



IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



Lettera aperta al Presidente Berlusconi

Non è solo questione di soldi

Dio e Allah: un'Europa che cambia

Riflettiamoci sulle pensioni: anche tra di noi

Speed, in abito, post-45%, scoppia 20th art. 3, Legge 662/96 - Roma.
In caso di mancato recapito ritournare al C.P.R. Roma Romanina Stampo per restituzioni al mittente previo pagamento r.a.



CIC Edizioni Internazionali



**ASSOCIAZIONE SINDACALE
MEDICI DIRIGENTI**

SERVIZI OFFERTI DALLA CIMO AGLI ISCRITTI

A. L'INFORMAZIONE

1. IL MEDICO OSPEDALIERO:

bimestrale, è l'organo ufficiale della CIMO-ASMD, inviato ad ogni iscritto. Indirizzi errati, cambi d'indirizzo, ecc., vanno segnalati alla Segreteria Nazionale. Via Nazionale, 172 - 00184 ROMA

2. CIMONEWS:

bollettino d'informazione sull'attualità politica e sindacale inviato a tutti gli iscritti nei mesi nei quali non esce il *Medico Ospedaliero e del territorio*.

3. WWW.CIMOASMD.IT:

il sito internet sul quale si possono trovare tutte le informazioni relative alle novità sindacali, all'attività ed all'organizzazione della CIMO-ASMD; dal sito si possono inoltre scaricare tutti i documenti ufficiali (i decreti ministeriali, il contratto di lavoro, atti d'indirizzo, ecc.) ed i commenti della CIMO-ASMD. L'accesso è libero, senza necessità d'alcuna password. Alcune Regioni hanno attivato propri siti dedicati alle problematiche ed all'attività locale, ai quali si può accedere anche dal sito nazionale.

4. WWW.ILNUOVOMEDICO.IT:

settimanale su Internet di notizie ed approfondimenti sanitari. È in programma l'invio e-mail agli iscritti che ne faranno richiesta.

5. IL GRANDANGOLO:

quaderni di cultura sanitaria. È la rivista trimestrale del Centro studi "Ercole Bruno", inviata ai Dirigenti CIMO-ASMD ed agli iscritti che ne fanno richiesta alla Segreteria Nazionale.

6. LETTERA INFORMATIVA DEL PRESIDENTE:

newsletter del Presidente Nazionale sulle "novità" politico-sindacali e legislative, inviata ai dirigenti periferici del sindacato. È consultabile e scaricabile dal sito.

7. EDITORIA CIMO-ASMD:

la CIMO-ASMD cura la pubblicazione di numerosi volumi di interesse sanitario. Chi è interessato può richiederli (alcuni a titolo gratuito, altri a pagamento) alla sede nazionale.

B. I SERVIZI

1. SERVIZIO QUESITI:

il dott. Carlo Sizia fornisce risposte alle richieste di pareri su problemi sindacali. Queste devono essere inviate, complete di tutte le informazioni necessarie, alla Segreteria nazionale CIMO-ASMD, Via Nazionale, 172 - 00184 Roma (Fax 06/6780101; e-mail: sede.nazionale@cimoasmd.it, indicando il proprio recapito; per una risposta più rapida occorre indicare il numero di fax personale o la propria e-mail.

2. SERVIZIO DI ASSISTENZA LEGALE CIMO-ASMD:

il servizio di tutela legale per le controver-

sie di lavoro degli iscritti CIMO-ASMD è affidato alle singole Federazioni Regionali CIMO-ASMD; l'iscritto deve quindi rivolgersi alla propria Segreteria Regionale per accedervi.

3. VERIFICA BUSTA PAGA E CALCOLO PENSIONE TEORICA:

per richiedere tale servizio occorre inviare, alla CIMO-ASMD, Via Ragusa, 3 - 36100 Vicenza tel.0444/505632 fax 0444/500710, la seguente documentazione: a) fotocopia busta paga attuale; b) stato di servizio, o dichiarazione con precisa indicazione di tutti i periodi e qualifiche ricoperti; c) scheda relativa ad inquadramento economico in atto (stipendio, IIS, ISM, RIA, salario di posizione e risultato); d) in caso di passaggio di qualifica presso ente o enti, diversi: produrre anche la scheda d'inquadramento economico nella qualifica di provenienza, con indicazione delle anzianità; e) in caso di verifica stipendio con riferimento a tutti i servizi resi: produrre tutte le schede di inquadramento disposte in applicazione dei vari accordi di lavoro. La risposta richiede almeno 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

4. SERVIZI DI PATRONATO E ASSISTENZA FISCALE:

Convenzione con il Patronato S.I.A.S. Servizio di assistenza e di consulenza tecnica medico legale, gratuito agli iscritti CIMO-ASMD ed ai loro familiari, per il conseguimento delle prestazioni di qualsiasi genere, previste dalla normativa regolante la previdenza, la quiescenza e la malattia professionale, fornite dai vari Enti (INPDAP, INAIL, INPS, ecc.), nonché l'assunzione del patrocinio nelle opportune sedi giurisdizionali. L'iscritto, e/o il suo familiare, può recarsi direttamente, dichiarando di essere associato CIMO-ASMD, presso la sede del patronato della sua città, i cui indirizzi sono reperibili presso le segreterie regionali e/o provinciali CIMO-ASMD oppure sul sito internet www.md./SIAS/SediSIAS.htm.

Convenzione con i CAF MCL:

Presso tutte le sedi periferiche dei Centri di Assistenza Fiscale MCL, gli iscritti CIMO-ASMD possono ottenere gratuitamente il visto di conformità al modello 730 già compilato oppure l'assistenza alla compilazione ed all'elaborazione del modello stesso, pagando una tariffa convenzionata. Il CAF è in grado di dare assistenza anche nella compilazione del modello Unico e nella denuncia ICI.

Il recapito del CAF della propria città può essere richiesto alla propria segreteria provinciale e/o regionale, oppure sul sito www.mcl.it/.

5. FORMAZIONE: CIMO-ASMD:

offre a tutti i propri iscritti l'adesione alla S.P.E.M.E, una Società scientifica che consente loro di partecipare, gratuitamente o con forti riduzioni, agli eventi formativi, accreditati E.C.M. da questa organizzato. Il calendario è disponibile sul sito: www.speme.it.

C. LE CONVENZIONI

1. LA COPERTURA ASSICURATIVA R.C. PROFESSIONALE:

è stata attivata una nuova convenzione con Previmed, che potete trovare sul sito www.previmed.it. Per avere informazioni sulle condizioni di polizza e le modalità di adesione contattare la propria Segreteria Regionale o la sede nazionale della CIMO.

2. FONDO DI PREVIDENZA CIMO-ASMD-VENETO:

è un fondo di previdenza (per i rischi morte, invalidità temporanea o permanente) attivato dalla CIMO-ASMD Veneto dal giugno 1995, cui possono aderire volontariamente (al costo di euro 185,92 anno, versato tramite bonifico bancario) anche gli iscritti CIMO-ASMD di altre Regioni. Per informazioni rivolgersi al dott. Marco Frezzato: tel. 0347/2301870.

3. CONVENZIONE CON FINMIRO BANCA:

Tutti gli iscritti CIMO-ASMD possono ricevere una carta di credito MasterCard-CIMO-ASMD con un massimale fino a tre milioni, gratuitamente per sé ed i propri familiari (per affidamenti superiori la spesa annuale è comunque inferiore a quella delle altre carte bancarie). La carta ha, tra gli altri, il vantaggio di poter essere utilizzata per l'acquisto di carburante e per il pagamento dei pedaggi autostradali senza costi aggiuntivi.

Per ogni chiarimento o problema occorre rivolgersi a Finemiro Banca, Punto Informativo di Firenze, Via Pratese 201, 50145 - FIRENZE - Tel.055.302331 Fax 055.300109 e-mail: finemiro.firenze@soficre.it Finemiro Banca offre agli iscritti CIMO-ASMD altri servizi finanziari a condizioni particolari, tra i quali il mini mutuo sulla busta paga, leasing e NoloPass (noleggio a lungo termine con servizio di assistenza globale) di autovetture. Ulteriori informazioni possono essere reperite sul sito www.soficre.it.

4. CONVENZIONI CON ALBERGHI:

Bettoja Hotels
Centro Prenotazioni
Tel. 06.4814798 Fax 06.4824976
E-mail: hb@bettojahotels.it
www.bettojahotels.it

Hotel Mediterraneo ##### superiore
Via Cavour, 15 - 00184 Roma
Tel. 06.4884051

Hotel Massimo D'Azeglio #####
Via Cavour, 18 - 00184 Roma
Tel. 06.487.0270

Hotel Atlantico #####
Via Cavour, 23 - 00184 Roma
Tel. 06.485951

Hotel San Giorgio #####
Via G. Amendola, 61 - 00185 Roma
Tel. 06.4827341

Hotel Nord ####
Via G. Amendola, 3 - 00185 Roma
Tel. 06.4885441

Hotel Relais Certosa #####

Via Colle Ramole, 2 - 50124 Firenze
Tel. 055.2047171
Sconto del 25% sulla tariffa ufficiale

Hotel Bonifacio

Via B. Lupi, 21 - 50129 Firenze.
Tel 055.4627133/4 Fax 055.4627132
E-mail hbfflorence@hotelbonifacio.it
www.hotelbonifacio.it.
Sconto 10%

5. CONVENZIONE CON UVET VIAGGI:

CIMO ha stipulato un accordo con UVET, una delle principali compagnie di viaggi con sedi in tutta Italia, per offrire programmi di turismo a condizioni di particolare favore.

A seguito della Convenzione, UVET, infatti, offre agli iscritti CIMO-ASMD a condizioni preferenziali i programmi di turismo individuale dei principali tour operator e di UVET tour operator.

In particolare, gli iscritti CIMO-ASMD possono prenotare per l'anno corrente i programmi di vacanze dei maggiori operatori beneficiando di sconti (riferiti ai prezzi da catalogo) tra il 5% e il 18%. Inoltre UVET promuove regolarmente le offerte speciali (oltre alle programmazioni) degli operatori e le offre alle migliori condizioni di mercato.

Per informazioni e prenotazioni

UVET Viaggi Turismo S.p.a.
Call Center
Tel. 02/67506311-312
Fax 02/67506322

Oppure

utilizzando il servizio di prenotazione della UVET VIAGGI TURISMO sul nuovo portale www.clubviaggi.it, dove gli iscritti CIMO-ASMD potranno iscriversi per usufruire di tutte le agevolazioni loro riservate.

Per potersi registrare si dovrà prima accedere al portale inserendo i seguenti parametri:

a) nome club: cimo

b) utente: (non compilare)

c) password: tenore (password generale dell'azienda) e cliccare su "Login". Una volta arrivato alla home page del sito, si dovrà cliccare su "Registrati" e compilare per intero i campi richiesti dal modulo di registrazione.

Terminate le operazioni di registrazione, lo staff di Club Viaggi invierà una comunicazione di benvenuto che confermerà il buon successo dell'operazione.

6. CONVENZIONE CON TIM TELECOM ITALIA MOBILE:

CIMO-ASMD ha definito un'intesa commerciale con TIM, che prevede tariffe scontate a tutti gli iscritti per il traffico di telefonia mobile in abbonamento, sviluppato da voce, servizi a valore aggiunto e trasmissione dati, offrendo sconti progressivi al raggiungimento di volumi di traffico da parte di tutti gli utenti collegati nel gruppo CIMO.

Per ulteriori informazioni occorrerà rivolgersi alla sede nazionale di CIMO-ASMD che provvederà ad inviare i moduli di adesione e le condizioni dell'accordo.

IL MEDICO OSPEDALIERO E DEL TERRITORIO



ANNO I (NUOVA SERIE) - N. 5 - SETTEMBRE/OTTOBRE 2003

Direttore

Carlo Sizia

Vice Direttore

Enrico Fusaro

Direttore responsabile

Raffaele Salvati

Collaboratori e consulenti

Rubriche speciali

Carlo Cabula, Maurizio Dal Maso, Gian Carlo Faletti, Alberto Karumann, Marzio Resti, Antonio Rosa, Elsa Santi

Comitato di redazione

Carlo Sizia, Mario Colucci, Daniele Amoruso, Stefano Biasioli, Giancarlo Cannella, Rosario Cannizzo, Alberto Catalano, Giulio Cecchini, Luigi Cucugliato, Mario Ferrera, Enrico Fusaro, Enrico Hüllweck, Mario Manca, Luciano Mulas, Mario Musiani, Pierantonio Muzzetto, Antonio Paddeu, Michele Berio, Ermanno Scognamiglio, Ivo Spagnoli, Renzo Tarchini

Produzione editoriale Lorenza M. Saini

Progetto grafico Grazia Mannoni

Impaginazione Osvaldo Saverino

Area pubblicità

Roma: Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppocic.it

Carla Sgarbi sgarbi@gruppocic.it

Area marketing e sviluppo

Roma: Marta Castellani castellani@gruppocic.it

Milano: Antonietta Garzonio, responsabile
garzonio@gruppocic.it

CIC Edizioni Internazionali s.r.l.

Direzione, redazione e amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma

Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688

e-mail: info@gruppocic.it - www.gruppocic.it

Uffici di Milano: Viale Caldara 35/a - 20122 Milano

Tel. 02 55187057 - Fax 02 55187061

Aut. Trib. di Roma n. 709/02 del 30/12/2002

Fotolito: Tipocrom srl, Roma

Stampa: CSC Grafica srl, Guidonia (Roma)

Finito di stampare il 6/10/2003

Copia omaggio

Il giornale viene inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

In relazione a quanto disposto dall'art. 10 della L. n. 675/1996, assicuriamo che i dati (nome, cognome, titolo di studio, attività svolta e indirizzo), presenti nel nostro archivio informatico, verranno utilizzati esclusivamente da noi per l'invio di lettere commerciali e avvisi promozionali inerenti al rapporto tra editore e abbonato. Ai sensi dell'art. 13 della L. n. 675/1996, l'abbonato ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento, con comunicazione scritta alla Società Editrice, la cancellazione, la modifica o l'aggiornamento dei suoi dati personali.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'editore.

© Copyright 2003



Editoriale

Lettera aperta al Presidente Berlusconi **4**

Politica sanitaria

Relazione sullo stato sanitario del paese 2001/2002: nuovi successi e vecchie lacune **6**

Attualità

Documento di programmazione economico-finanziaria 2004/2007 **10**

Un "atto di indirizzo" che non agevola **12**

Dio e Allah: un'Europa che cambia **14**

Aspetti contrattuali

Esperienze applicative del contratto: mutamento e revoca degli incarichi dirigenziali **16**

Rinnovo CCNL di area medica: percorso accidentato **19**

Previdenza

Riforma previdenziale: incognite e contraddizioni **22**

Nuove penalizzazioni, soprattutto per i "pubblici" **24**

Riflettiamoci sulle pensioni anche tra di noi! **26**

Professione

Non è solo questione di soldi **27**

Ma le mufte sono altrove **29**

Sicurezza sul lavoro

Le nuove frontiere del responsabile del Servizio di prevenzione e protezione nelle strutture di ricovero e cura pubbliche e private alla luce del D. Lgs. 23 giugno 2003, n. 195 **31**

Parola agli avvocati

Medici, memoria lunga! **35**

Meglio soli che male accompagnati **38**

Formazione

Corso intensivo sul Risk management **41**

Angolo del territorio

Manifesto della CIMO-ASMD specialisti ambulatoriali del territorio **43**

Di tutto un po'

44

Il direttore risponde

46

LETTERA APERTA

AL PRESIDENTE BERLUSCONI

Presidente,
il Governo da Lei presieduto è ormai giunto a metà della corrente legislatura e ben poche delle promesse da Lei fatte, pubblicamente e ufficialmente, hanno finora trovato realizzazione. Inutile negare la delusione odierna degli elettori della Casa delle Libertà, pericoloso trascurare il segnale negativo delle elezioni amministrative parziali di primavera.

Lei aveva promesso, tra le altre riforme, quella della Sanità, almeno per modificare gli aspetti più demagogici, illiberali, populistici della riforma-Bindi (D.Lgs. 229/99). Nulla in tal senso è stato fatto. In particolare:

1. era logico che, anche su nostra documentata e pressante richiesta, il Suo Governo e la Sua maggioranza "recuperassero" il rapporto di lavoro a tempo definito, "ucciso" dalla Bindi e dal CCNL '98/2001 di area medica. Ed invece ciò non è avvenuto, con il risultato di riabilitare le malefatte della Bindi e di privare il S.S.N. di un rapporto di lavoro che costava alle ASL circa il 40% in termini retributivi rispetto al rapporto di lavoro a tempo pieno, nonostante che la relativa prestazione oraria fosse del

75% (28,5 ore settimanali rispetto alle 38). Bel vantaggio per le disastrose finanze delle aziende sanitarie! E così gli ex tempo definiti sono diventati avversari giurati del Suo Governo, "reo" di non aver cancellato una norma in realtà voluta dalla Bindi, ma sostenuta con freddezza anche da parte del Centro-sinistra;

2. Lei aveva promesso di cancellare almeno le norme più odiose e anacronistiche volute dalla Bindi, su tutte la irreversibilità della opzione per il rapporto esclusivo (quella disposizione che lega "per la vita" i medici e veterinari dipendenti alle strutture pubbliche, impedendo loro qualsiasi esercizio professionale extramurario). Ed invece quella norma è ancora nel nostro ordinamento, nonostante la burla delle 48 stesure del cosiddetto "disegno di legge Sirchia", mai approvato dal

Governo in carica. Con il risultato, però, di impedire: ad almeno il 15% dei 100.000 medici e veterinari dipendenti di recedere dal rapporto esclusivo (che per una persona libera e liberale non può che essere soffocante) e di rendere così disponibili per impieghi più utili e produttivi (anche contrattuali) circa 500 mld di vecchie lire/anno (a tanto ammonta il costo medio dell'indennità di esclusività di rapporto - circa 2.600.000 vecchie lire lorde mensili con gli oneri riflessi - per i 15.000 medici e veterinari dipendenti anzidetti). La Bindi, rivalutata anche agli occhi della propria parte politica, può ben ringraziare il Centro-destra!;

3. il nostro contratto di lavoro (CCNL '98/2001 di area medica) è scaduto il 31/12/2001 e le trattative per il rinnovo del CCNL quadriennale 2002/2005 non sono ancora iniziate. Tenendo conto: che per ora è previsto il rinnovo del solo 1° biennio economico 2002-2003; che tale rinnovo non avverrà verosimilmente prima del 2004, quando cioè il contratto stesso dovrebbe invece essere già scaduto; che sulle somme percepite in ritardo rispetto alle regolari scadenze contrattuali non verranno calcolati, secondo le cattive abitudini, interessi e rivalutazione; che il Suo Governo (per bocca dei Ministri della Funzione pubblica, prima Frattini e poi Mazzella) si è affrettato a ribadire la validità dei sinistri e superati accordi sul costo del lavoro del 1992 e 1993 (che prevedono che i benefici contrattuali dell'ex pubblico impiego siano parametrati sull'inflazione programmata, che viene perciò sempre sotto-stimata, anziché sull'inflazione reale); che le cosiddette "code contrattuali" relative al CCNL '98/2001 scaduto, su cui si sono già verificate tra le Parti un preaccordo nell'estate 2002 ed una sigla di intesa il 7 maggio 2003, non sono ancora state stipulate nell'autunno 2003, ecc., ecc., perché i lavoratori dipendenti, medici e veterinari dipendenti nel caso di specie, dovrebbero prossimamente votare nuovamente per il Centro-destra, visto che almeno il Centro-sinistra il CCNL '98/2001 relativo ad entrambi i bienni contrattuali (1998-1999 e 2000-2001) lo aveva definitivamente stipulato nel giugno 2000, cioè con ritardo minore di quello già accumulato dalla coppia-taruga Mazzella-Sirchia rispetto ai contratti dei prossimi due bienni?;

4. la bozza di atto di indirizzo del Comitato di settore all'ARAN per il rinnovo del CCNL di area medica (ancora all'esame del Consiglio dei Ministri, mentre scriviamo) è tanto provocatoria e scandalosa da aver ricompattato contro le Parti pubbliche e il Governo tutto il sindacalismo medi-



co (sia la scrivente CIMO-ASMD e l'Intesa medica, che non hanno atteggiamenti pregiudiziali contro il Suo Governo, sia la cosiddetta "Intersindacale medica", capitanata dalla ANAAO, risaputamente e dichiaratamente filo-Bindi e quindi anti-Sirchia e anti-Berlusconi). Una bozza, tra l'altro, che: in tempo di devoluzione, non prevede un livello regionale di trattativa di area medico-dipendente, nonostante che tale livello sia diventato un nodo fondamentale per il raccordo normativo-funzionale delle ASL; all'inizio del 3° millennio prevede per i medici e veterinari dipendenti solo un orario di lavoro minimo, senza indicare i limiti massimi, aprendo così le porte ad ogni tipo di abuso e allo scadimento qualitativo delle prestazioni mediche; infine, a fronte della normativa obbligatoria sull'ECM (educazione continua in medicina), vuole eliminare la riserva di ore settimanali (4, per la precisione) dedicata alla formazione, all'aggiornamento, allo studio e alla didattica dei medici e veterinari dipendenti, ecc., ecc.;

5. e perché questo Governo non ha fatto alcunché in tema di flessibilità del lavoro medico? Su questo aspetto bisognava non soltanto recuperare il rapporto a tempo definito, ma liberare anche il rapporto a part-time dei medici e veterinari dipendenti dai vincoli che oggi ne impediscono praticamente l'utilizzo, essendo l'accesso limitato alle ragioni di ordine sociale e assistenziale e gli istituti del rapporto di lavoro dominati da inibizioni e incompatibilità di ogni tipo (libera professione, pronta disponibilità, ecc.). Ed allora il prof. Marco Biagi è morto inutilmente?;

6. e perché il personale dirigente del Ministero della Sanità e della Funzione pubblica, nonché dell'ARAN, non è stato rinnovato in modo ragionevole, come era ed è possibile, così da evitare che le funzioni di tali istituzioni fossero paralizzate da esponenti dell'apparato che "a sinistra" non hanno solo il cuore, ma l'intero cervello?;

7. certo qualcosa è stato fatto, ma chi oggi sottoscriverebbe ancora l'intesa Stato-Regioni (patto di stabilità in ambito sanitario) dell'8 agosto 2001, tradotta in legge 405/2001, che prevede risorse per il S.S.N. in misura del 5,88% del PIL, visto che il nostro prodotto interno lordo si è subito ammalato, non cresce più e che comunque l'Europa che conta dedica alla Sanità pubblica almeno il 7,5-8% del proprio PIL? E può bastare, in due anni e mezzo di Governo, il solo provvedimento di proroga (per un biennio) della possibilità per medici e veterinari dipendenti di esercitare la libera professione intramuraria anche nei propri studi professionali, vista l'impossibilità delle aziende sanitarie di garantire spazi, attrezzature e organizzazione per tali attività nelle proprie strutture?

Presidente, Lei aveva promesso una verifica semestrale sull'efficacia e qualità dell'attività dei Suoi Ministri. Se tali verifiche (5, finora) fossero state fatte, o venissero fatte, non c'è dubbio che la valutazione dell'attività di settore del Ministro Sirchia sarebbe negativa, senza per questo voler minimamente infierire.

Purtroppo non basta essere milanesi o lombardi per essere buoni Ministri. Anche Veronesi ha gestito male la Sanità, basti pensare all'emorragia di risorse sanitarie da lui indotta, sotto il secondo Governo Amato, attraverso la irresponsabile soppressione dei tickets sui farmaci. Tra l'altro, perché il Centro-destra non ricorda mai questi insuccessi?

Ed allora, coraggio: si liberi dalle "palle al piede", che appannano la Sua immagine, e faccia le riforme, non solo quelle fin qui ricordate! In particolare, Le consigliamo caldamente:

- di riformare gli artt. 3 e 15 del D.Lgs. 502/92 (come modificato dal D.Lgs. 229/99) per dare un assetto istituzionale credi-

bile all'organizzazione e gestione della Sanità nel nuovo assetto dell'articolazione dello Stato e delle autonomie regionali e locali e per rivedere, con taglio moderno e occidentale, con corsualità, carriera, livelli dirigenziali, contrattualità, incentivazione e libera professione dei medici e veterinari dipendenti;

- di rivedere dal profondo gli accordi sul costo del lavoro del 1992 e del 1993, anche per dare la possibilità alla contrattazione di definire liberamente, nella dialettica degli interessi contrapposti, qualche istituto del rapporto di lavoro delle varie categorie, senza che la legge (per lo più quella finanziaria) debba sempre intervenire per occupare ogni spazio negoziale. Credo che ciò servirebbe anche per stimolare consumi e sviluppo in genere;

- di dare una spinta ai disegni di legge Tomassini e Fragalà sul rischio professionale medico e sanitario: lo chiedono il contenzioso crescente e la necessità di mettere al riparo gli operatori della salute e i bilanci delle aziende sanitarie;

- di guardare anche al di là della presente legislatura, avviando un grande progetto per la "nuova Sanità del 2010", in cui ci sia spazio anche per un Fondo per i non autosufficienti, ma soprattutto per finanziare adeguatamente il S.S.N., anche chiarendo i cittadini ad una compartecipazione (diretta e di modesta entità) su ogni prestazione sanitaria goduta, con l'eccezione dei cittadini veramente indigenti e degli affetti (di qualsiasi età) da patologie cronico-invalidanti. Basta con le normative di soli principi e con i progetti senza gambe finanziarie per camminare!;

- di armonizzare la medicina convenzionata con quella ospedaliera (eliminando così sprechi e disfunzioni) e di semplificare-concentrare in un Testo unico tutte le norme e le regole sanitarie, progetto che il Centro-sinistra non è stato capace di realizzare in 10 anni;

- di non illudersi di risolvere i problemi sanitari, attuali ed emergenti, attraverso il ricorso al sistema assicurativo su base personalistica e di non ricommettere gli errori del 1994: i cittadini italiani sono affezionati alla Sanità pubblica e alla previdenza obbligatoria!

Lo sappiamo che Lei è sotto bersaglio della Magistratura "politicizzata", che c'è stato un 11 settembre 2001 (ma nelle finanziarie successive, il Ministro Tremonti pare essersene scordato), che l'attuale opposizione-minoranza non ha ancora dimesso il vecchio armamentario del catto-comunismo più sciatto, antidemocratico e saccente, ecc., ecc., ma Lei è "condannato" a fare le riforme, dopo le promesse così chiare, anzi plateali, fatte al popolo elettore e sovrano. Non si illuda di raggiungere attraverso scorciatoie la carica di Presidente della Repubblica (qualora le modifiche della Costituzione prevedevano l'elezione diretta del Capo dello Stato): senza aver fatto le riforme promesse durante la campagna elettorale e durante il mandato di Presidente del Consiglio, Lei non avrebbe il consenso necessario.

Ed allora, buon lavoro, con l'augurio che riesca a risolvere presto e definitivamente i dissidi manifestatisi all'interno del Governo e della Casa delle Libertà perché, in caso contrario, Lei non avrebbe il tempo per completare alcun programma. I grandi uomini si misurano non a centimetri ma dalla grandezza degli obiettivi e delle realizzazioni. Ci tenti almeno, Presidente.

Con viva cordialità.

Stefano Biasioli
Presidente nazionale CIMO-ASMD



RELAZIONE SULLO STATO SANITARIO DEL PAESE 2001/2002: nuovi successi e vecchie lacune

Maurizio Dal Maso

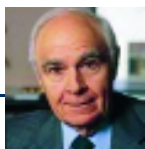
Dalla analisi della relazione del Ministro della Salute sullo stato sanitario dell'Italia si evince che si vive più a lungo, che la mortalità è in calo in tutte le fasce d'età e che molte sono le patologie definitivamente sconfitte o in via d'estinzione. Sono però comparse nuove criticità come le disuguaglianze d'accesso, le nuove forme di povertà e gli stati di cronicità e di non autosufficienza. Nell'arco di un quadriennio gli italiani sono riusciti a guadagnare in media 11 mesi di speranza di vita in più e, anche le patologie maggiori, come i tumori, dal 1998 al 2002 sono diminuite dell'1,5%. Gli italiani, dunque, stanno meglio ma non si comportano sempre bene, almeno a tener conto dei rilievi su abitudini e stili di vita che ancora mettono a rischio la salute: ai primi posti gli incidenti stradali e le patologie collegate all'obesità. Gli stili di vita e la prevenzione sono gli imperativi categorici per i cittadini, mentre l'appropriatezza è il diktat che il Ministero della Salute impone a tutte gli operatori e alle strutture del S.S.N. Gli stili di vita, in particolare, meritano qualche considerazione perché questi, insieme ai fattori biologici, a quelli ambientali e ai servizi sanitari, rappresentano i

cosiddetti "determinanti della salute", cioè quei fattori essenziali cui si deve il miglioramento dello stato di salute di una popolazione ma, mentre i primi tre sono responsabili del 90% del raggiungimento di questo obiettivo, il quarto pesa solo per il 10%, eppure i servizi sanitari sono finanziati con il 90% delle risorse economiche rese disponibili dalla collettività. Appare dunque evidente la necessità di correggere questa distribuzione asimmetrica delle risorse che tuttora premia il fattore non primario per il miglioramento dello stato di salute di una popolazione. L'assistenza ospedaliera, ad esempio, nel 2000 è costata mediamente 560 euro a testa, per un totale di 34 miliardi. Troppi, secondo il Ministro della Salute, convinto che vi sia almeno un 25% di prestazioni non essenziali o inappropriate. Eliminarle — ha detto — servirebbe a risparmiare 8 miliardi di euro (circa 15.500 miliardi di vecchie lire) da investire diversamente, senza aumentare le tasse o diminuire i servizi attualmente erogati.

Nella premessa del documento sono elencati 4 obiettivi strategici: diminuzione delle liste di attesa, aumento degli investimenti nell'edilizia ospedaliera, nuove forme di protezione per le persone non autosufficienti, nuove forme di misura

della quantità e qualità dei servizi erogati nelle varie Regioni. Facciamo alcune riflessioni sulle liste di attesa e sulla qualità/non qualità del S.S.N.

Le liste di attesa sono il risultato di più fattori, quali l'eccesso di domanda, che molto spesso non è appropriata, l'offerta inefficiente sotto il profilo dell'impiego ottimale delle risorse umane e strumentali, la richiesta di assistenza presso centri di eccellenza, la difficoltà di una vera integrazione ospedale-territorio o socio-sanitaria, perché continuano a prevalere logiche diverse che creano una confusione di ruoli per cui spesso è impossibile agire all'interno di un'area comune, seguendo valori etici e professionali condivisi e all'interno di un percorso sanitario e/o clinico-assistenziale integrato. I parametri di riferimento da considerare nel capitolo delle liste di attesa, oltre alla domanda e all'offerta di servizi, ad esempio nella assistenza specialistica ambulatoriale o nel caso di ricoveri nei diversi regimi (ordinario, day hospital / day surgery o chirurgia ambulatoriale) sono essenzialmente: il tempo di attesa, la lista di attesa, la consistenza numerica della lista e il volume delle prestazioni erogate. Nel caso di prestazioni chirurgiche, in particolare, ma non solo, l'ulteriore parame-



tro di valutazione è la gravità clinica del paziente che può originare punteggi differenziati e tempi di accesso diversificati (urgenti, differibili e programmabili).

Il tempo di attesa è quello che intercorre tra la presentazione della richiesta e la data della prima prestazione prenotabile; è determinato dal rapporto fra domanda e offerta di prestazioni e può essere rilevato come tempo minimo, medio o massimo aziendale.

La lista di attesa è l'elenco che esprime la numerosità della domanda registrata e rappresenta il punto di vista dell'utente nelle criticità dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Il terzo parametro è il numero delle persone in attesa sia per un periodo prospettico al momento della richiesta, sia retrospettivo al momento della erogazione della prestazione.

Infine troviamo il numero delle prestazioni erogate nell'unità di tempo e il suo rapporto con la consistenza numerica dei pazienti in attesa.

È evidente che per affrontare correttamente il problema non è sufficiente aumentare solo l'offerta poiché ciò in tempi più o meno brevi porta ad una sua completa saturazione. Bisogna agire contestualmente sul versante della domanda e dell'offerta per controllare in modo stabile il fenomeno, anche perché i tempi attesi per la variazione della domanda sono medio-lunghi, poiché si devono predisporre e condividere con figure professionali diverse protocolli di cura, percorsi clinico-assistenziali, linee guida, mentre quelli della offerta possono essere più brevi perché attuati attraverso correttivi procedurali interni alla organizzazione, con l'incremento del personale e/o di tecnologie, ovvero con l'acquisto di prestazioni dal settore privato, oppure dall'insieme di più azioni.

Esistono ormai le condizioni organizzative e tecnologiche per elaborare un governo della domanda attraverso cui invertire la tendenza rispetto all'attuale andamento delle

liste di attesa, basate esclusivamente sul governo dell'offerta. L'uso delle attuali tecnologie permette di dare una risposta compiuta nel punto dove si origina un bisogno, eliminando una catena di passaggi inutili.

Ad esempio, al momento della prescrizione di un esame o di una visita specialistica da parte del medico di medicina generale, o pediatra di libera scelta o specialista ambulatoriale, ci dovrebbe essere la contestuale possibilità, da parte del cittadino, di prenotare quella prestazione o per via telefonica o per via telematica, eliminando il circuito poco virtuoso della successiva ricerca della prenotazione.

Questo permetterebbe anche di garantire l'appropriatezza non solo della prescrizione sotto il profilo clinico-professionale, ma anche sotto quello "temporale", poiché è solo il medico prescrittore che può identificare il tempo corretto di attesa per quel particolare caso.

Sul versante dell'offerta andrebbe ovviamente predisposta una particolare fascia di prestazioni prenotabili da parte di questi medici che sarebbero inseriti, a tutti gli effetti, non solo nel circuito informatico di prenotazione, ma in quello informativo aziendale.

Nel S.S.N., come ormai in tutta la Pubblica Amministrazione, ciò che conta è il raggiungimento dell'obiettivo prefissato, che in questo caso coincide con il raggiungimento ed il mantenimento di una stabile condizione di salute degli utenti, e pertanto non è più accettabile che strutture complesse e costose, ovvero singoli professionisti, possano continuare ad essere valutati solo sulla base dell'impegno erogato, senza andare a verificare se è stato raggiunto, e in che misura, l'obiettivo prefissato.

Tuttora, nonostante gli interventi organizzativi già attuati, le prime 20 prestazioni critiche rappresentano tuttora oltre l'80% del problema delle liste di attesa a livello nazionale e regionale.

Il Ministero della Salute ha pubblicato nel 2001 un documento, elaborato dalla Commissione costituita

per analizzare il fenomeno delle liste di attesa e proporre delle azioni correttive. Le conclusioni e i suggerimenti a cui la Commissione è giunta, dopo avere inquadrato il problema sotto diversi aspetti (contesto socio-sanitario, rapporto domanda/offerta, comunicazione ed informazione, *information technology* e sistemi di monitoraggio) sono stati i seguenti :

- analisi dei problemi clinici e opportuna differenziazione su questa base dei tempi di attesa;
- incremento "intelligente" dell'offerta e utilizzo appropriato della libera professione intramuraria;
- accesso diretto per alcune prestazioni (esami ematochimici, radiografia del torace ed elettrocardiogramma);
- diffusione ed integrazione dei Centri Unificati di Prenotazione (CUP) metropolitani o regionali che sono strumenti indispensabili per l'analisi della domanda e della offerta sanitaria, dei processi di produzione, del controllo di gestione, della comunicazione ed informazione e della qualità;
- rapida ed aggiornata diffusione delle informazioni ai cittadini;
- gestione informatizzata delle liste di attesa e del referto clinico;
- aumento della comunicazione e della partecipazione dei cittadini;
- sistema di monitoraggio temporizzato ed integrato a più livelli.

Nel 2002 è stato elaborato un nuovo documento (Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi di attesa dalle Aziende USL e Ospedaliere) i cui punti essenziali, che riassumono lo "stato dell'arte" di questo fenomeno, sono i seguenti:

- differenziazione della prima visita e accesso senza prenotazione: il 73% delle Aziende ha predisposto accessi differenziati fra la 1ª visita e le successive. L'89% delle Aziende ha previsto la possibilità di ottenere prestazioni senza prenotazione (accesso diretto);
- Centri Unificati di Prenotazione: sono presenti nell'85% delle Aziende, ma solo 37 su 321 CUP

sono di tipo sovraziendale. I meno dotati sono i Policlinici universitari. I CUP per i ricoveri sono presenti nel 22% delle Aziende;

- tecniche di gestione e ottimizzazione delle liste di attesa: nel 24% delle Aziende sono abolite le "liste chiuse", il 72% delle Aziende attua metodiche "tipo out-bound" e il 40% effettua "over-booking";
- scelta delle priorità e azioni sulla domanda e sull'offerta: il 78% delle Aziende ha selezionato aree di azione prioritarie; il 39% ha razionalizzato la domanda, l'80% ha razionalizzato l'offerta interna e il 37% ha potenziato quella esterna;
- libera professione intramuraria e liste di attesa: il 39% delle Aziende ha regolamentato l'uso della attività libero-professionale intramuraria per ridurre le liste di attesa;
- informazioni agli utenti e valutazione della qualità percepita: l'88% delle Aziende utilizza la Carta dei Servizi per fornire informazioni, ma solo il 42% fornisce informazioni sui tempi di attesa. Il 58% delle Aziende ha svolto indagini per valutare la qualità percepita dagli utenti;
- formazione del personale: nel 50% delle Aziende sono state effettuate attività di formazione per gli operatori;
- misura e monitoraggio delle attese: il 95% delle Aziende effettua il monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e il 33% delle Aziende quello dei ricoveri. Nel caso delle prestazioni ambulatoriali il 65% monito-

rizza il tempo d'attesa prospettico o quello retrospettivo, e solo alcune effettuano tutte e due le rilevazioni. Il 50% delle Aziende controlla il numero di pazienti in lista e il 47% le prestazioni offerte nell'unità di tempo.

Fino ad oggi le liste di attesa e l'*information communication technology* sono state considerate come capitoli singoli da affrontare separatamente. Al contrario esse sono fortemente integrate e dovranno essere governate in modo unitario e gestite secondo logiche di processo, poiché il S.S.N. avrà sempre più la necessità di razionalizzare per non continuare un razionamento sempre meno esplicito. Dovrà convivere anche con le liste di attesa, ma cercando di abatterle, anche in relazione a quanto dirò successivamente, per non continuare a pagare l'alto prezzo sul versante della scarsa qualità percepita dagli utenti, sottoutilizzando le enormi potenzialità delle innovazioni tecnologiche che, se collocate in modo corretto nella riprogettazione organizzativa dei processi integrati di cura, potranno favorire una stabile e duratura crescita di tutto il S.S.N.

La riflessione sul secondo punto inizia dalla domanda: quanto costa lavorare male? Stime recenti confermano che il costo per realizzare la qualità in un prodotto o in un servizio oscilla tra il 5 e il 10%, contro un costo complessivo della non qualità che può arrivare al 25% del fatturato! È possibile definire il costo della non qualità, che consiste nel fare bene le cose sbagliate, che permetta di collegare l'insieme dei costi legati allo sviluppo del sistema

della qualità ed al controllo dei prodotti, a quello provocato dall'incapacità di un prodotto, o di un servizio, di soddisfare le esigenze del cliente, e soprattutto ha senso parlarne all'interno di un sistema sanitario nazionale? Ovviamente la risposta è sé. I costi della non qualità sono di due tipi: costi diretti ed indiretti. I primi sono rappresentati dai costi controllabili (prevenzione e valutazione), da quelli risultanti (costi dell'errore interno ed esterno) ovvero le perdite, ed infine dai costi delle attrezzature. Quelli indiretti sono quelli sostenuti dal cliente, quelli collegati alla sua insoddisfazione e quelli della perdita di reputazione del fornitore.

In questo caso risulta evidente che la percezione della qualità del servizio da parte del cliente è la cosa principale, a cui ogni azienda deve aspirare, soprattutto ora che, anche nelle Aziende sanitarie, esiste la consapevolezza che il primo obiettivo da ricercare è quello della soddisfazione complessiva, e in modo unitario, dei bisogni dell'utente. Queste considerazioni derivano dal mondo industriale, dove si attua la logica del profitto, ma si possono riproporre in misura analoga in quello sanitario, dove esiste la logica del servizio e del bene comune nella tutela dello stato di salute di ogni individuo. Basti pensare al fatto che porre una diagnosi clinica non corretta genera una serie di atti successivi che consumano risorse senza creare "valore", cioè risposte compiute che portino al miglioramento dello stato di salute dell'utente. Inoltre questo genera una diffidenza diffusa e ciò altera pesantemente il corretto rapporto di fiducia fra medico e paziente.

