cercare di governare il disordine (come mix di orgoglio, disponibilità, cultura, ignoranza, ecc.), soffermandosi solo a garantire un minimo di servizi per le persone più fragili, quelle che non hanno alcuna possibilità di "navigare" da sole in un sistema complesso, privo di ordine.

Il regionalismo pone alla propria base la possibilità che i sistemi di erogazione delle prestazioni siano strutturati in maniera diversa, cosa che corrisponde alle più moderne teorie di governo dei sistemi complessi, le quali rifiutano la modellistica rigida e illuministica per privilegiare i sistemi non lineari, sensibili alla variabilità delle culture, delle professionalità, delle attese e delle speranze dei cittadini.

Accettando questo criterio è però indispensabile immettere nel sistema federalistico alcune premesse di carattere fondamentale etico che, pur non interferendo con le decisioni delle singole regioni, garantiscano il cittadino su alcuni servizi irrinunciabili e su alcuni risultati di salute.

La comunità, come mix tra enti locali e aggregazioni spontanee, che interpreta le soggettività di un territorio con forti differenze concrete sul piano geografico-antropologico, deve svolgere un ruolo partecipativo nella programmazione, gestione e valutazione dell'assistenza. La comunità locale può rappresentare il livello ottimale per il governo della domanda e dell'offerta, inteso come indirizzo non impositivo delle diverse e multiformi dinamiche presenti nel tessuto sociale: è forse il nome nuovo della programmazione.

* Vicepresidente e direttore generale della Fondazione Smith Kline

salute & solidarietà

Insero a cura del Comitato Nazionale di Sostegno e Rilancio del Servizio Sanitario Nazionale

Care cittadine, cari cittadini...

di Michele Arpaia*

Voglio innanzitutto ringraziare i tanti cittadini che nella primavera scorsa hanno firmato il manifesto di Solidarietà e Salute, Comitato per il sostegno e il rilancio del servizio sanitario nazionale. Il successo ottenuto dalla campagna di raccolta firme ci spinge a mantenere il rapporto con i cittadini che credono in un Ssn universale, equo, fondato sulla solidarietà, come la organizzazione più idonea a rispondere alle esigenze emergenti dei cittadini.

Infatti l'aumento della durata della vita porta ad un aumento esponenziale delle patologie croniche come l'Alzheimer, Parkinson, diabete, cardiopatie, che colpiscono migliaia e migliaia di persone e che richiedono risorse umane e finanziarie che solo un servizio sanitario come il nostro, fondato sulla solidarietà e sulla equità può garantire. Pensiamo di contro a cosa accade in altri paesi occidentali dove l'erogazione delle cure è fondata sulle assicurazioni private e le cronache riportano che di punto in bianco intere regioni rimangono senza assistenza perché le compagnie assicuratrici non ritengono più redditizio assicurare quelle patologie o quelle zone del paese.

Del resto la stessa Oms ci pone saldamente in vetta tra i Paesi sviluppati nel rapporto tra qualità delle prestazioni sanitarie in relazione alle risorse finanziarie investite e ciò grazie al valore della universalità nella distribuzione delle prestazioni.

Certo il nostro servizio sanitario soffre di problemi legati soprattutto all'appropriatezza delle prestazioni, alla persistenza di forti differenze in termini di qualità e di accesso ai servizi nelle diverse realtà del paese e quin-

segue a pagina 10

PERCHÉ LA SALUTE È UN DIRITTO E PERCHÉ È GIUSTO DIFENDERLO

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”. È quanto recita l'articolo 32 della Costituzione. Ma questo diritto è veramente garantito?

Una mattina come tante, in una grande città nella sala delle prenotazioni di un grande ospedale. Nelle mani l'impegnativa del medico per fare alcune analisi cliniche. Sono le 8,30. Alle 9,45 ho finito. In tasca i moduli completi per la mia analisi prenotata per il mese dopo. Torno al giornale e inizio a scrivere questo articolo. In quell'ora e mezzo abbondante trascorsa in coda ai due sportelli, quello per la prenotazione e quello per il ticket, ho cercato di ca-

pire l'umore della gente, di fronte ad un sistema disegnato quasi sempre a tinte fosche. La maggior parte delle persone in attesa erano donne. Mamme o mogli o figlie grandi che ritagliavano quel tempo “al servizio” dei loro parenti, mariti o figli, o dei loro genitori anziani. Poi alcuni vecchi in pensione che sbrigavano da soli le proprie faccende. Il clima era sereno. La fila, mi dicevano, non era poi tanto lunga. E poi, aggiungeva qual-

segue a pagina 9

FEDERALISMO IN SANITÀ? SÌ, MA NEL SEGNO DELLA SOLIDARIETÀ

Gli italiani e il federalismo: un'indagine del Censis

	Nov-05	Nov-01	Contro	% in 05	Totale
LE PERSONE CHE RITENGONO PIÙ GIUSTE LE PRESTAZIONI					
Favorevole	34,4	33,5	96,2	93,9	92,6
Non favorevole	5,6	16,5	3,8	6,2	6,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Favorevole o non favorevole alle prestazioni nelle Regioni					
Favorevole	15,4	36,9	14,7	27,3	24,2
Non favorevole	57,6	62,1	85,3	73,3	75,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Favorevole o non favorevole alle prestazioni nelle Regioni per regione più favorevole					
Favorevole	20,7	28,5	33,5	37,5	37,3
Non favorevole	79,3	71,5	66,5	62,5	62,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
La qualità delle prestazioni sanitarie è più o meno uguale in tutte le Regioni					
Favorevole	59,8	50,0	24,5	25,8	40,5
Non favorevole	37,6	50,0	65,2	66,7	52,6
Non sa	3,6	2,2	10,2	7,5	6,9
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine FBMI-Censis 2005

SSN



Comitato Nazionale di Sostegno e Rilancio del Ssn

Hanno aderito al Comitato:

AIP

Associazione italiana podologi

ANAAO - ASSOMED

Associazione medici dirigenti

CIVEMP

Confederazione italiana veterinari e medici della prevenzione

CODICI

Centro per i diritti del cittadino

FIMMG

Federazione italiana medici di medicina generale

FIMP

Federazione italiana medici pediatri

FNOMCEO

Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri

IPASVI

Federazione nazionale Collegi Ipasvi

SNABI, SDS

Sindacato nazionale dirigenti sanitari Ssn e Arpa

SUMAI

Sindacato unico medicina ambulatoriale italiano

TDM

Tribunale per i diritti del malato

Il consiglio direttivo:

Presidente

Michele Arpaia

Vicepresidente

Gianluigi Scaffidi

Segretario

Giacomo Milillo

Tesoriere

Roberto Lala

Consiglieri:

Bruno Palmas

Giuseppe Guelfi

Giuseppe Rosato

Mario Falconi

Serafino Zucchelli

FEDERALISMO E SANITÀ: UN BENE O UN MALE?

**Nell'ottobre 2001 iniziava,
con il sì al referendum,
la trasformazione in senso federalista
dell'ordinamento costituzionale italiano.
Da allora si discute e ci si divide
sui rischi e le opportunità
del federalismo sanitario**

M.R. è un signore di 35 anni. Vive a Ragusa e per lavoro va spesso a Milano. Un giorno, colto da un malore improvviso mentre si reca da un cliente nella capitale lombarda, è soccorso da un passante che, allarmato, chiama un'ambulanza. Dopo una decina di minuti la sirena squarcia le vie del centro, carica M.R. e lo trasporta all'ospedale più vicino. Per fortuna nulla di grave e dopo una visita accurata in Pronto soccorso il giovane manager siciliano è dimesso: solo uno sbalzo di pressione, forse troppo stress o forse anche quell'aria afosa della Milano di quel torrido luglio del 2005. Mentre M.R. si riveste, una gentile signorina gli porge un biglietto: è una lista di spese, da quelle dell'ambulanza a quelle della visita e del check up. In tutto 500 euro. M.R. passa alla cassa e presenta la sua carta di credito. Fatto. Uscendo M.R. ricontrolla la ricevuta sulla quale campeggia il nome dell'ospedale Maggiore di Milano, azienda regionale del servizio sanitario lombardo.

La ripone con cura nel portafoglio. Gli servirà per farsela rimborsare, in tutto o in parte (dipende dalle tariffe siciliane), dal suo servizio sanitario regionale.

l'Italia della salute si spacca?

Ovviamente, l'avrete capito, M.R. non esiste e forse la scenetta che abbiamo appena immaginato non si verificherà mai. Un siciliano che si ammala a Milano o un milanese che si rompe un piede in vacanza alle Eolie, non dovranno probabilmente pagare un euro per le cure ricevute dalla Usl milanese o siciliana, indipendentemente dalla loro residenza, neanche nel 2005. Tuttavia, guardando con più attenzione a quanto si sta delineando in questi mesi in tema di federalismo sanitario, so-

prattutto nel nord del Paese, qualche dubbio sul possibile rischio di una frammentazione del servizio sanitario con conseguenti regole e modalità di accesso diverse da una regione all'altra, è lecito. E pensare al peggio può aiutare spesso a capire meglio qual è il vero nodo della querelle che sta lacerando il quadro politico con accuse di centralismo da una parte e di velleitarismo secessionista dall'altra.

In realtà di federalismo ormai si parla da tempo. Ma l'accelerazione verso una visione "spinta" dell'autonomia regionale rispetto alla Stato centrale è divenuta patrimonio di un vasto schieramento politico a partire dal cambio di governo nel 2001.

Devolution: ma perché?

La parola magica è stata "devolution", in italiano devoluzione, che indica la "trasmissione o passaggio di un diritto, del godimento di un bene da una persona a un'altra per effetto di una legge, di un contratto, di una disposizione testamentaria". Nel giro di poco tempo la "devolution" è diventata la bandiera dei candidati di tutto il centro destra durante la campagna elettorale per il rinnovo dei consigli regionali dell'aprile del 2000. Vinte le elezioni, prima la Lombardia e il Veneto e poi altre regioni del nord – chi proponendo un referendum, chi propugnando ampie modifiche ai propri statuti – hanno provato a mettere in pratica quanto dichiarato alla vigilia del voto regionale, avviando le procedure per dare vi-

ta a regioni totalmente autonome da Roma per quanto riguarda la scuola, la sicurezza e, appunto, la sanità.

In ballo, è bene chiarirlo subito, non c'è solo una disputa autonomista e di colore. La vera posta in gioco, in particolare per la sanità, è la gestione di quasi 130 mila miliardi l'anno di introiti fiscali finalizzati alla tutela della salute. Già oggi nei bilanci regionali la gestione di ospedali e ambulatori, la dispensazione di farmaci e l'acquisto di attrezzature, gli stipendi di medici e infermieri, assorbono fino all'80% dell'intero bilancio regionale. Il punto è che i modi e i criteri, i limiti e i vincoli per spenderli non sono stabiliti dalle regioni, ma da un insieme di norme che, seppur ampiamente concordate, restano di fatto prerogativa dello Stato centrale. Da qui, appunto, la dizione di servizio sanitario nazionale, proprio ad intendere l'unicità su tutto il territorio di livelli uniformi di assistenza e di modalità di gestione delle Usl.

Con la devoluzione tutto questo potrebbe essere rivoluzionato, affidando all'autonomia regionale la prerogativa di stabilire tutto, dal modello di gestione alla decisione di quanti e quali farmaci erogare gratuitamente, ovvero – in una visione estrema – di abbandonare del tutto la logica di servizio pubblico per sposare quella del "fai da te" con grande libertà di iniziativa del cittadino nella scelta della forma assicurativa di copertura sanitaria.

Ma c'è un problema. Sono poche le regioni abbastanza ricche da essere fin d'ora autosufficienti. Tutto il meridione, ad esempio, può contare su introi-

ti fiscali appena bastanti per le spese di ordinaria amministrazione. Per questo servirà una "camera di compensazione" gestita da Roma e in grado di intervenire a sostegno delle regioni più povere utilizzando risorse provenienti dalle realtà più ricche del Paese.

La via del federalismo solidale

Ma non basta. Esiste un altro problema. Come fare affinché non si verifichino episodi come quello del nostro signor M.R.? E cioè come conciliare la voglia di autonomia delle regioni con la necessità di garantire comunque a tutti gli italiani il diritto alla salute senza dotarli di un passaporto sanitario che dimostri di essere iscritto a qualche mutua? La ricetta giusta potrebbe essere quella di un "federalismo solidale", intendendo con ciò una sorta di via di mezzo tra il federalismo spinto e il centralismo dell'attuale legge italiana. Si tratterebbe, in altri termini, di sposare il federalismo per quanto riguarda la libertà per ogni singola realtà locale di scegliere un sistema sanitario diverso dal modello nazionale vigente oggi, temperando tale autonomia con il mantenimento del principio di solidarietà attraverso la garanzia di livelli di assistenza sanitaria da garantire a tutti i cittadini dalle Alpi all'Etna. Il tutto, con la contemporanea istituzione di un fondo nazionale per quelle regioni più deboli e non autosufficienti. Come si può arrivare ad un sistema del genere? In realtà l'attuale legge costituzionale potrebbe rispondere a tale esigenza. Il punto è quello di evitare che passino altre logiche, ispirate ad un autonomismo esasperato che potrebbero scardinare l'impianto solidaristico e universalistico del sistema sanitario italiano.

[C.F.]

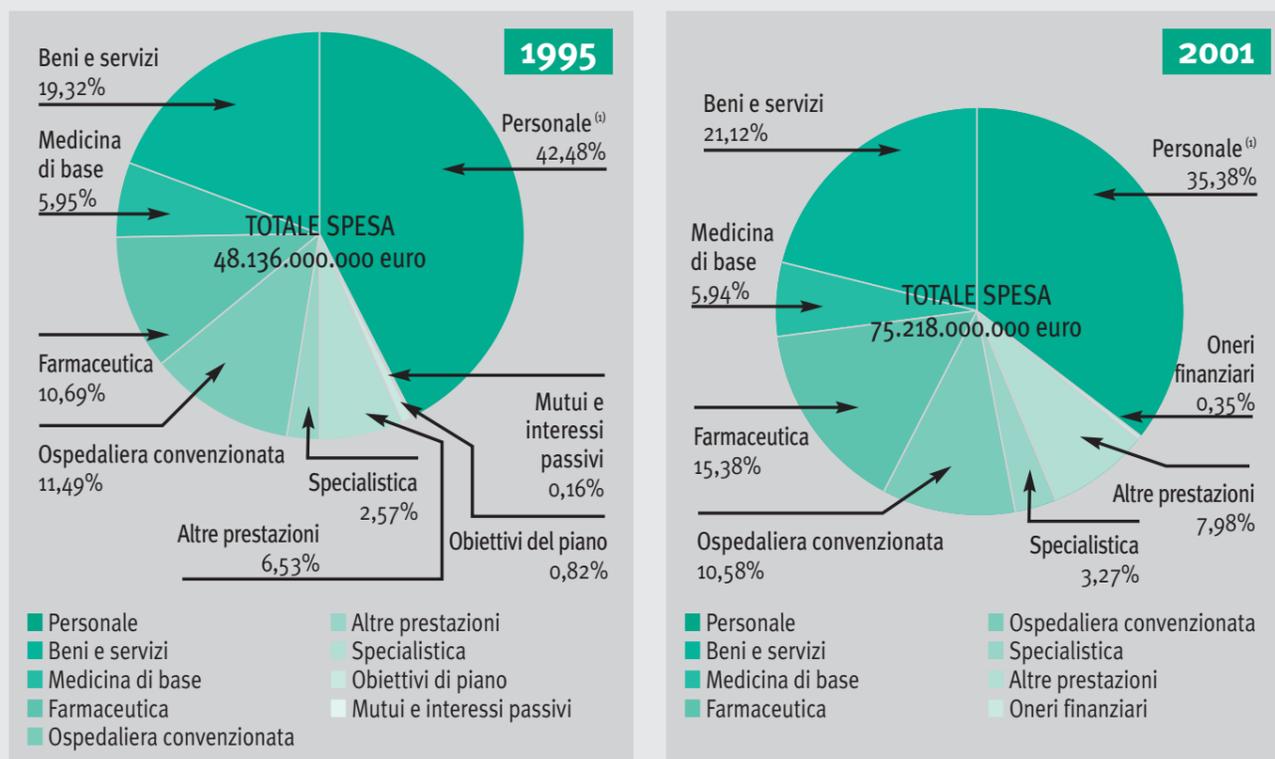
QUANTO COSTA LA NOSTRA SANITÀ

In questi ultimi sei anni la spesa sanitaria complessiva è cresciuta del 57,5% passando da 93.204 miliardi (di vecchie lire) a 146.803 miliardi (sempre di vecchie lire) confermando una dinamica evolutiva, comune a tutti i paesi Ocse, superiore a quella del costo della vita.

Questo incremento complessivo registrato negli ultimi sei anni della spesa, presenta però percentuali di crescita che sono significativamente differenti.

Per fare alcuni rapidi esempi si può notare come la spesa per il personale, che rappresenta sempre la voce maggiore, dal 1995 al 2001 è scesa passando dal 42,48%, al 35,38%; la medicina di base è sostanzialmente rimasta invariata, mentre la spesa farmaceutica è aumentata di circa il 50%.

Come si divide la spesa sanitaria: meno soldi per il personale, più per i farmaci



1) Fino al 1997 la voce "Personale" comprende gli oneri relativi ai contributi sanitari; dal 1998 gli oneri relativi all'IRAP (l'imposta che ha sostituito i contributi sanitari) sono inseriti nella voce "Beni e Servizi".

Fonte: elaborazione ASSR su dati SIS

segue da pag. 7

cuno, in quell'ospedale i medici erano bravi e valeva la pena aspettare. Soddisfatti, quindi, nonostante le code? Sì, abbastanza. L'esperienza di quella decina di italiani era buona. Ma dieci italiani in una mattina di inizio estate a Roma, non fanno opinione e sono in tanti a pensare che questa sanità non funziona come si vorrebbe. Evidentemente siamo di fronte ad un sistema sanitario a due facce: da un lato quella dell'efficienza clinica, della qualità delle cure; dall'altro quella di un sistema "pesante", macchinoso e poco attento alle esigenze "particolari" dei pazienti che assiste. Un sistema che funziona a dovere, ma che non "ama" o non sa farsi amare dai propri assistiti. E che, soprattutto, sembra

La salute e le leggi

Nel 1978 con la legge numero 833 è stato istituito il Servizio sanitario nazionale basato sulla solidarietà fiscale e l'uguaglianza dei cittadini di fronte al diritto alla cura.

Nei primi anni '90 con due decreti delegati, le Unità sanitarie locali sono state trasformate in aziende pubbliche al fine di aumentare l'efficienza del sistema che aveva accumulato pesanti deficit finanziari.

Nel 1999 è stata varata la terza riforma sanitaria, con un altro decreto delegato, firmato dall'ex ministro Rosy Bindi, che rilanciava i principi universalistici e solidaristici del Servizio sanitario.

Nell'ottobre 2001 viene varata la riforma costituzionale del titolo V della Costituzione, dotando le Regioni di poteri importanti in ambito sanitario. Si avvia la cosiddetta "regionalizzazione" della sanità. Allo Stato resta il compito fondamentale di varare i Livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

non capire l'importanza di aspetti come la cortesia, il comfort, la disponibilità, l'elasticità nelle risposte da dare a chi è malato. Cose che certamente contribuiscono a dare al malato e ai suoi cari quella sensazione di interessamento e affezione alla singola persona che spesso contano come la cura stessa.

Ed infatti sono anni che si parla della necessità di avvicinare il sistema alla gente, di conquistarla con un volto più umano, più amico, senza perdere di vista il mantenimento di livelli di assistenza adeguati allo sviluppo vertiginoso della medicina e della ricerca scientifica.

In questa battaglia il nostro Comitato è schierato in prima fila, insieme a voi.

[C.F.]

segue da pag. 7

di deve essere migliorato.

Per questo c'è già un impegno preciso di medici, infermieri tecnici, operatori del servizio perché il servizio funzioni sempre meglio.

Anche l'indifferenza e il lassismo sono nemici di una buona assistenza e contribuiscono a screditare il servizio: riteniamo pertanto che anche i cittadini debbano vigilare a che il servizio funzioni bene segnalando inadeguatezze e disfunzioni.

L'obiettivo quindi è di migliorare il servizio con il contributo di tutti.

Purtroppo oggi gravi nubi si addensano sul Ssn.

Prima di tutto bisogna sottolineare che il nostro servizio sanitario è sottofinanziato. Infatti l'ultimo rapporto Ocse sottolinea che i finanziamenti destinati alla sanità sono inferiori rispetto a quelli di Francia, Gran Bretagna e Germania, con una cifra al di sotto del 6% del Pil.

Anche la finanziaria di quest'anno non mira a superare il gap di finanziamento rispetto alle altre nazioni europee e le stesse Regioni sono fortemente preoccupate sulla possibilità di poter erogare quest'anno le stesse prestazioni degli anni precedenti.

Fatto ancora più grave è che mancano risorse per gli investimenti. L'ultimo vero piano di finanziamento in conto capitale risale al 1988 con Ministro della Sanità Carlo Donat Cattin.

L'altro grave pericolo è costituito dalla devoluzione che così come concepita rischia di aumentare le disuguaglianze e rendere diversi i cittadini nel momento del bisogno a seconda del luogo di residenza.

Non siamo contro il federalismo inteso come forma di riorganizzazione delle funzioni e dei poteri dello stato, anzi il federalismo dovrebbe avvicinare le istituzioni ai cittadini e dare soluzioni e modelli sempre più personalizzati e in linea con le realtà sociali dell'Italia così ricca di differenze e di straordinarie peculiarità. Purtroppo questo processo è partito male. Il dibattito nel paese è stato insufficiente e il federalismo, e ancor più la devoluzione rischiano di trasformare le differenze in divisioni insanabili. Siamo del parere che è indispensabile salvaguardare alcuni capisaldi dell'unitarietà del Ssn a partire dalla compiuta definizione dei principi fundamenta-

li che devono restare di competenza esclusiva dello Stato. D'altra parte il vero nodo della devoluzione sarà il federalismo fiscale. Questo problema si inserisce in una congiuntura di difficoltà economiche interne ed internazionali per cui vi sono fondati timori che la devoluzione possa risolversi in una brutale lotta tra ricchi e poveri in cui sia sempre più difficile ragionare di solidarietà con la conseguenza che le Regioni ricche sarebbero in grado di offrire di più mentre le Regioni più povere avrebbero difficoltà a garantire gli standard minimi.

"Solidarietà e Salute" intende proseguire con i cittadini la battaglia per sostenere e rilanciare il Ssn universalistico, fondato sulla solidarietà, l'equità e la qualità. Intendiamo farlo in modo politico ma non partitico, con il coinvolgimento dei cittadini, dei sindacati e delle associazioni professionali; senza essere corporativi ma con la logica della totale apertura verso tutti coloro che credono nella validità di un sistema sanitario nazionale.

Chiediamo ai cittadini che non lo hanno ancora fatto di aderire al Comitato, con le modalità riportate qui sotto, e a coloro che già ci conoscono di continuare con noi la battaglia di civiltà per un servizio sanitario equo, universale, fondato sulla qualità.

*Presidente del Comitato

sostieni il comitato

SSN

Per sostenere il Comitato puoi dare un contributo libero a questo conto corrente postale: **125 25654 222**

Per informazioni: Tel. 06.54896650 Fax 06.54896645 e.mail: segreteria@comitato.ssn.it

Questo inserto è stato inviato per posta anche a tutti i cittadini che hanno sottoscritto la campagna del Comitato a difesa del Ssn.

Comitato per il sostegno e il rilancio del Servizio sanitario nazionale

IL NOSTRO IMPEGNO E I NOSTRI OBIETTIVI

Il Comitato per il sostegno e il rilancio del Servizio sanitario nazionale è promosso dalle principali associazioni professionali della sanità e da associazioni rappresentative degli interessi dei cittadini (vedi elenco in prima pagina).

Il comitato è aperto a chiunque – singole persone, associazioni, enti ecc. – ne condivida lo spirito, gli obiettivi e le attività.

Il suo scopo è di promuovere nell'opinione pubblica – e in particolare nei movimenti e partiti politici di qualsiasi orientamento, nelle organizzazioni della cittadinanza, negli amministratori e negli organi di governo pubblico, nel mondo della scuola e del lavoro, negli operatori dell'informazione e della sanità – un modello di servizio sanitario pubblico che risponda alle seguenti caratteristiche fondamentali:

- 1 rispettare il principio dell'universalità**, assicurando a ogni cittadino italiano livelli uniformi e appropriati di assistenza, definiti a livello nazionale e garantiti direttamente dallo stato e dalle regioni, sia in termini quantitativi che qualitativi, su tutto il territorio nazionale;
- 2 rispettare il principio della solidarietà nazionale** garantendo, indipendentemente dalle modalità di raccolta e distribuzione dei contributi, il finanziamento dei livelli uniformi e appropriati di assistenza nazionali con una contribuzione proporzionale al reddito di ciascuno;
- 3 essere centrato sul cittadino e organizzato sul territorio** in modo che l'offerta e l'organizzazione dei servizi sia correlata alle proprietà emergenti dai bisogni della popolazione e alla sua distribuzione territoriale; ciò deve essere realizzato con una particolare attenzione alle fasce deboli e con lo sviluppo del-

l'assistenza territoriale; quest'ultima deve riuscire a raggiungere un livello di articolazione ed efficienza tale da poter garantire tempestivamente al cittadino la maggior parte delle prestazioni appropriate che gli sono necessarie, alleggerendo il carico assistenziale dell'ospedale, che deve comunque essere messo in grado di fornire, attraverso un potenziamento delle strutture e delle apparecchiature, prestazioni della più elevata qualità possibile;

- 4 essere "partecipato" nei momenti della programmazione e gestione** sia a livello nazionale sia a livello regionale e aziendale; rappresentanti dei cittadini e dei professionisti devono poter concorrere alla definizione del piano sanitario nazionale, dei livelli uniformi e appropriati di assistenza, dei relativi decreti attuativi, del piano sanitario regionale e delle relative delibere attuative, degli atti di programmazione e gestione aziendale;
- 5 garantire l'erogazione delle prestazioni sia da parte di soggetti pubblici che privati accreditati**, attraverso una distribuzione dei compiti concertata e fondata sulla qualità delle prestazioni e le potenzialità operative di ciascun soggetto, fermo restando l'attribuzione delle attività a prevalente funzione di tutela al servizio sanitario pubblico;
- 6 offrire ulteriori prestazioni complementari ai livelli uniformi e appropriati di assistenza** con fondi integrativi che rispettino la libera scelta del cittadino attraverso liste aperte di strutture e professionisti accreditati;
- 7 garantire la qualità dei professionisti e delle strutture** attraverso l'aggiornamento e la formazione permanenti e il loro riaccertamento periodico.

ALLARME DELLO SVIMEZ SUGLI EFFETTI DEL FEDERALISMO FISCALE

Il Sud rischia la "bancarotta sanitaria"

Se si applicherà il dlgs 56/2000, che regola la progressiva applicazione del federalismo fiscale e che dovrebbe portarlo a regime nel 2013, le Regioni meridionali perderanno complessivamente oltre 800 milioni di euro all'anno. È questa la conclusione di uno studio prodotto dallo Svimez, l'Associazione per lo sviluppo dell'impresa nel Mezzogiorno, che ha anche elaborato una proposta di modifica del decreto

di Elisa Simonelli

Allargamento della forbice tra Nord e Sud, con una perdita complessiva di 812,42 milioni di euro all'anno per le casse delle Regioni meridionali. Saranno questi gli effetti prodotti dall'applicazione del decreto 56/2000 secondo lo Svimez, l'Associazione per lo sviluppo dell'impresa nel Mezzogiorno, che ha dato vita ad una Commissione di studio ad hoc, "Federalismo fiscale e Mezzogiorno", costituita da alcuni cattedratici dell'Università Federico II di Napoli e coordinata da Adriano Giannola, ordinario di economia bancaria. E che ha presentato i risultati di questo studio al tavolo della commissione sul federalismo fiscale istituita al Ministero dell'E-

conomia, accompagnandola con una proposta di modifica della legge attuale, nella quale si tiene conto delle modifiche costituzionali introdotte dal referendum e si cercano soluzioni capaci di riequilibrare la distanza tra le diverse aree del Paese.

Gli effetti del 56/2000. Il decreto prevede che i fondi erogati alle Regioni siano calcolati, progressivamente, sulla base del gettito Iva attribuito a ciascuna. Primo anno reale di applicazione del Dlgs 56/2000 è stato il 2002 (il 2001 è considerato "l'anno base" del federalismo) attribuendo il 5% delle risorse complessive sulla compartecipazione re-

gionale all'Iva. Con il passare degli anni, la quota valutata in base al gettito Iva regionale sarà sempre più grande, fino ad arrivare al 2013, quando il sistema dovrebbe arrivare a regime e dunque l'intero riparto avverrà sulla base dell'Iva attribuita alle Regioni. Per il 2002 la Commissione ha calcolato, usando come riferimento la spesa storica, una perdita complessiva per l'intero mezzogiorno di circa 88,29 milioni di euro. Anche il Lazio e l'Umbria sono risultate in perdita, mentre il vantaggio maggiore è stato registrato dalla Lombardia (47,77 milioni di euro). La Regione più danneggiata da questo sistema sarebbe la Basilicata che, in termini percentuali, ridurreb-

be le sue risorse dello 0,97%, seguita da Molise (-0,94%), Calabria (-0,88%), Puglia (-0,78%), Campania (-0,48%), Abruzzo (-0,5%). La Lombardia (+1,78%) guida le Regioni del Centro-Nord che, ad eccezione del Lazio e dell'Umbria, risultano tutte avvantaggiate da questo sistema. Risultati che, secondo l'analisi, risultano confermati da una proiezione a cinque anni, cioè quando le risorse alle Regioni saranno erogate per il 46% in base alla spesa storica e per il rimanente 54% in base all'Iva determinata in funzione dei consumi delle famiglie. La perdita complessiva ammonterebbe a 812,42 milioni di euro e a rimetterci di più è di nuovo la Puglia (276,50 mln), seguita dalla Campania (228,95 mln). Ancora in una posizione di vantaggio le Regioni del Centro-Nord, sempre fatta eccezione del Lazio e dell'Umbria, guidate dalla Lombardia con 439,35 milioni di euro. Nulla cambia, secondo lo Svimez, passati gli undici anni previsti, data in cui il Dlgs 56/2000 andrà a regime e, dunque, tutte le risorse saranno erogate alle Regioni esclusivamente in base al gettito dell'Iva loro attribuito. La perdita complessiva per le Regioni meridionali, comprendendo anche Umbria e Lazio, sarebbe di 1.766,14 mln di euro. Il danno maggiore risulta ancora quello registrato dalla Basilicata che perde il 19,44% delle risorse. Seguono Molise (-18,84%), Calabria (-17,51%), Abruzzo (-9,91%), Campania (-9,54%). Una perdita per il meridione pari al 13,33%, contrapposta ai vantaggi consistenti delle Regioni del Nord valutati in circa 955 mln di euro in più per la Lombardia (+35,54%) e 310 mln per l'Emilia Romagna (+14,52%). Fatta eccezione, ancora una volta, per Lazio e Umbria. Con l'attuazione del Dlgs in esame, si verrebbe a delineare un quadro piuttosto negativo che evidenzia l'enorme divario tra Regioni settentrionali e Regioni meridionali. I dati sono giunti sul tavolo dell'Alta Commissione di Studio sul federalismo fiscale il 9 giugno scorso, accompagnati da una contro-proposta.

Confronto tra risorse da erogare alle Regioni in base alla spesa storica ed in base al d.lgs.56/2000 (milioni di euro)(dopo 11 anni)

	TRASE SOPPRESSI DA COMPENSARE (SPESA STORICA)	QUOTA SPESA STORICA RIMANENTE 0%	SPESA STORICA DA FINANZIARE CON IVA	PERC. DI RIPART. SEC.D.LGS. 56/2000 %	RIPART. IVA SEC.D.LGS. 56/2000 (VAL.ASS.)	TOTALE RISORSE (VAL.ASS.)	RISORSE DA EROGARE: DIFF TRA CRIT. D.LGS.56/2000 CRIT. SPESA STORICA
PIEMONTE	2.426,85	0,00	2.426,85	8,09	2.490,87	2.490,87	64,02
LOMBARDIA	2.687,28	0,00	2.687,28	11,83	3.642,40	3.642,40	955,12
VENETO	2.246,60	0,00	2.246,60	8,22	2.530,90	2.530,90	284,30
LIGURIA	1.380,27	0,00	1.380,27	4,75	1.462,50	1.462,50	82,23
EMILIA-ROM.	2.140,06	0,00	2.140,06	7,96	2.450,85	2.450,85	310,79
TOSCANA	2.346,10	0,00	2.346,10	8,32	2.561,69	2.561,69	215,59
UMBRIA	695,83	0,00	695,83	2,22	683,53	683,53	-12,30
MARCHE	985,58	0,00	985,58	3,38	1.040,69	1.040,69	55,11
LAZIO	2.630,32	0,00	2.630,32	7,93	2.441,61	2.441,61	-188,71
ABRUZZO	1.110,75	0,00	1.110,75	3,25	1.000,66	1.000,66	-110,09
MOLISE	349,00	0,00	349,00	0,92	283,26	283,26	-65,74
CAMPANIA	5.214,67	0,00	5.214,67	15,32	4.716,95	4.716,95	-497,72
PUGLIA	3.837,06	0,00	3.837,06	10,51	3.235,98	3.235,98	-601,08
BASILICATA	619,14	0,00	619,14	1,62	498,79	498,79	-120,35
CALABRIA	2.120,01	0,00	2.120,01	5,68	1.748,84	1.748,84	-371,17
TOTALE RSO	30.789,52	0,00	30.789,52	100,00	30.789,52	30.789,52	0,00
CENTRO-NORD	17.538,89	0,00	17.538,89	62,70	19.305,03	19.305,03	1.766,14
MEZZOGIORNO	13.250,63	0,00	13.250,63	37,30	11.484,49	11.484,49	-1.766,14

segue a pag. 12

UNO STUDIO DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DI ROMA SULL'EFFETTO DELLE FORMULE ALLOCATIVE PER LA PONDERAZIONE DELLA QUOTA CAPITARIA NELLE REGIONI

Devolution: i modelli regionali di distribuzione delle risorse

Il processo di devoluzione, avviato con la riforma fiscale, L. n. 446/97, ha raggiunto un reale riconoscimento istituzionale, al livello più alto dell'ordinamento italiano, con l'approvazione della legge costituzionale n. 3/01 che modifica in modo sostanziale il Titolo V della parte seconda della Costituzione sul rapporto tra Stato centrale e Governi regionali. Il legislatore ha indicato la necessità di mantenere un'omogeneità di criteri nel trasferimento delle risorse tra i diversi livelli del Ssn, pur non vincolando le singole Regioni ad applicare i fattori di correzione e dunque assegnando loro la completa responsabilità per la definizione delle regole di riparto. È evidente, da questo quadro giuridico, che l'autonomia finanziaria di entrata e di spesa riconosciuta alle Regioni implica, oltre a definire il "quantum" da destinare alla sanità, anche il "quomodo", ossia quali modalità adottare per ripartire tali risorse. Quest'autonomia d'azione potrebbe manifestarsi anche con l'abbandono del meccanismo "capitario" a favore di altri sistemi di allocazione delle risorse. Le singole Regioni, definendo la formula di riparto, tendono a realizzare un "principio di equità" che risulta differenziato nelle varie realtà regionali. L'adozione di diverse formule di riparto può avere differenti implicazioni sui modelli di solidarietà sociale che si vengono a

creare nelle singole Regioni. L'osservatorio dell'Istituto di Igiene dell'Università Cattolica del Sacro Cuore (Roma), ha ritenuto importante valutare proprio queste implicazioni. Per farlo, ha analizzato i meccanismi di ripartizione adottati dalle diverse Regioni italiane. L'analisi ha portato alla costruzione di una mappa di comportamenti adottati dalle diverse Regioni nella formulazione dei criteri per il riparto del Fsr. Per ogni Regione sono stati individuati: la presenza o meno di un rinvio al criterio adottato a livello nazionale; le modalità di strutturazione della ponderazione della quota (unica, per livelli di assistenza, per sottolivelli di assistenza, altro); i criteri di ponderazione adottati sintetizzati nei cinque macro-criteri (demografico, geografico, condizione socio-economica, caratteristiche dell'offerta, stato di salute). In tutto il campione si osserva l'utilizzo di almeno un criterio di ponderazione della quota, a testimonianza di una piena adesione alle indicazioni nazionali (Dlgs 229/99). Escludendo la Provincia Autonoma di Trento e la Regione Valle d'Aosta, strutturate in una sola azienda territoriale, solo la Regione Abruzzo effettua un'unica ponderazione sull'intero Fondo sanitario regionale disponibile. Cinque Regioni (prevalentemente del Centro-Sud) effettuano la ponderazione per i tre macro livelli d'assistenza (Assi-

stenza in ambienti di vita e di lavoro; Assistenza sanitaria distrettuale; Assistenza ospedaliera). La maggior parte delle Regioni, invece, elaborano diversi criteri di ponderazione ai diversi livelli e sottolivelli di assistenza. Tra queste, ad esempio, la Regione Campania che alloca le risorse destinate all'assistenza farmaceutica, nell'ambito del livello "Assistenza distrettuale", per il 70% con una quota capitaria pesata per la struttura per età della popolazione residente e per il restante 30% in base al reddito pro-capite (Istat 1995). Per ciò che concerne i singoli criteri si rileva che quello demografico è utilizzato pressoché in tutte le regioni. Il fattore più ampiamente utilizzato è la distribuzione per età e sesso della popolazione residente. Anche la densità abitativa è un indicatore comunemente utilizzato nelle regioni (12 su 21). Il criterio geografico, non previsto a livello nazionale, è adottato in cinque regioni (Veneto, Toscana, Abruzzo, Campania, Puglia).

Il criterio socio-economico è adottato solo da due regioni: l'Emilia Romagna e la Campania. Per quanto attiene le caratteristiche dell'offerta soltanto sei Regioni utilizzano indicatori collegati con la situazione dell'offerta di servizi, ciascuna di esse con modalità estremamente differenziate e che assumono significati profondamente diversi (Piemonte, Friu-

li Venezia Giulia, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania). Il tasso standardizzato di mortalità è l'indicatore di stato di salute utilizzato da quasi il 50% delle regioni.

I risultati di questa analisi non sono sufficienti per monitorare gli effetti che la devolution può avere sui modelli di solidarietà sociale che i diversi sistemi sanitari realizzeranno nelle diverse Regioni. In questa fase del processo di devoluzione è ancora incerto dove l'evoluzione possa condurre ed, in particolare, se questo percorso possa preludere alla stessa trasformazione della natura pubblica del sistema sanitario in Italia. La devolution, in prospettiva, tende a ridurre l'effetto della solidarietà tra regioni per rafforzare un meccanismo solido intra-regionale (Cicchetti, Braga e Rienzi, 1998).

La previsione di un fondo di perequazione (Legge n. 133/99 e d.lgs. 56/00) di fatto, almeno fino al 2013, mantiene vivo lo sforzo unitario verso un riequilibrio delle condizioni dell'offerta nelle diverse Regioni. Ma sembra comunque indirizzare il nostro paese verso diversi sistemi di solidarietà sociale conseguibili nell'ambito dei sistemi sanitari, proprio in ragione della massima autonomia finanziaria e amministrativa degli "affari sanitari" nelle diverse Regioni.

Elisa Simonelli

segue da pag. 11

Il Sud rischia la "banca rotta sanitaria"

La proposta. Secondo la Commissione, creata dallo Svimez, in un sistema federalista lo Stato, essendo chiamato a garantire i principi di equità e trasparenza, ha il preciso dovere di assicurare la perequazione tra le Regioni, con basi imponibili minori. L'art. 117 della Costituzione elenca, infatti, la perequazione delle risorse finanziarie tra le materie in cui lo stato ha competenza esclusiva. La premessa da cui è partita la Commissione è che il gettito dell'Iva assegnato alle singole Regioni non corrisponde all'ammontare riscosso in quel territorio, ma è invece una cifra "costruita" utilizzando diversi parametri: numero di abitanti, consumi, capacità fiscale e altro. Secondo il decreto 56/2000 la quota teorica del gettito Iva per ciascuna Regione è calcolata sulla base dei consumi finali delle

famiglie e questo, sottolinea lo Svimez, favorisce le aree a reddito più elevato.

Lo studio mette in evidenza che il Dlgs 56/2000 va considerato alla luce delle modifiche del testo costituzionale intervenute dopo il 2000. La questione centrale è quella della sufficienza delle risorse che saranno erogate rispetto al fabbisogno. Il rinnovato Titolo V prevede infatti, all'art. 119, che le autonomie territoriali abbiano mezzi sufficienti rispetto alle funzioni pubbliche loro attribuite (comma 4) e vieta il finanziamento delle spese correnti attraverso l'indebitamento (comma 6). Ciò significa che lo Stato, oltre a definire i Lea (Livelli essenziali di assistenza), dovrà definire anche la quota di finanziamento necessaria per erogarli e garantire che sia resa disponibile per le singole Regioni.

In particolare, la proposta elaborata dalla Commissione Svimez prevede:

- standard di assistenza da garantire su tutto il territorio basati sulla popolazione di riferimento, calcolati tenendo conto di indicatori sanitari ed economico-sociali e aggiornati annualmente.
- Elementi per la determinazione del fabbisogno da parte dello Stato fino al 2006 e per gli anni successivi, ad esempio il tasso programmato d'inflazione rideterminata in base alla popolazione pesata.
- Determinazione del fabbisogno degli anni successivi.
- Copertura del fabbisogno.
- Differenza fabbisogno/entrate proprie coperta con la compartecipazione al gettito Iva di ciascuna Regione in una

percentuale che assicura la copertura integrale della Regione con più capacità fiscale.

- Un fondo perequativo, allo scopo di sanare le differenze per i territori a minore capacità fiscale che per il primo anno avrebbe un importo pari al 20% del gettito fiscale Iva e per gli anni successivi sarebbe stato aggiornato con la Finanziaria.
- Accesso al fondo perequativo: il contributo dello Stato ridurrebbe del 90% la distanza tra Regioni con gettito superiore alla media nazionale e Regioni con gettito inferiore di almeno il 10%. Lo stesso contributo raddoppierebbe per le Regioni a minor capacità fiscale che investono il maggior gettito sul potenziamento delle strutture.

IL PUNTO

Blair appoggia gli investimenti privati stranieri in sanità: effetto della cura WTO?

di Alberto Andrion

In questa pagina, viene riportata nei dettagli la notizia dell'invito fatto dal primo ministro britannico Tony Blair ad una serie di investitori stranieri (americani, europei e sudafricani) di investire e gestire direttamente strutture sanitarie di "diagnosi e trattamento" sul suolo inglese. Il motivo è quello solito: contribuire alla diminuzione delle liste di attesa. Peccato che nel contempo – vedi altra notizia sempre in questa pagina – il governo britannico continui a rifiutarsi di rinnovare in termini equi dal punto di vista economico e normativo il contratto dei medici inglesi, pochi di numero, costretti ad orari massacranti e ormai fortemente sfiduciati. Ulteriore prova della "disinvoltura" politica di Blair? Forse. Ma probabilmente c'è di più. Non è improbabile ritenere che l'apertura di Blair agli investimenti esteri derivi anche dalla necessità di tenere fede ai trattati sottoscritti dai paesi (più di 100, Italia inclusa) aderenti alla World Trade Organization (Wto). Uno di questi trattati, e precisamente il General Agreement on Trade on Services (Gats) firmato alla fine degli anni 90, prevede la liberalizzazione del commercio e degli scambi per una ampia serie di servizi, tra cui telecomunicazioni, poste, energia, trasporti, istruzione e... sanità. Come sappiamo, la grande maggioranza dei paesi ha già proceduto a mettere in opera gli accordi per quanto riguarda telefonia, energia, trasporti, ecc. In alcune nazioni con forti tradizioni di servizio pubblico residuavano alcune perplessità nel dare avvio al libero "trade" nei settori dell'istruzione e della sanità. Nessun problema: anche in questo campo, Blair e il suo "new labour" stanno aprendo la strada.

UK

L'intero Ssn dovrebbe aprirsi alla competizione. Parola di Blair

“Possiamo garantire che questo è l'inizio di una modifica dell'intero meccanismo di erogazione di servizi da parte del Ssn che culminerà in un sistema in cui lo Stato è l'ente che autorizza, regola, ma non sempre è l'erogatore di servizi”. La dichiarazione di Blair, riportata dal "Guardian" del maggio scorso, cade dopo un incontro con alcuni senior manager del National Health Service (Nhs) britannico e operatori della sanità privata americana, europea e sudafricana in gara per aggiudicarsi la gestione di 11 centri di diagnosi e cura specializzati nella chirurgia del ginocchio, dell'anca e della cataratta, specialità con le liste di attesa più alte. La portavoce del ministero della Sanità, che ha confermato gli incontri, dice che la compartecipazione con il privato non è che una parte del più ampio programma di riforma del Ssn. Uno dei provider presenti all'incontro, la finanziaria Jarvis, in squadra con un operatore dell'ospedalità canadese, si dice interessata al settore sanitario, un mercato in espansione, soprattutto all'assistenza di base. La British Medical Association, ovvero l'Ordine dei Medici, prende atto dell'avvio dei centri di diagnosi e cura, ma teme che i junior doctor possano mancare di un'adeguata formazione venendo meno una gamma più vasta di pazienti, mentre le aziende private parlano di portarsi dietro il loro staff. Nigel Edwards, incaricato delle politiche della Confederazione del Nhs, sostiene che il privato già svolge un ruolo significativo, in particolare nel campo della salute mentale e dell'assistenza agli anziani, settori di fatto già privatizzati, e che l'apertura alla competizione privata nella gestione dell'assistenza di base e delle cronicità è ormai dietro l'angolo.

UK

La terminologia medico-scientifica piace di più

I medici di famiglia dovranno forse prestare più attenzione al tipo di linguaggio utilizzato nel comunicare ai pazienti una diagnosi. Per rendere più agevole la comunicazione spesso ricorrono a un linguaggio meno scientifico e più colloquiale, ma i pazienti, stando a quanto dice un nuovo studio, preferirebbero invece che la diagnosi venisse espressa con termini medici. "Gastroenterite" e "disturbo di stomaco" sembrano infatti avere un diverso impatto. Mentre il primo termine viene recepito dai pazienti come rassicurante – il loro disturbo sembra essere preso in seria considerazione – il secondo, invece, viene interpretato come un messaggio implicito a "sbrigharsela" da soli in quanto il disturbo verrebbe considerato di lieve entità. L'indagine è stata svolta tramite questionario su un campione di 900 pazienti in 9 ambulatori in tutta l'Inghilterra. I ricercatori, provenienti dal Guy's Department of General Practice, King's College e St Thomas's Hospital Schools of Medicine and Dentistry, hanno analizzato i 740 questionari completati, con le valutazioni dei pazienti su una serie di frasi contenenti diagnosi su problemi collegati allo stomaco e alla gola, espresse con terminologia scientifica e non. Ebbene, i pazienti paiono proprio associare alla terminologia medica un senso di professionalità: gastroenterite o tonsillite piuttosto che disturbo di stomaco o mal di gola significano per il paziente che al suo problema viene prestata attenzione e attribuita una causa ben definita, e che gli verrà riconosciuta un'assenza dal lavoro per malattia; di qui una maggiore fiducia nei confronti medico e più soddisfazione per la visita effettuata.

EU

I cittadini dell'Ue possono usufruire dei servizi sanitari di base in ogni Stato membro

È stata definita una "pietra miliare" la sentenza della Corte di Giustizia che ha dato ragione a due pazienti olandesi sottoposti a cure non ospedaliere in un altro Paese dell'Unione senza esserne stati preventivamente autorizzati. Infatti, secondo la Corte, non sono giustificati gli ostacoli posti alle prestazioni di cure di tipo "non ospedaliero", come l'assistenza sanitaria prestata dai medici di famiglia e dai dentisti, e quindi i pazienti sono teoricamente liberi di farsi curare da un medico in un qualsiasi Stato membro, evitando così le liste di attesa.

La Corte lascia anche intravedere un'interpretazione più ampia del concetto di assistenza "non ospedaliera" che potrebbe includere anche tutte le cure prestate negli ambulatori e nei policlinici (cliniche con Pronto Soccorso), quando sostiene che "talvolta è difficile fare una distinzione netta tra assistenza intra o extra muraria". I chirurghi olandesi hanno argomentato che l'assistenza non ospedaliera può includere gli interventi che si effettuano in giornata, come quelli alla cataratta e alle vene varicose. I due casi di specie riguardavano, l'uno, una donna olandese che durante una vacanza in Germania nel 1994 si era sottoposta a cure dentali (costate 3835 euro), l'altro, una paziente sempre olandese, che da due anni soffriva di dolori al polso e che, nel 1993, in Belgio si sottopose ad artroscopia e riduzione dell'ulna (costo 1670 sterline), nonostante il suo medico di famiglia si fosse rifiutato di autorizzarla ad andare in Belgio dove i tempi di attesa erano più brevi. Le assicurazioni avevano respinto entrambe le richieste di rimborso dei costi sostenuti in quanto le cure non erano state preventivamente autorizzate e anzi "le cure necessarie ed appropriate avrebbero potuto essere ottenute in Olanda in tempi ragionevoli". La legge olandese "scoraggia o addirittura impedisce" ai cittadini di rivolgersi a soggetti sanitari di altri Paesi membri – dice la Corte – e questo costituirebbe "un ostacolo alla libertà sia di chi fornisce i servizi sia di chi ne fruisce", per cui gli Stati membri dovranno fare necessariamente degli aggiustamenti ai loro sistemi di previdenza sociale.

Va sottolineato che la sentenza riguarda cure non ospedaliere in quanto, come già precedentemente contemplato dalla Corte, l'assistenza ospedaliera in altro Paese deve essere preventivamente autorizzata e questo per poter tenere sotto controllo i costi. Inoltre i pazienti possono richiedere solo quelle cure assicurate dal proprio Paese e gli Stati dell'Unione possono fissare livelli di rimborso, purché basati su "criteri oggettivi, non discriminatori e trasparenti".

Ma per Martin McKee, professore di sanità pubblica europea alla London School of Igiene e Medicina Tropicale, la sentenza lascia ancora delle ambiguità sull'applicazione delle norme al di là dei casi specifici presi in esame.

UK

Stipendi più alti, ma non troppo, per gli specialisti ospedalieri

Il Review Body on Doctors' and Dentists' remuneration, l'organo non governativo che si occupa di suggerire ogni anno il riadeguamento salariale per i medici e dentisti del Ssn britannico, si è espresso per un aumento del 3,2 per cento degli stipendi dei medici specialisti ospedalieri (consultant) e dei medici di base di Inghilterra e Galles. Ricordiamo che i consultant l'anno scorso avevano rifiutato – con una decisione piuttosto sofferta e nonostante il parere contrario della British Medical Association (Bma) – un contratto che avrebbe innalzato la loro retribuzione di un 19 per cento per un triennio poiché paventavano comportasse un'interferenza eccessiva del management e un orario lavorativo più lungo. La raccomandazione del Review Body, annunciata il 19 maggio scorso e subito accettata dal Governo, non è stata però ben accolta dalla Bma che lamenta un aumento ben al di sotto di quello che si riteneva necessario. "Un ulteriore deterioramento dei livelli salariali rispetto ad altre professioni" ha commentato il presidente della Bma, Ian Bogle, aggiungendo che "in un Paese disperatamente a corto di medici, con una domanda che continua a superare l'offerta, livelli salariali migliori potrebbero contribuire non poco ad alleviare la carenza di forza lavoro". La proposta di aumenti, che riguarda i consultant ospedalieri e i medici di base, porterebbe il salario di ingresso di un junior house officer (medico ospedaliero neo-assunto) dalle attuali 18.585 sterline (26mila euro) a 19.185, mentre quello dei consultant ospedalieri a 54.340 sterline – sempreché non accettino il nuovo contratto offerto nei mesi scorsi, in base al quale il salario d'ingresso ammonterebbe a 65mila sterline l'anno. Il Governo ha accantonato 133 milioni di sterline per il nuovo contratto dei medici specialisti ospedalieri che avrebbe dovuto entrare in vigore lo scorso aprile. Le somme sono ancora nel budget delle aziende ospedaliere le quali avranno facoltà di attuare il nuovo contratto a livello locale se i medici saranno d'accordo. Ma la Bma fa resistenza.

FISCO & PREVIDENZA

La ricongiunzione dei servizi ai fini pensionistici

Per ricongiunzione si intende la facoltà del dipendente di cumulare, ai fini di un'unica pensione, tutti i diversi periodi contributivi maturati presso differenti gestioni previdenziali. Tra Stato e Casse pensioni Inpdap la legge ha sempre consentito il trasferimento delle posizioni contributive dall'una all'altra gestione. Successivamente è stato possibile il trasferimento dalle posizioni contributive maturate presso lo Stato e le casse pensioni verso l'Inps. Nel 1979 la legge n. 29 del 14 febbraio ha reso possibile il percorso inverso. Negli anni 90, poi, successive leggi hanno reso attuabile il trasferimento reciproco di posizioni contributive tra le gestioni pensionistiche esclusive e quelle delle casse previdenziali dei liberi professionisti.

La ricongiunzione dei servizi tra le varie casse pensioni confluite nell'Inpdap, avviene in forma gratuita e d'ufficio. È il caso del dipendente ospedaliero che in qualità di personale sanitario tecnico o infermieristico, transiti, conseguita la laurea, nel ruolo medico dipendente, o da biologo a dirigente medico. L'iscrizione primitiva alla Cpdel viene ricongiunta alla Cps (Cassa Pensioni Sanitari) e la pensione viene liquidata dall'ultima cassa presso cui il dipendente risulta iscritto all'atto della cessazione. Sono ricongiungibili tutti i servizi prestati con l'obbligo di iscrizione ad una delle casse pensioni, unitamente agli eventuali periodi riconosciuti utili mediante riscatto o precedenti ricongiunzioni.

Il titolare di pensione a carico di una delle casse pensioni, e che successivamente presta opera retribuita con obbligo di iscrizione alla stessa o diversa cassa pensioni (è il caso dei sanitari già pensionati ospedalieri che assumano un incarico quali specialisti ambulatoriali e che in seguito si trovino a svolgere attività quali dipendenti del servizio sanitario) può chiedere di rifondere, maggiorati degli interessi, gli importi di pensione riscossi. Così ricostruita, l'originaria posizio-

ne può richiedere la ricongiunzione ai fini di un'unica pensione al servizio con obbligo di iscrizione in atto. Qualora l'iscritto non eserciti la facoltà di ricongiunzione, all'atto della nuova cessazione dal servizio avrà diritto, se il periodo è superiore ad un anno, ad una quota aggiuntiva di pensione che si sommerà a quella maturata sul precedente servizio.

La possibilità di ricongiungere tutte le posizioni contributive maturate presso l'Inpdap all'Inps è propria di quei lavoratori assicurati all'Inps che precedentemente hanno maturato una contribuzione presso l'Inpdap. Il trasferimento all'Inps, prodotto a domanda dell'interessato, ai sensi dell'articolo 1 della legge 29/79, riguarda tutti i contributi versati dall'Inpdap, quelli connessi a servizi effettivi e quelli collegati ai riscatti, ed è gratuito. Con la legge n. 45 del 1990 si è data la possibilità ai dipendenti pubblici di chiedere la ricongiunzione verso le casse pensioni Inpdap di tutti i periodi di contribuzione maturati presso le forme di previdenza dei liberi professionisti. È un'operazione onerosa in quanto prevede il calcolo della "riserva matematica" della quota di pensione corrispondente ai periodi ricongiunti. Il diritto e la misura della pensione unica, conseguente alla ricongiunzione, saranno determinati secondo le norme proprie della gestione presso cui si concentra la posizione assicurativa, purché, però, i periodi complessivi di contribuzione non siano inferiori ai 35 anni, ovvero sia stata raggiunta l'età per il collocamento a riposo per la pensione di vecchiaia o, infine, qualora si verificino le condizioni per la pensione di inabilità assoluta o permanente.

Diversamente si liquiderà la pensione prendendo a base solo il periodo Inpdap, qualora questo sia tale da far conseguire il diritto a pensione e si restituirà alla gestione di provenienza i contributi trasferiti a seguito della ricongiunzione.

Claudio Testuzza

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Cassazione massime

Indennità Enpam: no a ritenute fiscali diverse per Mmg e ambulatoriali

In tema di imposte dirette, l'indennità di fine rapporto erogata dall'Enpam ai medici generici, pediatri e addetti ai servizi di guardia medica (come quella erogata ai medici specialisti ambulatoriali), essendo connessa alla cessazione del rapporto di lavoro, quale che sia la natura di questo, e commisurata ad un reddito a formazione pluriennale cui ha concorso la contribuzione del lavoratore, va ricondotta, in assenza di una specifica disciplina, alla disposizione residuale di cui all'art. 16 primo comma lettera a) dei Dpr 22 dicembre 1986 n. 917, che colloca "tra le altre indennità e somme percepite una volta tanto in dipendenza della cessazione dei rapporti" compresi nel primo periodo, anche le somme "risultanti dalla capitalizzazione delle pensioni". Ne consegue che la stessa indennità è soggetta ad Irpef secondo le modalità previste per quelle di fine rapporto dall'articolo 17 del T.U. delle imposte sui redditi. Così con la sentenza n. 7795 del 2003 la Corte di Cassazione ha deciso giuridicamente fondata l'istanza di rimborso delle maggiori ritenute fiscali, applicate sull'acconto del trattamento definitivo di posizione erogato dall'ente previdenziale, proposta dal soggetto interessato.

Corte di Cassazione

La cartella clinica non ha valore di prova privilegiata

Nel corso di un giudizio per risarcimento danni, le annotazioni diagnostiche contenute nella cartella clinica non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova. Le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova.

Consiglio di Stato

Accettazione dimissioni: no al rispetto dei termini se il medico che le presenta è già sospeso

Se il dipendente di una Asl presenta le dimissioni dopo essere stato sospeso dal servizio in via cautelativa l'amministrazione non è tenuta al rispetto dei trenta giorni di tempo previsti dalla legge per la loro accettazione. La sospensione del servizio, infatti, abilita l'amministrazione "a ri-

ardare l'accettazione delle dimissioni". Con questa motivazione il Consiglio di Stato con sentenza n.3080/2003 ha respinto il ricorso in appello di un biologo coadiutore di una Asl di Ferrara che, sospeso dal servizio a seguito dell'apertura di indagini preliminari nei suoi confronti da parte del Tribunale di Ferrara, aveva presentato alla Asl una dichiarazione di volontarie dimissioni, per non incorrere nel cd. blocco delle pensioni. Non avendo l'amministrazione dato alcun riscontro alla domanda di dimissioni, il sanitario rientrava nel blocco della sua pensione. L'inerzia della Asl è stata impugnata dall'interessato, ma Palazzo Spada ha rigettato il ricorso ritenendo infondato il motivo di censura. Infatti, secondo quanto previsto dal Dpr n.761/79 in materia di personale sanitario, l'accettazione delle dimissioni "può essere ritardata per motivi di servizio non oltre trenta giorni dalla data di presentazione delle dimissioni e può essere anche sospesa, qualora a carico del dipendente sia stato in precedenza avviato un giudizio disciplinare".

Tar Lazio

Retribuzione di risultato è a discrezione dell'azienda per i dirigenti non medici delle Asl

Il giudice amministrativo "non può inserirsi nel procedimento valutativo dei dirigenti delle Asl, sostituendo il suo giudizio a quello dell'azienda nella verifica dei risultati".

do il suo giudizio a quello dell'azienda nella verifica dei risultati ottenuti". Con questa motivazione il Tar del Lazio ha respinto il ricorso di un dirigente non medico dell'azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma contro la delibera del direttore generale che aveva definito la cosiddetta "retribuzione di risultato" per il personale dirigente dell'azienda. Il ricorrente contestava il sistema di computo della retribuzione e l'illegittimità dei criteri seguiti per la valutazione dei risultati e per la distribuzione del relativo fondo. Con sentenza n. 5282/2003 della terza sezione bis il Tar del Lazio ha affermato che l'azienda ospedaliera "è l'unico soggetto a poter valutare la rispondenza dei risultati raggiunti riguardo agli obiettivi da essa stessa prefissati". La complessiva valutazione da parte dell'Azienda è indicativa dell'elevato margine discrezionale di apprezzamento "svolto alla stregua di criteri di squisito ordine tecnico che lasciano spazio a diversi moduli interpretativi, l'elaborazione dei quali attiene ad una sfera di completa autonomia del giudizio di Amministrazione". È proprio l'ampiezza del potere discrezionale dell'Autorità amministrativa a comporre il cosiddetto "merito tecnico" che preclude al Giudice di legittimità la possibilità di inserirsi nel procedimento valutativo, sostituendo il suo giudizio a quello dell'Azienda nella verifica dei risultati. I testi delle sentenze citate sono pubblicati sul sito www.anaao.it

SANITÀ PRIVATA

Pubblico/Privato: tecnologia a confronto

Gli investimenti per tecnologia ed apparecchiature sono uno degli aspetti più caratteristici e propandati dell'ospitalità privata accreditata. Per la facilità con la quale è possibile effettuare gli acquisti, senza lacci e laccioli burocratici, ma soprattutto per la celerità di acquisizione dello strumento stesso, da quello di utilizzo routinario al più costoso e sofisticato.

Può essere pertanto interessante effettuare una analisi delle tecnologie e delle apparecchiature concentrate nell'ambito di queste strutture, consapevoli che l'indicatore non può essere certo il numero di apparecchiature, ma le ore di funzionamento e di procedure diagnostiche e terapeutiche effettuate. E che il confrontare tali dati con quelli del sistema pubblico non ha quindi che un valore relativo, utile tuttavia per una serie di considerazioni di ordine generale.

• **Apparecchiature per radiologia tradizionale**

Il dato più recente indica la presenza di

1,7 gruppi radiologici presenti nelle 531 strutture ospedaliere private accreditate e 7,7 negli 831 ospedali pubblici

• **Diagnostica per immagini**

Ecografi, Tac e Rmn sono rispettivamente 1,7, 0,4 e 0,2 nel privato; 7,7, 0,8, 0,3 nel pubblico

La radiologia tradizionale appare piuttosto sviluppata nel settore privato come pure l'ecografia, anche se complessivamente in modo inferiore rispetto al pubblico. Tac e Rmn presentano al contrario un rapporto analogo nei due settori. Infatti, necessitando di grossi investimenti si punta evidentemente su una maggiore estensione giornaliera delle ore di esercizio.

• **Apparecchi per anestesia e per ventilazione polmonare**

2,2 e 1,6 nel privato, 7,9 e 11,4 nel pubblico

• **Tavoli operatori e lampade scialitiche**

1,9 e 2,5 nel privato; 8,1 e 14,1 nel pubblico

La tecnologia di sala operatoria è signi-

ficativamente presente in entrambi i settori. Il divario nel rapporto apparecchiature/strutture deve tener conto delle strutture dedicate all'urgenza presenti nel pubblico.

• **Analizzatori per laboratorio e contaglobuli automatici**

0,7 e 0,9 nel privato 3,3 e 1,9 nel pubblico

• **Apparecchiature per emodialisi**

1,9 e 11,1

• **Camere iperbariche**

0,02 e 0,05.

Differenze non particolarmente significative tranne che per l'emodialisi.

Sempre per fornire ulteriori indicazioni può essere interessante l'analisi delle stesse apparecchiature presenti a livello extraospedaliero, sia nelle strutture sanitarie private accreditate che in quelle pubbliche.

• **Apparecchiature per radiologia:** 1551 nelle strutture private e 806 in quelle pubbliche

• **Diagnostica per immagini:** Ecografi,

TAC e RMN sono 995, 166 e 46 nel privato; 348, 6 e 0 nel pubblico

• **Analizzatori per laboratorio e contaglobuli automatici:** 1199 e 1958 nel privato, 200 e 139 nel pubblico

• **Apparecchiature per emodialisi:** 560 nel privato e 489 nel pubblico

• **Camere iperbariche:** 19 nel privato e 2 nel pubblico.

Quali osservazioni trarre?

Nell'ospitalità privata accreditata la tipologia di apparecchiature e tecnologia è presente in modo qualitativamente analogo rispetto al settore pubblico, ma con un rapporto apparecchiature/strutture notevolmente inferiore. Ciò che pone dei grossi interrogativi su quale sia realmente il rapporto ottimale. A livello extraospedaliero, al contrario, il settore privato pone sul mercato una offerta quantitativamente assai consistente di apparecchiature e tecnologia, laddove il pubblico è quasi inesistente.

Fabio Florianello

Apparecchiature e tecnologie presenti nell'ospitalità privata accreditata e pubblica

	N. strutture	Posti letto	N. ricoveri	Ecografi	Tac	Rmn	Gruppo Radiologico	Rx portatile	Tavolo Telematico per Radiologia	Apparecchi anestesia	Ventilatori polmonari	Tavolo operatorio	Lampade scialitiche	Analizzatori laboratorio	Conta globuli automatico	Apparecchi emodialisi	Camere iperbariche
Osp. priv. accreditata	531	53.341	1.563.181	885	218	88	923	439	424	1.157	867	1.023	1.349	1002	13	350	469
Ospedali pubblici	813	255.247	11.158.575	6.257	691	222	4.942	2.322	1.818	6.418	9.240	6.545	11.477	9023	38	2662	1564
Apparecchiature				1,7	0,4	0,2	1,7	0,8	0,5	2,2	1,6	1,9	2,5	1,9	0,02	0,7	0,9
strutture				7,7	0,8	0,3	6,1	2,9	2,2	7,9	11,4	8,1	14,1	11,1	0,05	3,3	1,9

MEDICI IN PENSIONE

Enpam: un'imposta "doppia" per la previdenza privatizzata

Che il reddito da pensione sia tassato come un reddito da lavoro, cioè con le medesime aliquote fiscali, appare a molti una condizione da rivedere. La prestazione previdenziale, specie con l'introduzione del sistema contributivo, si assimila sempre più ad un rendimento finanziario. E mal si comprende perché per quest'ultimo possa valere il cosiddetto "capital gain" al 12,5%, mentre l'importo pensionistico debba scontare un'ordinaria tassazione che, per particolari cifre, può raggiungere sino al 45%. Ma se questo riguarda l'ampia platea dei pensionati, ancora più vessatoria ed ingiustificata appare la doppia tassazione che si instaura sui rendimenti delle casse di previdenza dei liberi professionisti, privatizzate. Infatti, a fronte, delle imposizioni fiscali prodotte sul percettore della pensione si attivano le medesime (nel caso specifico l'Irpeg) anche sui proventi delle attività economiche degli enti, equiparati dalla vigente normativa fiscale a persone fisiche: più di 320 miliardi all'anno di tasse pagate. L'Enpam, l'istituto previdenziale dei medici, già da tempo ha sottolineato la gravità della condizione che lo sottopone ad un vero e proprio salasso annuale.

L'Adepp, l'associazione che riunisce gli enti dei liberi professionisti, con il suo presidente Maurizio de Tilla, si è fatta portavoce del malcontento di tutte le categorie. Appare, infatti, anacronistico che, mentre si parla di una sostanziale riduzione dell'aliquota sui rendimenti dei fondi pensione (attualmente dell'11%, ma in previsione riducibili al 6%), si mantenga un diverso regime fiscale per le casse di previdenza.

Le casse di previdenza dei professionisti che annoverano oltre un milione e mezzo di iscritti, di cui trecentomila sono medici ed odontoiatri, sono state privatizzate nel 1994

(dlgs n. 509) con la definizione di enti senza fine di lucro, che hanno finalità istituzionale di raccogliere e gestire i contributi ed erogare le prestazioni pensionistiche ai loro iscritti.

In quest'azione non si avvalgono di alcun contributo statale, ma il loro equilibrio finanziario è basato esclusivamente sulla buona ed efficiente gestione del proprio patrimonio. Per cui appare così chiaramente che l'imposizione fiscale che viene esercitata sul reddito è doppia, colpendo, prima, in capo alla cassa professionale, e, poi, al momento dell'erogazione della pensione, in capo ai pensionati. Questa situazione "anomala" non è invece stata prevista dal legislatore per i fondi pensione per i quali viene indicata la detassazione delle rendite finanziarie, già sottoposte in seno al fondo pensione ad autonoma fiscalizzazione.

In fondo la struttura delle casse dei professionisti è assimilabile a quella dei fondi pensione. Per entrambe vi è l'obbligo di legge di costituire riserve patrimoniali per garantire i trattamenti. Non si comprende, sostiene l'Adepp, perché da un canto si chieda di accumulare patrimoni e poi li si assoggetti a regimi fiscali particolarmente onerosi. Viene pertanto sollecitato il Governo affinché, nel trattare la detassazione dei fondi pensione al fine di favorirne la loro diffusione, si consideri la particolare condizione degli enti di previdenza dei professionisti ingiustamente colpiti da un'imposizione tributaria troppo gravosa.

Claudio Testuzza

segue dalla prima

LA PAZIENZA DEI MEDICI È FINITA

Generale e degli staff aziendali cresciuti a dismisura a danno della componente produttiva. Rispolveriamo l'ipotesi del Consiglio di amministrazione, diamo più poteri al collegio di direzione, rivediamo il sistema concorsuale per le apicalità, semplifichiamo e rivediamo il sistema delle verifiche.

Dei termini quantitativi del contratto abbiamo già scritto più volte ed abbiamo fatto uno sciopero il 4 giugno per il rispetto degli impegni assunti dal governo e finora non mantenuti.

Ci incombe, però, ora l'obbligo di un commento politico sull'incredibile atto di indirizzo inviato all'Aran dal Comitato di settore per il rinnovo del Contratto nazionale di lavoro.

Il testo ed una prima analisi dei suoi contenuti sono pubblicati in altra pagina di questo giornale. Quello che qui ci preme domandare a Regioni e Governo è se si rendono conto dell'atto di ostilità rappresentato da quel documento. E' una vera e propria dichiarazione di guerra ai medici, nell'intento di peggiorare sensibilmente le condizioni normative ed economiche di una categoria già fortemente sofferente per la quotidianità di una vita aziendale che, come abbiamo prima spiegato, rende persino difficile, in certe condizioni, l'assolvimento degli obblighi etici della professione.

Sembra purtroppo che anche la sanità

non faccia eccezione al clima di scontro e di rissa in cui vivono ampi settori delle professioni e del lavoro nel nostro Paese. Quanto questo sia saggio lo affidiamo alla riflessione delle persone responsabili.

Sappiano i medici che non perderemo la bussola, che non ci lasceremo trascinare dalle difficoltà del momento su posizioni di puro rivendicazionismo sterile, ma che, fedeli alla nostra linea tradizionale, difenderemo con durezza i nostri diritti e con tanta maggiore efficacia se non perderemo di vista i problemi di ordine generale.

Difendere il Ssn ed un suo adeguato finanziamento vuol dire, infatti, difendere con efficacia le nostre condizioni di lavoro e le nostre retribuzioni.

Difendere la unicità del sistema sanitario contro gli smembramenti provocati da uno sbagliato processo devolutivo vuol dire difendere il contratto nazionale di lavoro, unico e forte strumento di tutela dei nostri interessi.

Sappiano infine tutti, Governo e Regioni, che i medici non si piegheranno e continueranno a perseguire con tenacia gli interessi generali dei cittadini, identificati in un sistema sanitario universale, solidale e nazionale, ed i propri legittimi interessi.

Serafino Zucchelli

CROCIERA NUBIANA 19-25 OTTOBRE 2003

SCHEDE DI PRE-ADESIONE

DA RENDERE COMPILATA ENTRO IL 10 SETTEMBRE 2003 A:
ERMES VIAGGI - CO.SO EUROPA 22 - 20122 MILANO
TELEFONO 02.782200 - FAX 02.795433 - E-MAIL: ERMES.VIAGGI@TISCALINET.IT

NOME _____ COGNOME _____

VIA _____

CITTÀ _____ CAP _____ PROV. _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

TESSERA ANAAO CARD N. _____

PARTENZA DA ROMA FIUMICINO _____

O PARTENZA DA ALTRO AEROPORTO _____

O _____

INDICARE IL NOME DELLA PERSONA CON CUI DIVIDERE LA CAMERA _____

IN COLLABORAZIONE CON:
ERMES VIAGGI S.A.S. DI STRAMEZZI CARLO E PAPINI LUIGI & CO

IL PROGRAMMA DETTAGLIATO DEL VIAGGIO È DISPONIBILE SU DIRIGENZA MEDICA N. 2/2003 OPPURE PUÒ ESSERE RICHIESTO PRESSO LA SEDE ANAAO ASSOMED DI MILANO
TELEFONO 026694767 - FAX 0266982507 E-MAIL: SEGR.NAZ.MILANO@ANAAO.IT

Lettera al Direttore

Gentile Direttore, nello stesso giorno in cui ho letto la mia lettera pubblicata (Dirigenza Medica n. 3/2003), ho ricevuto comunicazione dell'avvenuto rimborso delle spese legali da parte della mia Azienda Ospedaliera.

Questo non toglie nulla alla difficoltà imprevedibili in cui si imbatte il malcapitato medico-imputato. Tuttavia non menzionare l'esito positivo sarebbe disonesto. La prego di pubblicare questa nota aggiuntiva

Dott. Giovanni Maniscalco - Roma

Fondazione Onlus "Pietro Paci"

Centro Studi Anaa Assomed

SEMINARIO NAZIONALE

IL RUOLO DEL MEDICO NEL SISTEMA DELLA PREVENZIONE
TRA ESIGENZE DI VALORIZZAZIONE, INTEGRAZIONE, EFFICACIA/EFFICIENZA

Roma, 24 ottobre 2003
Auditorium Cassa Forense

PROGRAMMA

I SESSIONE

COORDINATORE: TOMMASO TRENTI

9,00

I Dipartimenti di Prevenzione tra esigenze di Efficienza/efficacia, sviluppo e consenso: linee guida ed esempi

Giovanni Renga, Presidente Siti (Società Italiana Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica)

9,30

Il medico della Prevenzione e il governo clinico

Gian Luca Giovanardi
Direttore Sanitario AUSL Parma

10,00

La ricerca biomedica e una prevenzione sempre più basata su prove di efficacia

Aligi Gardini
Vice Presidente SNOP (Società Nazionale Operatori della Prevenzione)

10,30

Promozione della salute e protezione ambientale: idee per l'integrazione

Stefano Beccastrini
ARPAT Toscana (Agenzia regionale per la protezione ambientale)

11,00

Integrazione intersettoriale per l'azione a livello locale: cosa è possibile fare e cosa si dovrebbe poter fare

Donato Greco
Iss (Istituto Superiore di Sanità)

11,30

Considerazioni e proposte per un nuovo profilo di medico nella rete della Prevenzione

On. Eolo Parodi
Presidente Enpam

12,00

La prevenzione ambientale e sanitaria come opportunità per politiche di solidarietà, sviluppo sostenibile e di efficienza

On. Altero Matteoli
Ministro Ambiente

12,30

Discussione

II SESSIONE

COORDINATORE: PAOLO LAURIOLA

14,00

Tavola rotonda: Il ruolo del medico nel sistema della prevenzione: stato e prospettive in Italia

Moderatore
Ennio Cadum

Sono invitati
Antonio Tomassini,
Presidente Commissione Igiene e Sanità Senato
Rosy Bindi
Resp. sanità Margherita
Vincenzo Maria Saraceni
Assessore Ambiente Regione Lazio
Giovanni Bissoni
Assessore Sanità Regione Emilia Romagna
Edolo Minarelli
Presidente AssoARPA
Paolo Cadrobbi
Direttore Generale ARPA Veneto
Fabrizio Oleari
Direttore Generale Dipartimento Prevenzione Ministero Salute

16,30

Discussione

17,00

Conclusioni

Serafino Zucchelli
Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED

Verrà avviata la procedura per ottenere gli ECM

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino, Mario Lavecchia

Hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Paola Carnevale,
Fabio Florianello, Mariano Rampini,
Elisa Simonelli, Claudio Testuzza

Sono intervenuti:
Fabrizio Gianfrate

Progetto grafico e impaginazione:
Giordano Anzellotti (art director), Daniele Lucia

Abbonamento annuo € 20,66
Prezzo singola copia € 2,50

Editore
Italpromo Esis Publishing

Via del Commercio 36, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299821/2

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza dei dati forniti
dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di luglio 2003