



ROTARY INTERNATIONAL

2060° DISTRETTO ITALIA NORD EST

CLUB DI TREVISO NORD



BOLLETTINO N. 6

pubblicazione

ROTARY INTERNATIONAL
2060° DISTRETTO - ITALIA NORD EST

Consiglio direttivo 1998/99

Presidente:

Dr. Enrico Fumo

Past President:

Dr. Mario Tonini

Presidente eletto 1999/2000

Dr. Giuseppe Simini

Vice Presidente:

Dr. Umberto D'Andrea

Consigliere Segretario:

Dr. Giuliano Palmieri

Consigliere aiuto Segretario:

Avv. Carlo Mosca

Consigliere Tesoriere:

Avv. Giuseppe Ramanzini

Consigliere Prefetto:

Italo Varisco

Consiglieri:

Presidente Comm. Azione Interna

Dr. Alessandro Perolo

Presidente Comm. Azione Professionale

Dr. Mario Tonini

Presidente Comm. Azione Interesse Pubblico

Ing. Marino Tagliapietra

Presidente Comm. Azione Internazionale

Ing. Francesco Denti

Presidente Comm. Progetti per i Giovani

Dr. Umberto D'Andrea

RIUNIONE N. 23 del 11 gennaio 1999**“SIAMO NELL'EURO: E ADESSO ? “****Presidente:** Enrico Fumo**Soci Presenti:** Avogadro, Bandiera, Bertucci, Ciani Bassetti, Corradi, Danesin, Darsiè, Fumo, Greggio, Loschi, Menegazzi, Palmieri, Pat, Patelli, Pegorer, Perolo, Ramanzini, Ruffilli, Saccardi, Sorbara, Stradiotto, Tassarolo, Tonini, Turi, Varisco, Zanella, Zanini**Percentuale di presenza:** 51% (salvo compensi)**Hanno cortesemente preannunciato la loro assenza:** Benetton, Cantarini, Cartolari, Comunello, Connerth, D'Andrea, Pozzati, Zoppelli**Coniugi Presenti:** Signora Corradi**Soci dispensati :** Connerth**Ospiti Rotariani:**

La relazione è tenuta da Bepi Zanini, autorevole Presidente della Camera di Commercio, nonché dinamico titolare di un'industria estremamente competitiva sul piano internazionale. Egli rileva che l'ingresso nell'area dell'Euro e la crescente integrazione europea dovrà essere di stimolo per l'Italia in ogni settore, da quello politico per adeguarsi al nuovo scenario europeo in cui sarà sempre presente la legislazione comunitaria, a quello economico e della produzione, in cui bisognerà puntare sulla qualità e sul progresso tecnologico, accanto ad una migliore cultura di impresa. Bisogna attivare i laboratori di certificazione della qualità, per garantire la serietà dei prodotti esportati, ma anche sarà necessario rivedere la politica della produzione di energia elettrica, che per il 40% è importata dall'estero ed in particolare dal nucleare francese.

Una maggior attenzione dovrà essere rivolta ai Paesi extracomunitari emergenti, potenziali ottimi mercati, ma che presentano pochissimi sportelli bancari italiani, veicoli fondamentali dello scambio commerciale. Certamente la mancanza di oscillazioni della nostra moneta renderà più semplici i contatti commerciali, ma come nota Ramanzini, le nostre aziende medio piccole e di qualità, potranno divenire facile preda delle multinazionali, con il rischio di una progressiva colonizzazione economica. Certamente l'Euro rappresenta una grossa sfida che non può essere risolta positivamente in un clima di incertezze e di bassa qualificazione delle scelte politiche nazionali.

C'è anche la speranza che con l'unificazione economica si sviluppi anche qualche timido tentativo di una europeizzazione a livello culturale, ma di questo finora non abbiamo alcuna traccia né sentore, mettendo in evidenza che nella nostra Società prevale sempre l'averè sull'essere o, in parole povere, la palanza sul cervello.

RIUNIONE N. 24 del 18 gennaio 1999

“IL PROBLEMA DELLA SANITA’ IN ITALIA “
Guido Patelli

Presidente: Enrico Fumo

Soci Presenti: Albrizio, Bandiera, Bertucci, Bianchi, Cartolari, Castellini, Comunello, Connerth, Dalla Zorza, Danesin, Darsiè, Denti, Fumo, Greggio, Loschi, Menegazzi, Mosca, Naselli, Pat, Patelli, Pegorer, Perolo, Pozzati, Saccardi, Sorbara, Stradiotto, Tagliapietra, Tessarolo, Tonini, Turi, Valfrè, Varisco, Vianello Bote, Zanella

Percentuale di presenza: 62% (salvo compensi)

Hanno cortesemente preannunciato la loro assenza: Benetton, Borso, D’Andrea, Palmieri, Zanini, Zoppelli

Coniugi Presenti: Signora Patelli e Signora Perolo

Soci dispensati : Connerth

Ospiti Rotariani: Carraro (Rotary Club di Cervignano e Palmanova) e Boscolo (Rotary Club di Trieste)

(Allegata la relazione di Patelli)

IL PROBLEMA DELLA SANITA' IN ITALIA

E' difficile affrontare il problema sanità o "crisi" della sanità in Italia perchè esso presenta numerosi aspetti, cause, angoli di visuale dai quali può essere osservato. Ho cercato di mettere ordine nella situazione complessa di oggi, che ha le sue radici nei decenni passati, valutando il problema dal punto di vista del medico ospedaliero. Mai come in questi ultimi anni si sta verificando un CAMBIAMENTO che ancora appare confuso e per certi versi contraddittorio e ciò comporta un diffuso e ingravescente DISAGIO prima di tutto nei Medici stessi (e in primis tra i primari) spesso "capro espiatorio" di malfunzionamenti di cui non hanno colpa e conseguente disagio nel cittadino-utente (attese, tickets, burocrazia, mediocrità del trattamento alberghiero).

CAMBIAMENTI: istituzione delle Aziende ULS e aziende ospedaliere, introduzione dei dipartimenti, adozione del sistema produttivo basato sui DRG, la funzione di medico-manager, le procedure di ricovero nuove (day hospital e day surgery), l'abbattimento di circa 40.000 posti letto per acuti di cui il 60% chirurgici, l'esclusività di rapporto con il SSN con incompatibilità verso la libera professione esterna. A questi punti, che esaminerò in dettaglio, vanno aggiunti il problema della crescente sperequazione e divario tra le Regioni economicamente più forti e più organizzate e quelle più povere e depresse, fatto accentuato negli ultimi anni dall'uso sempre più intensivo delle nuove e costose tecnologie (specie nelle branche chirurgiche e di diagnostica), ed il problema dei giovani, che negli ospedali

non ci sono più o quasi a causa della sclerotizzazione del sistema organizzativo. Andiamo per ordine:

1) AMBITO MEDICO : emerge in questi ultimi tempi una vera "CRISI DI RIGETTO" rispetto alla corsa esasperata all'efficienza/economica, in base alla quale la struttura pubblica tende a dividere i malati in "produttivi" e "improduttivi" in relazione all'onere economico della loro terapia.

Il problema è di interesse primario per il paziente che si trova "schedato" entro standard impersonali di terapia non più gestiti dal medico ma imposti dall'amministrazione sanitaria; e di grande disagio per il medico che rischia di diventare uno strumento "de-professionalizzato" dal punto di vista clinico nella gestione del paziente in cura. Ad alcuni anni dal via all'aziendalizzazione si sta evidenziando una pericolosa spaccatura fra medici e managers: si tratta di due visioni diverse nella gestione del sistema salute, l'una legata al momento medico-sanitario l'altra attratta da obiettivi e vincoli di funzionalità economica. Facciamo un passo indietro: nel 1986 i 100.000 medici delle ULS escono dal magma del contratto unico (assieme a tutti i dipendenti non solo del comparto sanitario ma di tutto il pubblico impiego) in quanto viene riconosciuta un'area contrattuale separata al fine di valorizzare e responsabilizzare il ruolo medico nell'ambito del SSN (Servizio Sanitario Nazionale). Dieci anni dopo i medici pubblici conquistano lo status di "dirigente" (1° e 2° livello al posto dei tre precedenti assistente, aiuto, primario). Molto presto la categoria si interroga sulla valenza del termine "dirigente" (peculiarità, responsabilità, ruoli) accorgendosi che, come spesso avviene nelle conquiste

sindacali, l'unico guadagno l'hanno avuto i più giovani a danno di chi ha maturato anni di esperienza (appiattimento). Il dibattito è ancora in corso: anche nell'ultimo ddl delega "Bindi" si parla di una dirigenza a prevalente contenuto gestionale e una a prevalente contenuto professionale: si andrebbe verso una suddivisione dei compiti in corsia tra chi per scelta e capacità è "più bravo" a fare il medico-manager e chi è più portato a prediligere l'atto clinico "ferme restando - dice la legge - la responsabilità e l'autonomia dirigenziali". La sensazione è che si tratti di parole vuote che anziché tutelare l'autonomia professionale dei medici creino delle figure sempre più imbrigliate da competenze che con la tutela della salute non hanno niente a che vedere.

Accanto a questo "svuotamento" di ruolo professionale è causa di disagio lo "svuotamento" economico: sembra una situazione preistorica quella degli anni ante 1970 in cui i Primari avevano una quota su ogni prestazione (sistema non esente da difetti): oggi in barba al termine dirigente il medico ospedaliero è più che mai un dipendente pubblico, situazione dalla quale sfugge almeno in parte il Medico di base, meglio pagato e più libero in quanto non dipendente bensì "convenzionato" con il SSN.

Ad aggravare la tensione e il malcontento si aggiunge il nodo della INCOMPATIBILTA', vissuto dalla maggior parte dei medici ospedalieri come costrittivo e punitivo.

Superato da poco (giugno 97) il periodo della imposizione di una scelta per la libera professione (o dentro o fuori)

si è giunti a imporre un rapporto di esclusività con il SSN. Qual'è la logica: lo Stato ha il diritto di chiedere al suo dipendente medico di dare il massimo e di non fare il "doppio gioco" con la Sanità privata; e questo non solo per problemi di natura etica ma anche perchè nella logica di crescente miglioramento del servizio pubblico è essenziale che le migliori capacità professionali restino all'interno della struttura ospedaliera. Ma da questo scaturisce immediatamente la giusta pretesa del medico in rapporto esclusivo di essere pagato di più: purtroppo nella finanziaria la cifra stanziata è tale che nella più rosea delle previsioni raggiungerà 250-300.000 lire nette al mese, mentre chi rifiuterà questo rapporto di esclusività verrà pesantemente penalizzato sul piano economico e di carriera senza la minima decurtazione dell'orario di lavoro (è peggio del tempo definito di una volta).

2) DIRETTORI GENERALI E AZIENDE: passati i tempi dei Comitati di gestione, da alcuni anni al vertice delle ULS c'è un Direttore generale, figura dotata di grande autonomia gestionale, da molti giudicata eccessivamente "monocratica". I Direttori dovrebbero trovare un equilibrio tra la missione di servizio e la logica puramente aziendale. La bilancia ora pende chiaramente verso il profitto: la medicina pubblica non può che avere come obiettivo l'erogazione di prestazioni sanitarie adeguate, a tutta la popolazione, sulla base di un monte risorse realistico rispetto alla domanda di salute, opportunamente depurata

della "sovradomanda". La logica aziendale deve rappresentare un modus operandi volto al miglioramento dei servizi e non alla loro "selezione".

Il nuovo sistema di pagamento a tariffa (secondo il DRG) tende a privilegiare prestazioni ad alta resa economica, anche senza arrivare agli eccessi dei privati che non accettano alcune patologie.

Perchè viene definita figura "monocratica": nominato dalla Regione, laureato, quasi sempre di estrazione amministrativa, si sceglie un direttore amministrativo ed un direttore sanitario e con essi governa avendo come obiettivo essenziale il pareggio di bilancio e di ciò risponde direttamente all'Assessore regionale alla sanità. Per ottenere questo il sistema è semplice: ridurre drasticamente le spese, specie sulle risorse umane, senza una corretta valutazione di quanto verranno abbattute le prestazioni su un piano quantitativo ma soprattutto qualitativo (anche se oggi è di moda parlare di qualità in sanità).

I dirigenti medici, e quelli apicali in particolare, dovrebbero essere i diretti consiglieri e dovrebbero essere ascoltati: esiste in realtà un Consiglio dei Sanitari, vera beffa politica, ben diverso dal Consiglio dei Primari di un tempo: organo eterogeneo (ospedalieri, medici del territorio, psicologi, tecnici, infermieri) che ha solo potere consultivo e non decisionale.

Di questa impostazione monocratica le stesse forze politiche hanno preso atto, visto lo spazio crescente che viene dato ai Sindaci, come tutori dei diritti dei cittadini.

3) L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN ITALIA ED IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Per comprendere la situazione attuale bisogna brevemente ripercorrere la storia della seconda metà di questo secolo, ponendo come spartiacque il 1975.

Alla fine del 1974, in conseguenza delle aperture assistenziali del ventennio precedente, la situazione finanziaria degli ospedali era assai critica.

L'ex INAM (che assisteva metà della popolazione assicurata) aveva visto crescere la spesa ospedaliera sul totale delle prestazioni sanitarie dal 32% al 57,4%. Fin dal 1967 lo Stato intervenne a ripianare i debiti. Fu così che si giunse alla legge 386 dell'agosto 1974 che tra le altre cose trasferiva alle Regioni i compiti in materia di assistenza ospedaliera e aboliva la retta giornaliera di degenza: dal 1975 pertanto l'assistenza ospedaliera passava ad una gestione a bilancio annuale (fatta eccezione per le case di cura convenzionate), basato sul rimborso, comunque, dei costi sostenuti; ciò ha portato ad una progressiva deresponsabilizzazione degli amministratori e dei clinici.

Nel primo ventennio considerato (1955-75) c'era stato un incremento di popolazione del 13,9% (ma del 62,4% se considerata la popolazione oltre i 65 anni), con aumento di posti letto del 54,5%. Il numero di posti letto per 1000 abitanti è passato da 7,73 a 10,57.

Questa esplosione dell'assistenza ospedaliera fu legata all'aumento della popolazione anziana, in assenza di strutture alternative agli ospedali, ma anche al sistema di pagamento a retta giornaliera che è stato di stimolo per

le; amministrazioni ospedaliere all'aumentare le proprie entrate attraverso l'aumento dei posti letto ed anche all'espansione, non motivata, di alcuni ospedali per essere classificati a livello superiore (vecchia classificazione in ospedali zonali, provinciali, regionali).

Nel 2° ventennio (1975-95) viene attuata, con la legge 386 del 1974, la prima grande svolta e, passando dalla retta giornaliera al bilancio annuale viene data una spinta positiva al contenimento dei posti letto e alla riduzione delle spese. Alla fine del 2° ventennio considerato (75-95) la popolazione è aumentata del 2,24% (sopra i 65 a. del 36,4%) i posti letto sono diminuiti (-43,7%), le giornate di degenza pure (-45,1%), i posti letto sono scesi al 5,8 per mille abitanti, la degenza media è passata da 16 a 9 giorni. I ricoveri ospedalieri sono ancora di 174‰ ab., lontani dalla tendenza dei 160‰ .

L'anno 1995 è visto come quello della grande svolta, sulla base della legge 502 del 1992, con l'effettivo avvio della aziendalizzazione ed il passaggio del finanziamento degli ospedali dal vecchio sistema a bilancio annuale (ancora "a retta" delle case di cura) al sistema tariffario.

Una scelta di finanziamento rispetto a un altro non è una decisione neutra: ad esempio il sistema a bilancio ha portato alla riduzione dei posti letto e alla conseguente riduzione della degenza media: ma così sono lievitati i costi, diventati ben presto incompatibili con il bilancio annuale, perchè è noto che i primi giorni di degenza sono i più costosi. Ciò ha portato le case di cura ad avere una degenza

media più alta rispetto agli ospedali pubblici, perchè il prolungarsi della degenza favorisce un recupero finanziario. La scelta di un dato sistema di finanziamento ha un'alta valenza strategica perchè può orientare, in una direzione o nell'altra, il tipo, la quantità, la durata e le modalità di svolgimento delle prestazioni sanitarie.

Per attuare il sistema tariffario si è pescato nell'esperienza altrui, introducendo il sistema DRG (diagnosis related groups) con la finalità di privilegiare l'indice di rotazione più che l'indice di occupazione. Il sistema DRG, ideato negli USA, raggruppa tutte le patologie in 489 categorie ognuna delle quali ha un suo valore tariffario.

Gli ospedali dovrebbero così essere finanziati in base al numero e alla complessità dei ricoveri effettuati, non secondo i costi sostenuti o il numero di giorni di degenza. Ciascun ospedale deve far fronte agli squilibri negativi fra costi e ricavi e può trattenere gli eventuali margini positivi. Anche questo sistema ha dei grossi limiti ed ha aperto delle voragini di bilancio alle Regioni: a parità di prestazioni effettuate in precedenza ora le stesse vengono accuratamente registrate e quantificate, e questo è lecito; talora però il sistema viene letteralmente manipolato e utilizzato come mero sistema di accaparramento di finanziamenti. Da qui il ricorso a drastici provvedimenti di contenimento della spesa, alcuni con intenti positivi - day hospital e day surgery - altri con norme restrittive che poco hanno a che vedere con lo sbandierato perseguimento della qualità (riduzione drastica dei posti letto, del

personale, degli incentivi economici, degli straordinari) e che tendono a limitare quantitativamente e qualitativamente l'autonomia professionale attraverso il privilegio di patologie a più alto contenuto remunerativo.

Per aggiungere ulteriore disagio ai Medici ospedalieri con il processo di aziendalizzazione è stato introdotto l'onere della stesura del budget annuale; budget vuol dire contrattazione di risorse per raggiungere determinati obiettivi: questo sistema il cui lato positivo è quello di sensibilizzare e coinvolgere il medico sulla spesa sanitaria viene in realtà imposto dai vertici amministrativi sia nella scelta degli obiettivi sia degli indicatori di efficienza.

A fronte di un grosso lavoro che distoglie i medici dalla assistenza e per il quale i medici sono assolutamente impreparati, non esiste la contropartita di una gestione almeno in parte autonoma delle risorse.

PROSSIMI INCONTRI

Martedì 02 marzo 1999

ore 20,00 Ca' Del Galletto

Interclub con il Rotary Club di Treviso

Goran Dzingalasevic, Direttore Centro Autismo di Treviso

“Autismo: spiegazioni di un enigma”

Lunedì 08 marzo 1999

ore 20,00 Ca' Del Galletto

“Australia”

Ramanzini

Lunedì 15 marzo 1999

ore 20,00 Ca' Del Galletto

Viaggio nella cultura degli USA

Ruffilli

Lunedì 22 marzo 1999

ore 19,30 Ca' Del Galletto

“Il volto nuovo del Rotary”

D'Andrea

Lunedì 29 marzo 1999

Sospesa per il 5° lunedì del mese

Lunedì 05 aprile 1999

Sospesa per festività di Pasqua

Lunedì 12 aprile 1999

ore 20,00 Ca' Del Galletto

Fulvio Roiter

Domenica 18 aprile 1999

Visita all'isola dimenticata

(seguirà il programma dettagliato)

Lunedì 19 aprile 1999

Sospesa

Penso che non siano molti i Rotariani capaci di veder piangere un bambino e che non desiderino asciugarne le lacrime. Attraverso il Rotary, noi possiamo trasformare il nostro desiderio di porgere un conforto a un bambino sofferente in progetti che andranno a vantaggio di centinaia e, perfino, migliaia di altri bambini. Nel 1998/99, ho rivolto a ciascuno di voi questo invito: ***Vivi il tuo sogno rotariano.*** Ora, vi esorto ad includere nel vostro sogno tutti i bambini del mondo e, in modo speciale, quelli che implorano il nostro aiuto e la nostra compassione.

Nel vostro lavoro per dare una risposta ai problemi delle vostre comunità, tenete sempre presenti nella vostra mente le acute necessità dei loro membri più giovani ed innocenti. Diamoci da fare per rimpiazzare la paura e la disperazione che marcano l'esistenza di così tante giovani vite con l'amore e la speranza di un futuro più luminoso. Con il nostro impegno e con la nostra dedizione all'ideale del servire, sforziamoci di trasformare i nostri sogni rotariani in realtà a vantaggio dei bambini di tutte le comunità del mondo.

James L. Lacy
Presidente del RI del 1998-99