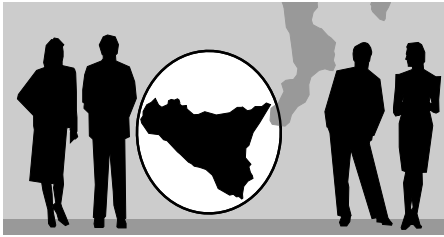


Trento, è partito Eurodesk per i giovani

È stato attivato anche a Trento, presso la sede di «Informagiovani» del Comune, in via Roma 60, lo sportello «Eurodesk», network europeo per l'informazione di programmi Cee per i giovani. Obiettivo di Eurodesk è diffondere informazioni sui programmi rivolti alla gioventù promossi dall'Unione europea nei settori della cultura, della formazione, del lavoro, della mobilità giovanile e del volontariato.



Palermo, contratti per 4 aziende speciali

I Contratti per i servizi pubblici tra Aziende speciali e Comune di Palermo sono stati presentati nei giorni scorsi. È un primo passo della trasformazione delle quattro ex municipalizzate in S.p.A. Principale obiettivo, la qualità dei servizi al cittadino: dalla sostituzione di una lampada bruciata dell'illuminazione pubblica, al pronto intervento sui semafori e sulla segnaletica stradale, alle bonifiche e all'igiene del suolo.

la riforma

5

IL POPOLO IN CAMICE BIANCO

GLI ORGANICI

Medici dipendenti secondo le ex qualifiche

Primari	9.601	
Aiuti*	8.542	
Aiuti	44.524	
Assistenti*	9.194	
Assistenti	24.863	
TOTALE	96.724	

I PREMI PER I FEDELI

Ex qualifica/ livello	Complesso degli incrementi (lordi) Mensili	Annui	Var. % rispetto alla retribuzione iniziale
Primari	3.289.167	42.759.167	30,5
Aiuti*	2.487.250	32.334.250	29,4
Aiuti	2.458.250	31.957.250	30,8
Assistenti*	2.683.833	34.889.833	40,4
Assistenti	1.589.417	20.662.417	25,8
MEDIE	2.341.398	30.438.168	30,3

(*) Con più di 15 anni di anzianità

LE SCELTE

Hanno optato per l'attività professionale intramuraria il 94% dei medici dirigenti di strutture complesse del Ssn (3.496 medici su 3.738)

È il 92% di dirigenti di strutture complesse a direzione universitaria nei policlinici o nelle aziende miste ospedaliero-universitarie (622 medici universitari su 679).

Ha optato per il rapporto esclusivo l'87,9% dei medici

LE PUNTE MAGGIORI

Friuli-Venezia-Giulia	94,9%
Calabria	94,5%
Basilicata	93,6%
Valle D'Aosta	circa 90%
Emilia Romagna	circa 90%
Abruzzo	circa 90%
Molise	circa 90%
Puglia	circa 90%
Campania	circa 90%
Sicilia	circa 90%
Umbria	88,5%
Veneto	88%
Piemonte	86,3%
Toscana	86,3%
Lombardia	85,1%
Liguria	78,4%



È cosa nota che le retribuzioni della P.A. di tutti i livelli e tipologie sono scandalosamente basse, salvo per i dirigenti. Vi è stato da sempre un tacito accordo a danno dei cittadini e della qualità dei servizi pubblici tra dipendenti della P.A. e direzione politica della stessa: per realizzare il fabbisogno aggiuntivo necessario per un appena decoroso livello di vita il dipendente è tacitamente autorizzato ad esercitare "in nero" un secondo o, magari, anche un terzo lavoro.

I settori a più rilevante criticità sono, per il funzionamento dei servizi pubblici, quelli ad alta componente professionale tecnica. Pur di avere un'adesione al perseguimento degli obiettivi, un'adeguata produttività e livelli di corruzione a "media e bassa intensità" le Amministrazioni pubbliche hanno pensato di utilizzare i tecnici per lucrare assieme, secondo il principio della compartecipazione.

Nel settore sanitario la pratica di identificare nella stessa persona il dipendente ed il libero professionista è stata perseguita al di fuori di ogni ritegno morale da parte dei medici docenti universitari. Oltre a questi, numerosi operatori ospedalieri della sanità pubblica hanno intrattenuto un'equivoca condizione di liberi professionisti e di dipendenti del servizio pubblico a danno di quest'ultimo, in quanto lo stipendio è "sicuro" mentre la parcella professionale dipende dal numero delle prestazioni e alla loro qualità.

Le difficoltà incontrate nelle aree territoriali che fanno notizia di malasanità (aree metropolitane), alla mancata decisione che è alla base del conflitto d'interesse di introdurre il principio dell'incompatibilità tra condizione di dipendenza e libera professione. Quest'ultima attività si è tradotta, nel caso migliore ad indirizzare il paziente verso una struttura privata o privata convenzionata, ovvero nel caso peggiore (ma non di frequente) nell'indurre nel paziente consumi sanitari inutili e non dattosi per la sua salute.

Durante la gestione De Lorenzo in una legge finanziaria dell'epoca si è legalizzato il conflitto d'interesse purché la libera professione venga esercitata in un rapporto esclusivo all'interno delle strutture del S.S.N. (intramoenia). Per i più riotosi, sulla base del principio della libera scelta, è possibile l'esercizio della libera professione anche in extramoenia, ma con la riduzione dello stipendio. L'85% dei medici ha fatto la scelta di intrattenere un rapporto esclusivo con il S.S.N. Più sofferza è stata la scelta dei medici docenti universitari che inizial-

mente hanno assunto posizioni con chiari caratteri eversivi, successivamente superati per opportunità. Tutta la vicenda dell'intramoenia non può non essere vista come la sconfitta della sanità pubblica, anche se viene contrabbandata dal ministro come una vittoria di Pirro. Di nuovo tutto il sistema sanitario viene ridefinito secondo le classi sociali. L'organizzazione del sistema è piegata alla necessità di funzionamento dell'intramoenia. Le classi sociali che stanno subendo un processo d'impoverimento progressivo (dal ceto medio al proletariato operaio) potranno accedere unicamente al circuito pubblico secondo tempi lunghi, inadeguati di fronte alla gravità della malattia e pur sempre penalizzato da tickets (farmaci e prestazioni di diagnostica strumentale) e da tariffe "amministrative" (per le visite specialistiche).

Le classi sociali emergenti avranno una corsia preferenziale nell'intramoenia: tempi diagnostici brevi, altrettanto per i tempi terapeutici. Il circuito è quanto mai efficiente: visita specialistica, diagnostica strumentale, valutazione specialistica, ricovero con comfort alberghiero e

così avanti nella filiera. Tempi d'attesa? Pressoché inesistenti! Con l'intramoenia una parte dell'ospedale è, di fatto, privatizzata.

Un solo esempio, per riflettere. Ospedale Villa San Pietro di Roma: una signora viene operata per un tumore al seno all'inizio del mese di febbraio di quest'anno. Al momento della dimissione le viene comunicato che il primo trattamento radioterapico non potrà farlo se non dopo il 15 agosto, vale a dire 7 mesi dopo l'intervento, quando le probabilità di risultati clinici sono pressoché nulle e con un carico d'inutili sofferenze per la paziente. La signora di fronte a quanto prospettato fa richiesta d'essere inserita nell'intramoenia. Dopo una settimana ha inizio il ciclo radioterapico pagando in anticipo 5 milioni di lire che è riuscita ad avere da un suo parente prossimo. L'80% dei 5 milioni andrà al radioterapista, la parte restante all'ASL, sulla quale insiste la struttura ospedaliera.

Attraverso l'intramoenia si avrà un'ulteriore impennata nei consumi sanitari in quanto s'introduce nel comparto della sanità pubblica una "moralità" propria dell'azienda

privata, quella della massima fatturazione e dei profitti crescenti.

Ancora una volta invece di procedere a processi di razionalizzazione del comparto ospedaliero per ridurre la consistenza con notevoli risparmi di risorse economico-finanziarie ed umane; invece di risolvere una serie di problemi sanitari a livello di domicilio del paziente utilizzando una parte delle professionalità attualmente vincolate negli ospedali; invece di introdurre una dinamica retributiva del personale sanitario legata ai risultati conseguiti e all'impegno prestato si persevera nell'appiattimento dei livelli retributivi ma soprattutto a penalizzare il paziente. Infatti il paradosso è una incapacità della dirigenza sanitaria a introdurre correttivi, ad una non volontà dell'autorità politica di imporre delle linee di comportamento alla dirigenza, con la conseguenza di trasferire dell'inefficienza e dell'inefficienza a carico dei bilanci fondatori dei pazienti.

L'introduzione dell'Atto d'indirizzo e coordinamento sull'attività libero professionale intramuraria del Governo, se da un lato si pone il duplice obiettivo di rendere mag-

VARESE

Sito Internet per i sordi

Prossimamente, in rete, un nuovo sito delle Politiche sociali della Provincia di Varese dedicato alla disabilità sensoriale udittiva all'indirizzo: www.provincia.va.it/ente/assist/assist.htm. L'attività della Provincia, è andata aumentando in questi anni grazie ad un lavoro di rete che ha visto il coinvolgimento di più soggetti intorno al problema della sordità infantile. Nel sito si possono trovare le prime informazioni sulle competenze dell'Ente, sul finanziamento dei progetti d'intervento, sul gruppo di lavoro provinciale, sulle iniziative in corso. Entro l'anno, il sito sarà ampliato e tratterà le varie tematiche derivanti e connesse alla disabilità udittiva.

giornamente "produttivo" il lavoro medico e nel contempo limitare l'effetto torbido di un attore pubblico che lavora per conto della concorrenza privata, dall'altro si è dato surrettiziamente ai medici il potere di snaturare il servizio sanitario pubblico. Quest'ultimo diviene un servizio sanitario privato (infatti il paziente è obbligato a pagare la singola prestazione) che si svolge in un luogo pubblico (proprietà pubblica dell'immobile). Infatti l'ASL o l'Azienda ospedaliera darà in uso ambulatori, posti letto e personale tecnico e paramedico dipendente ai medici per svolgere l'intramoenia a fronte di un prezzo, negoziato tra i medici e l'ASL, della prestazione che sarà ripartita tra il medico e l'ASL o l'Azienda ospedaliera.

L'intramoenia è il livello massimo di compromesso fra le forze politiche che compongono la coalizione di centrosinistra. Ma è un destino inevitabile? Qual è l'elaborazione della sinistra, che grandi meriti ha nella produzione d'idee di giustizia solidaristica, oggi, sulla "gestione sanitaria"? Finora vi è stata più un'opera di demolizione delle conquiste sociali che un progetto di adeguamento di questa alla nuova situazione geopolitica. La "Terza via" di Blair-Clinton - che vede qualche entusiasta nel nostro paese (D'Alema) - si è rivelata una malcongegnata operazione neoliberalista. La verità è che finora non si è tentato alcuno sforzo collettivo per dare dignità scientifica ai principi che sono intimamente legati alla natura umana: l'uguaglianza, la solidarietà, i diritti ed i doveri propri nei confronti degli altri.

La salute è il terreno, con quello dell'istruzione, sul quale confrontare i modelli di società da perseguire. L'economia, al contrario di quanto oggi accade, dev'essere al servizio della politica che detta le condizioni per una società o per l'esatto opposto. È utopia? Forse; ma di questo hanno bisogno gli uomini.

Rielaborare un'idea di sanità pubblica dopo campagne di disre-

dito durate anni è un'operazione ardua in quanto la sanità pubblica è perlopiù paragonata a "malasanità". Come superare quest'impasse e la martellante campagna dei media che tuttora attraversa la sanità pubblica? La strada della ricostruzione è lunga e difficile perché occorre operare su più piani per riacquistare la fiducia della gente.

Vi è un piano strettamente politico che è quello di non sottostare al ricatto dell'intramoenia da parte dei cittadini. La difficoltà in tale piano è nell'ordine delle cose. Chi di fronte alla malattia è in grado di co-

lizzarsi e rifiutare di accedere all'intramoenia? La salute, immancabile! Anche a costo di ridursi sul lastrico! Vi è un piano etico sui doveri dello Stato nell'assicurare il diritto alla salute dei suoi cittadini e all'equità; vi è un piano epidemiologico sul rapporto tra classe sociale-malattia; vi è un piano istituzionale su come la rappresentanza della comunità locale fa dell'obiettivo "salute" uno dei punti qualificanti dell'azione di Governo; vi è un piano di democrazia diretta su come la comunità locale attiva politiche e azioni di prevenzione alla malattia per migliorare la salute dei cittadini e con la partecipazione degli stessi; vi è un piano organizzativo-programmatico concentrato sui processi di razionalizzazione della rete ospedaliera con le idee-guida più volte enunciate: consistenti investimenti per la realizzazione di un Piano tecnologico di mezzi e di professionalità.

Non è possibile che le forze di sinistra che si richiamano agli ideali progressisti ed emancipatori delle classi più deboli e svantaggiate non abbiano nulla da dire di fronte allo smantellamento del sistema sanitario pubblico avviato dal Governo Amato e perfezionato da De Lorenzo (riforma sanitaria bis).

Se per un verso la Bindi, con la riforma sanitaria ter, cerca di restituire dignità ed efficienza al Servizio sanitario pubblico dall'altro sposa in pieno la logica economicistica che le risorse finanziarie attuali sono assolutamente insufficienti anche se la spesa sanitaria dell'Italia risulta essere di gran lunga inferiore agli altri Paesi a parità di ricchezza della nostra.

Occorre aprire, pertanto, all'interno della sinistra un serio e documentato dibattito sulla necessità d'individuare una strategia, i cui contenuti (alcuni) si sono anticipati sommarariamente, che ponga all'oggi, un freno alla penetrante campagna neoliberalista di progressiva privatizzazione del S.S.N., che vale a dire di una delle conquiste storicamente più alte dei lavoratori italiani.

L'opinione

Sanità, l'intramoenia penalizza i ceti deboli

FERDINANDO TERRANOVA. Docente di Tecnologie per l'igiene edilizia e ambientale, Università "La Sapienza"

TELEMEDICINA

Con l'ospedale virtuale risparmio garantito

L'ospedale virtuale è già una realtà. Anche se sarebbe più corretto parlare di telemedicina o teleassistenza. Si tratta, comunque, della possibilità di rilevare e trasmettere a distanza i dati delle condizioni cliniche dei pazienti per consentire ai sanitari di stilare diagnosi, emettere prognosi e fornire prestazioni sanitarie in genere a domicilio. Insomma, l'ospedale virtuale esiste e permette di risparmiare dal 25 al 40 per cento delle spese dirette sanitarie; ma i risparmi sono molto più ingenti se si pensa ai vantaggi conseguiti dai parenti dei pazienti e alle giornate di lavoro non perse.

Cresce così in qualità e quantità di servizi offerti la telemedicina che permette teleconsulti, video tracciati in rete, cartelle cliniche informatizzate e prestazioni direttamente da casa.

Anche se l'ospedale virtuale, quello che la tecnologia trasferisce direttamente a casa del paziente, è ancora una realtà limitata e le esperienze, in Italia, sono distribuite a macchia di leopardo. Alcune re-

gioni, come il Veneto, hanno già varato programmi di teleassistenza per 11 mila anziani; i grandi ospedali si stanno muovendo in questa direzione, ma a beneficiare di queste nuove possibilità tecnologiche sono ancora in pochi. Eppure i vantaggi per i bilanci e anche in termini di disagi per i pazienti sono evidenti. Si calcola che per i malati cardiopatici cronici l'assistenza di telemedicina costi il 40% in meno rispetto a quella tradizionale. In media il taglio dei costi è del 25 per cento.

Molte le questioni sul tappeto e ancora da risolvere: la sicurezza della trasmissione dati, il ruolo dei medici, infermieri e istituzioni, la necessità di recare sistemi in grado di parlare fra di loro, in modo da creare una vera e propria rete sanitaria.

In attesa che il virtuale diventi realtà, per il maggior numero di pazienti possibili restano le esperienze degli ospedali che stanno facendo da apripista. A Firenze i bambini con problemi respiratori, invece di subire il trauma spesso duro dell'osped-

dalizzazione, possono restare a casa perché controllati da una piccola macchina in grado di verificare ed inviare in diretta i dati all'ospedale Mayer. I piccoli pazienti, in questo modo, evitano il ricovero con un costo di noleggio dell'attrezzatura di 200 mila lire al mese. A Genova invece l'elettrocardiogramma, alcuni pazienti cardiopatici lo fanno direttamente a casa. Il tracciato, trasferito on line all'ospedale, viene analizzato da un cardiologo che all'istante è in grado di comprendere le condizioni del paziente ed eventualmente intervenire con prescrizioni o richiesta di ricovero.

Ma le novità più cospicue arriveranno fra qualche anno. Ne serviranno almeno dieci, infatti, perché alcune funzioni diventino veramente commerciali e possa essere abbandonata la fase dei prototipi. Ne saranno necessari ancora di più per la telebotanica applicata alla chirurgia, quando le «macchine», ovviamente sotto il controllo dello specialista, effettueranno gli interventi chirurgici impugnando il bisturi al posto dell'operatore umano.

