

L'ORDINE

Aldo Pagni: «Numero chiuso a medicina»

mo un primato mondiale: un medico ogni 178 abitanti e ogni anno vengono sfornati 8.000 nuovi medici, aumentando a dismisura disoccupazione e sottoccupazione. Questa situazione non può andare avanti - ha aggiunto Pagni - occorre che ci si avvii non più ad una programmazione, ma verso il numero chiuso nelle facoltà di medicina. Quanto al cosiddetto tetto dei cittadini assistiti da ciascun medico di famiglia, Pagni ha spiegato che in Europa si prevede un bacino di circa 2.000 cittadini per medico; non si tratta di malati, ma di cittadini e dunque è possibile una loro corretta assistenza.

A proposito sempre di medici il ministro Bindi ha ieri anche commentato la minaccia dei presidi di Facoltà di medicina di proclamare uno sciopero contro il decreto legislativo che regola i rapporti tra il Servizio sanitario nazionale e l'università. I medici universitari «sono forse meno disposti a digerire il principio di esclusività di rapporto», ha sottolineato il ministro a margine della Conferenza che si è svolta ieri proprio a La Sapienza, dove ha ricevuto il ringraziamento del rettore. «L'università - ha detto Rosy Bindi - è il luogo di formazione e ricerca e una buona sanità non può prescindere da queste due componenti. Così come sono i buoni medici a fare la buona sanità. La riforma - ha spiegato Bindi - restituisce alle facoltà quei compiti di formazione e ricerca, prevedendo forme di assistenza di eccellenza. Non capisco dunque queste critiche. Forse ha concluso il ministro - gli universitari accettano con meno entusiasmo l'esclusività del rapporto di lavoro, ma negli studi privati non si fa né formazione né ricerca».

ROMA La riforma come occasione per ricreare una nuova alleanza tra i 337 mila medici e i cittadini. Questa l'opinione del presidente dell'Ordine dei medici, Aldo Pagni - intervenuto ieri sera alla prima Conferenza nazionale della sanità. «Certo - ha spiegato Pagni - i medici sono troppi; abbi-



Il tavolo della presidenza della conferenza sulla sanità, mentre parla D'Alema. E. Oliverio/Ap

ANNA MORELLI

ROMA La centralità della persona umana: questo il concetto ispiratore della riforma sanitaria, condiviso da tutti gli illustri ospiti della Prima Conferenza nazionale della Sanità, aperti ieri nell'Aula Magna dell'Università «La Sapienza» di Roma. È un titolo: «Sempre vicino a te», scelto per sottolineare proprio il debito di fiducia nei confronti dei cittadini. Un punto d'arrivo di un lungo cammino di riforme, durato 20 anni, e un punto di partenza per un nuovo patto di solidarietà per la salute tra Stato e cittadini, la conferenza inaugurata davanti alle più alte cariche del Paese, dal presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi, al presidente del Consiglio, Massimo D'Alema, agli onorevoli Martarelli, Jervolino, Letta, Veltroni, Castagnetti, medici, operatori. Dopo il saluto dei «padroni di casa», del rettore dell'Università Giuseppe D'Ascenzo, del sindaco di Roma Rutelli e del presidente della giunta regionale del Lazio Badaloni, al cardinale Carlo Maria Martini l'onore e l'onore di introdurre i lavori sul tema dell'etica dello stato sociale.

Per tre giorni si discuterà del nuovo Servizio sanitario nazionale, delle scelte dei problemi e delle prospettive; si parlerà della riforma e delle proposte e degli impegni di attuazione, del rapporto fra sanità e mass media e delle tante cose che restano da fare per una sanità giusta, efficace e moderna. Prima Conferenza nazionale della Sanità, dunque, per inaugurare una nuova epoca di tutela della salute, nel solco di una riforma cominciata nel 1978 e arricchita da tutte le esperienze e i contributi dei soggetti coinvolti, compresa la consapevolezza dello stesso ministro Bindi, acquisita nel «viaggio d'ascolto» che l'ha portata a percorrere in lungo e in largo l'Italia. La riforma sanitaria ha riaffermato un sistema, il più equo e il più sostenibile, in cui la tutela della salute, diritto fondamentale del cittadino, non può essere affidato alle regole del mercato. Ci sono bisogni collettivi e soggettivi - ha detto il cardinal Martini - che non possono essere soddisfatti dalla logica del mercato, beni che non si possono vendere e comprare. Ma non per questo si deve pensare a uno Stato assistenzialistico perché l'essere umano deve poter sviluppare le proprie attitudini ed esercitare le proprie responsabilità: solidarietà, sussidiarietà e responsabilità devono essere i pilastri di una società adulta e amicale. Per far questo occorre riqualificare la spesa sociale e armonizzare mercato e Stato, privato e pubblico con un governo del nuovo stato sociale che comprenda anche il Terzo settore, il cosiddetto privato sociale. Per il cardinale è dunque indispensabile la salute come prodotto e il malato come cliente, bisogna invece umanizzare l'intero sistema sanitario, nelle strutture, nel rapporto medico-malato, nella condizione stessa di nascere e morire. Umanizzare non vuol dire solo curare, vuol dire prendersi cura e quindi: prevenzione, riabilitazione, assistenza. Ma vuol dire anche - secondo Carlo Maria Martini - un'adeguata capacità di autogestione della comunità scientifica: un'etica che impedisca alla scienza di diventare sventura per l'uomo. Riflessioni di respiro riformatore e di grande modernità, definisce il contributo del cardinale, il presidente del Consiglio, e particolarmente grata della presenza dell'arcivescovo di Mila-

Martini: «No al mercato Sanità a misura d'uomo»

Il cardinale alla Conferenza. Bindi: «Ce la faremo insieme»

I NUMERI DELLA SANITÀ		LA SPESA SANITARIA NEI PAESI OCSE						
		Spesa sanitaria pubblica su quella totale (%)						
		1960	1970	1980	1990	1995	1997	
Popolazione italiana	57.563.354 ab. (17,4% ultra 65enni)							
Aziende U.S.L.	196							
Aziende Ospedaliere	98							
Medici m.g. e pediatri I.s.	54.154 (1.063 ab. per medico)							
Personale operante nel S.S.N.	726.632 (1 ogni 80 ab.)							
Personale dipendente del S.S.N.	650.894 (1 ogni 88 ab.)							
Strutture sanitarie sul territorio	13.342							
Strutture ospedaliere (pubbliche e private accr.)	1.479							
Posti letto (per degenza ordinaria)	330.071 (5,7 p.l. per 1.000 ab.)							
Giornate di degenza	78.679.000 (1,4 giorni per ab.)							
Ricoveri	9.678.000 (168 ogni 1.000 ab.)							
Ricette farmaceutiche	285.303.000 (5 ricette pro-capite)							
FONTE: OECD								
		Austria	69,4	63,0	68,8	73,5	73,9	73,0
		Belgio	61,6	87,0	83,4	88,9	87,8	87,6
		Danimarca	88,7	86,3	86,5	83,7	83,7	83,8
		Finlandia	54,1	73,8	79,0	80,9	75,5	76,0
		Francia	57,8	74,7	78,8	74,5	74,3	74,2
		Germania	66,1	72,8	78,7	76,2	78,1	77,1
		Grecia	48,8	42,6	55,6	62,7	58,7	57,7
		Irlanda	76,0	82,2	81,6	72,9	74,2	76,7
		Islanda	66,7	82,6	88,2	86,6	84,1	83,8
		ITALIA	83,1	86,9	80,5	75,1	69,3	69,9
		Lussemburgo	-	88,9	92,8	93,1	92,4	91,8
		Olanda	33,3	84,3	74,7	72,7	76,9	76,0
		Portogallo	-	59,0	64,3	65,5	60,5	62,6
		Regno Unito	85,2	87,0	89,4	84,1	84,4	84,6
		Spagna	58,7	65,4	79,9	78,7	78,3	76,1
		Svezia	72,6	86,0	92,5	89,9	83,4	83,3
		Svizzera	61,3	63,9	67,5	68,4	72,3	69,9
		Turchia	-	37,3	27,3	61,0	70,8	72,8
		Media Europa	66,3	74,5	76,6	77,6	76,9	76,5
		Media Ocse	62,7	70,6	73,8	74,5	74,7	74,1
		Stati Uniti	24,8	37,8	42,4	40,5	45,8	46,4

no, si dice Rosy Bindi. Il ministro della Sanità ieri ha cominciato a raccogliere, con i tanti consensi, i frutti di un impegno combattivo e svolto con passione - come ha sottolineato il presidente del Consiglio. Ma la giusta soddisfazione non oscura lo scarto percepito, fra cittadini e operatori, fra il grande interesse per la salute e il sentimento di estraneità al sistema. Il meccanismo di finanziamento e fruizione dei servizi - ha detto Rosy Bindi - non sono stati affidati a regole di mercato, ma abbiamo scelto la strada dell'integrazione e

della cooperazione fra le istituzioni e i soggetti interessati. Non alle rendite di posizione del sistema pubblico, si alla tutela di un bene inalienabile. A un federalismo solidale e alla frontiera più avanzata del regionalismo si deve accompagnare - secondo il ministro - un'amministrazione centrale efficiente, moderna, in grado di garantire equità su tutto il territorio. Un sistema di solidarietà che deve essere percepito come valore, anche attraverso l'alleanza tra medico e paziente. Una delle riforme più importanti e nel segno di que-

sto governo, uno dei capitoli fondamentali del nuovo stato sociale. Così Massimo D'Alema ha riconfermato la sua totale adesione a un progetto né liberista, né statalista, ma casomai di carattere liberale. Nel senso - ha spiegato - che la tutela di un bene essenziale della società viene affidato a un sistema di regole dentro cui operano una pluralità di soggetti, pubblici, privati e del privato sociale. La sanità - ha detto D'Alema - non rappresenta un problema, ma costituisce una risorsa, perché investire sui cittadini e sul loro benessere vuol

dire puntare sullo sviluppo, e aver stanziato 117 mila miliardi per il 2000 significa che oggi possiamo tornare a ragionare in termini di investimenti. Certo - ha sottolineato il premier - in una sanità che si fonda sulla centralità del cittadino, chi svolge un ruolo al servizio della collettività, deve esserne pienamente consapevole. Il governo intende porsi come interlocutore aperto e leale, non disponibile a tutte le richieste, ma consapevole che la riforma è una sfida e tutti gli operatori del Ssn devono sentirsi protagonisti di questa sfida.

LE PAROLE DELLA RIFORMA

Accreditamento. È il meccanismo che risponde alla necessità di selezionare fra tutte le strutture pubbliche e private esistenti quelle che possono produrre servizi «in nome e per conto» del Servizio sanitario nazionale. Rispetto alla normativa precedente - che prevedeva l'unico passaggio dell'accREDITamento per poter erogare prestazioni a carico del Ssn - la riforma disegna una procedura in tre fasi: autorizzazioni, accreditamento istituzionale, accordi contrattuali.

Aziende. Le aziende Usl e le aziende ospedaliere rappresentano il cuore del Ssn: sono gli enti responsabili di garantire i livelli di assistenza sul territorio. Hanno personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. La principale novità è rappresentata dalla massima responsabilizzazione dei direttori generali in merito alla gestione e ai servizi garantiti.

Comuni. La partecipazione degli Enti locali alla gestione sanitaria non è una novità (legge istitutiva 833/1978) ma rappresenta una riedizione visto che il decreto di riordinamento del 1992 li aveva di fatto estromessi. Avranno compiti di indirizzo e verifica dell'attività svolta sul territorio dai direttori generali. Se i manager risulteranno inadempienti i Sindaci potranno chiedere la loro rimozione.

Controlli. La Riforma individua nei controlli lo strumento da adottare per garantire il rispetto della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni. I controlli verranno esercitati attraverso un sistema di monitoraggio del rispetto degli accordi contrattuali.

Distretto. È l'articolazione territoriale e organizzativa delle aziende Usl. I distretti sono disciplinati dalle Regioni e assistono una popolazione di almeno 60mila abitanti. Sono dotati di budget; organizzano i servizi di assistenza primaria ambulatoriale e domiciliare; provvedono al sostegno alle famiglie, agli anziani, ai pazienti affetti da Aids e gestiscono le attività sanitarie e socio-sanitarie delegate loro dai Comuni.

Finanziamento. Per la quantificazione delle risorse disponibili per il Ssn la riforma introduce per la prima volta il criterio della «contestualità»: i livelli di assistenza - ovvero le prestazioni gratuite o con ticket - saranno individuati contestualmente alla definizione delle compatibilità economiche da parte del Dpef (documento di programmazione economico-finanziaria). La dotazione per il 2000 sarà di oltre 117mila miliardi, 10mila mld in più rispetto al 1999.

Libera scelta. Il cittadino può esercitare la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate. Resta indispensabile la prescrizione compilata sul modulare del Ssn.

Medici di medicina generale. Le convenzioni stipulate dal Ssn con i medici di medicina generale e con pediatri di libera scelta si baseranno su: libera scelta del medico; compenso costituito da quota fissa per assistito e da quote variabili; garanzia di continuità assistenziale; possibilità per i medici convenzionati di esercitare anche la libera professione; cessazione del rapporto del medico con il servizio pubblico in caso di richiesta di indebito pagamento delle prestazioni.

Medici dipendenti. Fra le novità il rapporto esclusivo, obbligatorio per i neo-assunti dal gennaio 1999 e per chi ha optato per la professione intramoenia (cioè svolta all'interno dell'azienda da cui il medico dipende). I dirigenti in servizio al 31 dicembre 1998 possono chiedere il passaggio al rapporto di lavoro esclusivo: tale scelta non è revocabile. L'esclusività del rapporto di lavoro rappresenta un titolo di preferenza per gli incarichi e per accedere alla direzione di strutture.

Piani sanitari. Il Piano sanitario nazionale fornisce indicazioni in merito alle linee di politica sanitaria e agli obiettivi di salute da conseguire in modo uniforme su tutto il territorio italiano. I piani sanitari elaborati dalle singole Regioni sono l'atto di programmazione degli interventi a livello locale.

Pensionamento. Per i medici dipendenti l'età pensionabile è fissata a 65 anni; i medici universitari possono restare in servizio fino a 67 anni; per chi in base alle norme vigenti ha diritto a restare in servizio oltre i 67 anni, le norme scattano dopo un biennio.

Ricerca. La Riforma assegna al Piano sanitario nazionale il compito di definire gli obiettivi e i settori principali della ricerca sanitaria. Partecipano alle attività di ricerca le Regioni, l'Istituto superiore di sanità, l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli Istituti zooprofilattici sperimentali oltre alle Università, al Consiglio nazionale delle ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati, le imprese pubbliche e private. Viene istituito un Comitato etico che valuterà i progetti di ricerca, segnerà le priorità, coordinerà le valutazioni etico-scientifiche delle sperimentazioni.

Sarno, depressione da disastro

Ne soffre il 43% degli abitanti, il 90% sogna la frana

VITO FAENZA

NAPOLI La depressione da disastro. Il 43% degli abitanti di Sarno ad un anno e mezzo dalla frana è affetto da una depressione grave, il 50,8% è preda di forme di «sfiducia» nei confronti del proprio futuro, il 40% non prova più piacere nelle cose che fa e che normalmente gli piacevano, il 31% non prova più emozioni, mentre il 21,9% della popolazione è privo di qualsiasi speranza per il futuro.

Sono i risultati di una indagine sulle conseguenze psicologiche del disastro di Sarno condotta ad un anno e mezzo dal disastro dalla società di Epidemiologia psichiatrica e che saranno presentati nel congresso che si terrà a Napoli da oggi a sabato.

Le sindromi depressive, hanno spiegato i relatori, che vanno affrontate come patologie mediche, hanno cause diverse: dall'a-

ver indicato la «via della morte» ad uno o più congiunti, all'essere salvato dalla colata di fango. Ad un anno e mezzo dal disastro il 35% evita situazioni e persone che possano riportargli alla mente quell'evento, l'87% lamenta di non aver ricevuto informazioni precise sulle cause dell'evento e ben l'85% si sente sconvolto quando Tv, giornali o altre situazioni gli ricordano l'evento, mentre il 44,6% della popolazione, pensando al disastro accusa disturbi fisici. Il 90% della popolazione di Sarno rivive quella tragica notte attraverso i sogni, flashback, oppure incubi che si verificano specie nelle prime ore del sonno. C'è chi, ricordando, sente rumori uditi quella notte o ha l'impressione di sentire odori che lo riportano a quell'evento.

La ricerca, hanno spiegato i relatori, oltre a fornire delle indicazioni precise rispetto alla popolazione di Sarno, tracciano anche una specie di «percorso obbliga-

to» da seguire sia per le popolazioni che possono essere vittime di un evento catastrofico (esempio un'eruzione vulcanica, un terremoto...), sia da quelle che sono rimaste vittime di un evento traumatico come a Sarno, il terremoto in Umbria, il crollo a Foggia. La reazione normale è quella dell'oblio (il 71% cerca di dimenticare, inutilmente), mentre la terapia medica va individuata lungo altri percorsi e seguendo altre metodologie. Medici di base, insegnanti, operatori del volontariato vanno quindi attrezzati (come comincia a esser fatto in campagna) a consigliare i percorsi medici da seguire per uscire da questa patologia. «Con un occhio particolare ai bambini e gli adolescenti che sono quelli più esposti a sindromi depressive da disastro», avvertono i ricercatori, «anche perché se non affrontate in tempo, per questi soggetti provocano i guasti maggio-

Gruppo Parlamentare Democratici di Sinistra - Ulivo della Camera dei Deputati
Direzione nazionale Democratici di Sinistra - Autonomia tematica Viveresicuri

Dai un calcio alla violenza

L'impegno dei Ds contro la violenza ed il razzismo negli stadi. Le proposte di Viveresicuri

Venerdì 26 novembre 1999 - ore 16,00
Sala conferenze di Palazzo Marini, Via del Pozzetto, 158 (Piazza S. Silvestro)

Intervengono
Maurizio Barfoluaci
Antonio Calicchia
Cecilia D'Angelo
Lino De Guido
Enzo Faschi
Claudio Giardullo
Carlo Leon
Victor Magiar
Adriano Panatta
Gliberto Pascucci
Federico Pinli

Ufficio Roma sicura, Comune di Roma
Direttore Dipartimento Cultura e Sport, Comune di Roma
Segretario Sezione tematica Sport Ds
Responsabile nazionale Viveresicuri
Vicepresidente Commissione Cultura e Sport, Comune di Roma
Segretario nazionale Sulp
Responsabile nazionale Ds Giustizia e Sicurezza
Consigliere Ds al Comune di Roma
Consigliere Ds al Comune di Roma
Pubbliche relazioni Mondaiopol
Responsabile Viveresicuri Roma

Introduce
Blanca La Rocca
Viveresicuri Lazio

Conclude
Marcella Lucidi
Deputato Ds

http://www.democraticisintestradeputati.it

