

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ANCONA

COSA PREVEDE IL II BIENNIO ECONOMICO DEL CCNL 2002-2005

Tutti i numeri del Contratto

Sintesi e tabelle del II biennio del nostro contratto di lavoro, firmato da poco e già "scaduto". Incrementi, arretrati, fondo per la retribuzione di risultato, nelle pagine interne del giornale troverete le schede che riassumono tutti gli elementi contrattuali.

Amedeo Bianco è il nuovo presidente della Fnomceo

Il Comitato Centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, riunito a Roma il 28 marzo scorso, ha affidato la presidenza ad **Amedeo Bianco**, già presidente dell'Ordine di Torino ed esponente di rilievo dell'Anaao Assomed. "Il mio obiettivo sarà quello di essere il presi-

dente di tutti - ha dichiarato Bianco subito dopo la sua nomina - rinnovando e rafforzando l'identità della Fnomceo proprio a partire dalle diversità, perché queste possano davvero produrre la ricchezza del confronto e non le ragioni della contrapposizione". Nella stessa seduta è stato definito l'inte-

ro gruppo dirigente della Fnomceo per il triennio 2006-2009: vicepresidente **Maurizio Benato**, presidente dell'Ordine di Padova; segretario **Roberto Lala**, vicepresidente dell'Ordine di Roma; tesoriere **Claudio Cortesini**, presidente della Commissione dell'Albo degli odontoiatri di Roma.

Lo sviluppo delle aziende sanitarie integrate in Toscana: un percorso a ostacoli

Sono quattro i Policlinici Ospedaliero Universitari toscani: Careggi, Meyer, Pisana e Senese. Il loro sviluppo e il loro funzionamento è tutt'altro che omogeneo, con alcune realtà che si profilano come modelli positivi ed altre che scontano ritardi gravissimi. Nello speciale dedicato a questa realtà regionale, che segue quello sulle aziende sanitarie integrate dell'Emilia Romagna, si confrontano le posizioni

di **Carlo Palermo**, segretario regionale Anaao della Toscana, dei responsabili Anaao per ciascuna delle quattro Aziende, **Gerardo Anastasio**, **Luciano Gabbani**, **Maurizio Paparo** e **Giuseppe Marotta**, e dell'Assessore per il diritto alla Salute della Regione Toscana, **Enrico Rossi**.

Speciale Università alle pagine 5-9



PRIMO PIANO

La Conferenza Stato-Regioni sigla l'accordo su Riparto del Fsn 2006, Piano sanitario nazionale e liste d'attesa. Pubblichiamo le tabelle delle prestazioni che rientrano nel Piano per il contenimento dei tempi

A PAGINA 4

SPECIALE REGIONI

Focus sulla Sardegna. Intervista all'assessore alla Sanità Nerina Dirindin e al segretario regionale Anaao Assomed Marcello Angius

ALLE PAGINE 10-11

NOTIZIE DALL'ESTERO

Il sondaggio prodotto dalla Commissione europea Eurobarometro sugli errori in medicina. Tutti i cittadini europei temono l'errore medico, ma i più preoccupati sono proprio gli italiani, anche se la fiducia verso i medici resta alta

A PAGINA 13

CON GRAVE RITARDO SI È FINALMENTE CONCLUSO IL RINNOVO CONTRATTUALE

La pre-intesa sul II biennio economico del Ccnl 2004-2005

Finalmente il 9 marzo è stata siglata la pre-intesa sul rinnovo contrattuale del II biennio economico 2004-2005. Sul piano del metodo è molto grave che questo sia avvenuto dopo la scadenza del contratto, ritardando per i medici il godimento degli aumenti stipendiali e costringendo le parti a pattuire le condizioni di lavoro normative ed economiche relative a un tempo ormai trascorso.

I contenuti dell'intesa, poi, sono stati fortemente influenzati dal grave ritardo della trattativa che ci stava spingendo a ridosso di un tempo oltre il quale il rinnovo sarebbe stato impossibile per molti mesi ancora.

La delegazione trattante, infatti, che aveva avuto il mandato associativo di cercare di raggiungere quanto più possibile degli obiettivi programmati, ma di chiudere comunque la trattativa prima delle elezioni politiche, si è trovata di fronte ad un irremovibile rifiuto dell'Aran ad accettare che il riconoscimento economico dello sviluppo professionale fosse legato a fasce di anzianità, seppure dopo verifica.

Siamo stati quindi costretti ad accettare – non

avremmo altrimenti chiuso la trattativa – una cervellotica individuazione della platea dei destinatari del beneficio economico in prima applicazione che, per non usare in modo chiaro il termine di 15 anni di carriera, fa riferimento a coloro che alla fine del 1995 erano X livelli, escludendo in una prima fase quelli che a quella data erano IX livello. Si è cercato di tamponare tale evidente ingiustizia dando a questi ultimi la priorità nell'accesso a tale riconoscimento economico (una sorta di superminimo) nella fase di applicazione successiva.

Il passare del tempo, inoltre, ha reso sempre più difficile la tenuta unitaria del tavolo sindacale facendo emergere difformi orientamenti di alcune componenti sindacali poco disposte a riconoscere la priorità di remunerare in modo più adeguato i turni di lavoro notturno.

Un ulteriore ostacolo alla pattuizione nazionale di un riconoscimento economico per i turni notturni svolti in orario di lavoro è stato altresì posto dalle tre Confederazioni Generali (Funzione Pubblica) che in modo formale hanno cercato di influenzare Aran e

Regioni, violando l'autonomia del nostro tavolo.

È stata necessaria tutta la pazienza e la fermezza della delegazione trattante per difendere l'autonomia contrattuale, per mantenere per un tempo così lungo la sufficiente unità delle sigle sindacali (l'Anaa Assomed conta per il 22%) e per vincere in gran parte le fortissime resistenze dell'Aran alle nostre tesi.

Nelle condizioni date, è stato impossibile ottenere di più nel II biennio, salvo fare saltare la trattativa non firmando la pre-intesa. Ma il mandato non era questo e noi crediamo che tale contratto nel suo complesso, nonostante quelle palesi incongruità nel II biennio che possono e debbono trovare giustizia nelle applicazioni aziendali, abbia aperto alcune strade molto importanti per la categoria che dovranno essere percorse nei prossimi mesi ed ulteriormente ampliate e perfezionate nella bozza di proposte contrattuali del quadriennio 2006-2009.

Giusto il tempo di riprendere fiato e si ricomincia!

La delegazione trattante Anaa Assomed

Le schede riassuntive

SINTESI DEL II BIENNIO ECONOMICO DEL CCNL 2002-2005 A CURA DELLA DELEGAZIONE TRATTANTE ANAAO ASSOMED

SOGGETTI INTERESSATI

Tutti i dirigenti medici e veterinari con rapporto di lavoro indeterminato e determinato, dipendenti dalle Aziende ed enti del Ssn nelle seguenti quantità:

- numero complessivo dirigenti medici=111.630
- numero complessivo dirigenti veterinari=6.059
- totale complessivo dirigenti medici e veterinari=117.689

PERIODO DI VIGENZA

È vigente per l'anno 2004 e 2005 o per periodi diversi, se espressamente indicati, e comunque fintanto quando non è sostituito da altro Ccnl.

INCREMENTI CONTRATTUALI COMPLESSIVI A REGIME

- Aumento % della massa salariale del 2001 = 5,06 %
- Aumento in Euro della massa salariale del 2001 = €389.266.959,51
- Incremento contrattuale medio mensile = €254,43

INCREMENTI CONTRATTUALI DELLO STIPENDIO TABELLARE A REGIME

Per i dirigenti medici a rapporto esclusivo e non esclusivo ad orario unico l'incremento complessivo del tabellare a partire dal 1° febbraio 2005 è:

- incremento mensile €141,00
- incremento annuale (incremento mensile x13) € 1.833,00

Tabella 1. DISTRIBUZIONE A REGIME DELLE RISORSE CONTRATTUALI

| | Incrementi % contrattuali in Euro | incrementi contrattuali complessivi |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Tabellare Dirigenti Medici e Veterinari (N. 117.689) | 212.082.369,34 | 54,48 % |
| Posizione Medici (N. 111.630) | 72.893.273,70 | 18,73% |
| Posizione Veterinari (N. 6.059) | 5.685.739,73 | 1,46% |
| Accantonamento per riallineamento posizioni (N. 117.689) | 4.589.871,00 | 1,18% |
| Condizioni di lavoro Medici (N. 111.630) | 72.806.202,30 | 18,70% |
| Condizioni di lavoro Veterinari (N. 111.630) | 1.762.805,46 | 0,45% |
| Risultato Medici e Veterinari (N. 117.689) | 19.461.053,04 | 5,00% |
| Totale (N. 117.689) | 389.282.034,57 | 100% |

Per i dirigenti medici a tempo definito l'incremento complessivo del tabellare a partire dal 1° febbraio 2005 è:

- incremento mensile €74,08
- incremento annuale (incremento mensile x13) €963,04

RETRIBUZIONE DI POSIZIONE

Nel Ccnl del biennio 2004-2005, per quanto riguarda la retribuzione di posizione dei dirigenti medici a rapporto esclusivo, sono state introdotte le seguenti innovazioni:

- incremento della posizione minima unificata dei dirigenti di struttura complessa e semplice (art. 5, commi 1, 2, 3 e 4);
- introduzione di un nuovo livello stabile di retribuzione di posizione minima contrattuale nell'ambito degli incarichi professionali conferiti ai sensi della lettera C dell'art. 27 del Ccnl 8 giugno 2000 (art. 5, comma 6);
- limitazione in 1° applicazione dei benefici di tale nuovo livello stabile di retribuzione di posizione minima contrattazione solamente ai dirigenti che al 31.12.2001 presentavano una posizione fissa contrattuale e variabile contrattuale storica da ex 10° livello (art. 5, comma 5)
- introduzione di una dinamicità di accesso al nuovo livello stabile di retribuzione di posizione minima contrattuale (art. 5, comma 7);
- limitazione di tale dinamicità alla disponibilità del fondo aziendale di retribuzione di posizione ed al superamento della verifica, prevista al 15° anno di servizio, per il attribuzione della relativa indennità di esclusività (art. 5, comma 7).

INCREMENTO A REGIME DELLA POSIZIONE MINIMA UNIFICATA CONTRATTUALE DEI DIRIGENTI MEDICI

La retribuzione di posizione minima unificata dei dirigenti medici con rapporto esclusivo, in base alla loro posizione funzionale è riportata nella tabella n.2:

RETRIBUZIONE DEL DISAGIO PER IL LAVORO NEI TURNI DI GUARDIA NOTTURNA

Il Ccnl del II° biennio 2004-2005 introduce al comma

2 dell'art. 8 una retribuzione per il lavoro medico notturno in turni di guardia.

Tale nuova retribuzione presenta le seguenti caratteristiche:

- vengono retribuiti tutti i turni di guardia medica notturni effettuati in orario di servizio ed al di fuori di tale orario (commi 1 dell'art. 8) ad eccezione di quelli retribuibili come lavoro aggiuntivo (480 Euro a turno), ai sensi dell'art. 18 del Ccnl 3 novembre 2005, e di quelli eseguiti interamente in lavoro straordinario notturno e retribuiti pertanto con la tariffa del lavoro

straordinario (comma 6 dell'art. 8);

- l'importo di tale tipo di retribuzione è pari ad Euro 50,00 per ogni turno di guardia notturna;
- decorre a partire dal 31.12.2005 e si cumula all'indennità notturna (Euro 17,82), già prevista dall'art. 51 del Ccnl del 3 novembre 2005, per cui l'importo della retribuzione complessiva per servizio notturno diventa di Euro 67,82;
- è finanziata con le risorse indicate dai commi 2 e 3 dell'art 11;
- l'eventuale eccedenza o difetto di tali risorse al livello aziendale rientra in un meccanismo di compensazione fra le varie aziende sanitarie presenti nella Regione al fine di garantire comunque l'attuazione dei commi 1, 2, e 5 dell'art. 8.

Tabella 2. INCREMENTO A REGIME DELLA POSIZIONE MINIMA UNIFICATA CONTRATTUALE DEI DIRIGENTI MEDICI

| | Retribuz. posiz. minima unificata al 31.12.03 (comprensiva 13° mensilità) | Incremento mensile a regime al 31.12.05 | Incremento annuo a regime dal 31.12.05 posiz. minima unificata (comprensiva 13° mensilità) | Retribuz. posiz. minima unificata annuale (comprensiva 13° mensilità) |
|--|---|---|--|---|
| Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica (vedere nota n. 1 e 2) | 8.879,52 | 204,91 | 2.663,83 | 11.543,35 |
| Dirigente incarico struttura complessa: area medicina (vedere nota n. 1 e 2) | 7.709,13 | 177,90 | 2.312,70 | 10.021,83 |
| Dirigente incarico struttura complessa: area territorio (vedere nota n. 1 e 2) | 6.583,09 | 164,57 | 2.139,41 | 8.722,50 |
| Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funzionale DPR 384/1990 (vedere nota n. 1 e 2) | 5.735,36 | 89,31 | 1.161,03 | 6.796,39 |
| Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000 (vedere nota n. 1, 3 e 4) | 2.374,32 | 89,31 | 1.161,03 | 3.535,35 |
| Dirigente equiparato | 2.374,32 | 0,00 | 0,00 | 2.374,32 |
| Dirigente < 5 anni | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

Nota n. 1: in base ai commi 1, 2 e 3 dell'art. 5, in 1° applicazione gli aumenti vengono attribuiti agli aventi diritto senza ulteriori verifiche.

Nota n. 2: gli incrementi previsti dai commi 1, 2 e 3 dell'art. 5, in base al dettato del comma 4 del suddetto articolo, non sono riassorbiti dalla retribuzione di posizione variabile aziendale e si aggiungono pertanto alla retribuzione di posizione complessivamente attribuita al dirigente, indipendentemente dalla sua composizione storica.

Nota n. 3: in base al comma 5 dell'art. 5, i dirigenti con incarico professionale, che usufruiscono in 1° applicazione di tale aumento, sono solamente quelli che al 31 dicembre 1995 avevano una qualifica di 10° livello.

Nota n. 4: il beneficio contrattuale, previsto dal comma 6 dell'art. 5 per i soggetti indicati dalla nota 3, in applicazione successiva alla prima potrà essere attribuito, ove vi sia disponibilità del fondo di posizione aziendale parte variabile, ai dirigenti medici in regime di esclusività con incarico professionale che abbiano superato la verifica prevista per il conferimento della fascia di esclusività prevista a 15 anni di servizio ed in via prioritaria ai dirigenti medici che già possiedono la suddetta esperienza professionale (almeno 15 anni di anzianità professionale); in quest'ultimo caso la verifica utile, se positiva, sarà quella in occasione del rinnovo dell'incarico.

RETRIBUZIONE ORARIA PER IL LAVORO STRAORDINARIO DEI DIRIGENTI MEDICI E VETERINARI

Riallineamento della retribuzione oraria per il lavoro straordinario

La retribuzione oraria per il lavoro straordinario con tale Ccnl viene riallineata al valore economico del tabellare mediante l'utilizzo dei meccanismi usuali di calcolo.

Nuovi importi economici dell'ora di lavoro straordinario

- Ora straordinaria feriale diurna = €24,59
- Ora straordinaria feriale notturna = €27,80
- Ora straordinaria festiva notturna = €32,08

Fondo aziendale per il lavoro straordinario

- Il fondo aziendale per il lavoro straordinario dei dirigenti medici non viene modificato nel suo importo complessivo rispetto a quello esistente nella stessa azienda al 31.12.2001.
- L'incremento di tale fondo, introdotto dal punto C del comma 3 de Ccnl 3 novembre 2005, a partire dalla data di entrata in vigore del Ccnl biennio 2004 - 2005 non è più disponibile per tale finalità ma concorre a finanziare la retribuzione per il disagio notturno.

Priorità di utilizzo del fondo aziendale per il lavoro straordinario

In conseguenza del congelamento nei fatti dell'importo complessivo del fondo a quello esistente al 31.12.2001 (salvo incrementi successivi conseguenti all'aumento della dotazione organica) e della crescita del valore economico di ciascuna ora di lavoro straordinaria, il numero di tali ore retribuibili viene decurtato significativamente.

Tale fondo deve pertanto continuare a remunerare prioritariamente il lavoro straordinario espletato in pronta disponibilità e secondariamente i turni di guardia medica notturna, se vi è ancora disponibilità economica.

FONDO PER LA RETRIBUZIONE DI RISULTATO DEI DIRIGENTI MEDICI

Entità dell'incremento del fondo

Il fondo è incrementato per ciascun dirigente medico in servizio al 31.12.2005 del seguente importo annuale: €165,36

Decorrenza di tale incremento

Per effetto del comma 3 dell'art. 12, l'incremento decorre dal 31.12.2005

Acconto mensile della retribuzione di risultato

Per effetto del comma 4 dell'art. 12, l'acconto mensile della retribuzione di risultato è così ridotto: 50% delle somme attribuibili (100%)

Conguaglio della retribuzione di risultato

Per effetto del comma 4 dell'art. 12, è stato introdotto l'obbligatorietà per l'azienda a procedere a consuntivo al conguaglio della retribuzione di risultato nel termine massimo di 6 mesi.

Tabella 3. ARRETRATI CCNL II° BIENNIO MATURATI AL 30 APRILE 2006 DAI DIRIGENTI MEDICI A RAPPORTO ESCLUSIVO

| | Arretrati da incremento TABELLARE | Arretrati da incremento su POSIZIONE UNIFICATA | Una - Tantum 2004 e 2005 | Totale |
|---|-----------------------------------|--|--------------------------|-----------|
| Dirigente incarico struttura complessa: area chirurgica | €3096,00 | €4.492,82 | €627,08 | €8.215,90 |
| Dirigente incarico struttura complessa: area medicina | €3096,00 | €3.890,69 | €627,08 | €7.613,77 |
| Dirigente incarico struttura complessa: area territorio | €3096,00 | €3.607,49 | €627,08 | €7.330,57 |
| Dirigente incarico struttura semplice o ex modulo funz. | €3096,00 | €1957,60 | €627,08 | €5.680,68 |
| Dirigente incarico lett. c) art. 27 CCNL 8 giugno 2000 (N.B.) | €3096,00 | €1.957,60 | €627,08 | €5.680,68 |
| Dirigente equiparato | €3096,00 | 0,00 | €627,08 | €3.723,08 |
| Dirigente < 5 anni | €3096,00 | 0,00 | €627,08 | €3.723,08 |

SIGLATO L'ACCORDO CHE CONSENTE DI "SBLOCCARE" LE RISORSE PER LA SANITÀ PREVISTE DALLA FINANZIARIA

Intesa Stato-Regioni su riparto del Fondo 2006, liste d'attesa e Piano sanitario nazionale

Le Regioni avevano già concordato tra loro uno schema di riparto delle risorse che superava le difficoltà create invece dalla proposta ministeriale. Ma per poter accedere anche ai due miliardi stanziati in Finanziaria come contributo statale al ripiano dei disavanzi sanitari occorreva trovare un punto d'incontro con il Governo anche sul Piano sanitario nazionale 2006-2008 e sul Piano per il controllo delle liste d'attesa. Senza il ministro Storace, dimissionario, ci si è arrivati

Non sono stati semplici i rapporti tra le Regioni e il ministero della Salute negli ultimi mesi. Il clima elettorale certamente non favoriva la distensione, visto anche che gran parte delle Regioni hanno ormai una guida di centro sinistra, e si erano già registrate alcune scaramucce tra il ministro e i rappresentanti regionali. La Finanziaria 2006 imponeva però di raggiungere un'intesa tra Governo e Regioni entro il 31 marzo, in modo da rendere disponibili i due miliardi di euro stanziati dallo Stato per "concorrere al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004" (comma 279). In particolare occorreva che le parti sottoscrivessero un comune Piano sanitario 2006-2008 e il Piano nazionale sul contenimento dei tempi d'attesa per le prestazioni sanitarie fortemente voluto da Francesco Storace, oltre che accordarsi, come di consueto, sul Riparto del Fondo sanitario 2006, ovvero su come dividere tra le Regioni le risorse destinate a finanziare il Ssn.

RIPARTO DEL FSN 2006

La Finanziaria 2006 assegna al servizio sanitario nazionale 93 miliardi in tutto: 90 miliardi circa sono il finanziamento vero e proprio (quello che dovrebbe coprire i Lea), cui si aggiunge un miliardo per il riequilibrio delle situazioni strutturali più carenti e altri due per i deficit prodotti fino al '94.

Se il Governo ha sempre sottolineato come questa cifra fosse il più forte stanziamento mai fatto per la sanità, da parte regionale si ricorda invece che quest'anno non vi è stata alcun incremento delle risorse, essendo i due miliardi destinati a pagare vecchi debiti.

Al di là di queste posizioni assai distanti, alle Regioni non era piaciuta neanche la proposta di riparto formulata dal ministero. "La proposta del ministro - ha dichiarato il coordinatore della Commissione Salute regionale, il toscano Enrico Rossi - pareva congegnata perché le Regioni non raggiungessero un accordo: il fondo 2006 penalizzava le Regioni con popolazione anziana, il miliardo concessivo per i grandi deficit andava solo a tre Regioni, Lazio, Campania e Sicilia, e i due miliardi di euro per il pregresso si dovevano dividere con un rigido pro-capite, oltretutto legato alla questione delle liste d'attesa. C'era il rischio che si finisse tutti contro tutti, ma la nostra proposta invece ha consentito di trovare l'accordo, confermando che le Regioni sono adulte nel governo della sanità". In sintesi, secondo la proposta di Storace, Liguria, Lazio, Toscana e Calabria avrebbero avuto meno finanziamenti che nel 2005.

Proprio mentre arrivava la notizia delle dimissioni del ministro Storace, le Regioni, riunite in una Conferenza straor-

Tabella 1. Riparto del Fondo sanitario nazionale 2006

| | fabbisogno 2006 | risorse per disavanzi pregressi |
|----------------|-----------------------|---------------------------------|
| Piemonte | 6.685.389.00 | 229.752.251 |
| Valle d'Aosta | 187.336.000 | - |
| Lombardia | 14.162.593.000 | 281.021.260 |
| Bolzano | 702.382.000 | - |
| Trento | 747.997.000 | - |
| Veneto | 7.089.660.000 | 134.400.637 |
| Friuli | 1.868.229.000 | - |
| Liguria | 2.539.286.000 | 119.461.661 |
| Emilia Romagna | 6.440.498.000 | 223.836.612 |
| Toscana | 5.603.774.000 | 202.823.412 |
| Umbria | 1.335.719.000 | 25.900.674 |
| Marche | 2.341.814.000 | 63.291.803 |
| Lazio | 7.911.997.000 | 148.000.572 |
| Abruzzo | 1.981.229.000 | 32.765.473 |
| Molise | 492.620.000 | 8.427.907 |
| Campania | 8.370.841.000 | 100.757.645 |
| Puglia | 5.984.591.000 | 117.770.698 |
| Basilicata | 895.018.000 | 38.824.570 |
| Calabria | 2.977.160.000 | 121.745.665 |
| Sicilia | 7.410.498.000 | 75.155.810 |
| Sardegna | 2.452.138.000 | 49.063.350 |
| Tot. | 88.180.770.000 | 2.000.000.000 |

Fonte: Il Revisore, rivista on line di Romano Colozzi
assessore al Bilancio della Regione Lombardia

segue a pag. 14

Tabella 2 - Le prestazioni che dovranno essere garantite in tempi brevi

| Area Oncologica | Ecografia |
|---|---|
| PRESTAZIONI AMBULATORIALI Visita oncologica Visita radioterapica pretrattamento | Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca) Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici Ecocolordoppler dei vasi periferici |
| Radiologia Mammografia | Esami specialistici Elettrocardiogramma Elettrocardiogramma holter |
| TC con o senza contrasto Torace | Riabilitazione Cardiologica |
| Addome superiore Addome inferiore Addome completo | PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO By pass aortocoronarico Angioplastica Coronarica (PTCA) Endoarteriectomia carotidea |
| Risonanza Magnetica Cervello e tronco encefalico Pelvi, prostata e vescica | PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY Coronarografia |
| Ecografia Addome Mammella | Area Materno Infantile |
| Esami specialistici Colonscopia Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile Esofagogastroduodenoscopia Broncoscopia Colposcopia Cistoscopia Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia ecoguidata) | PRESTAZIONI AMBULATORIALI Visita ginecologica |
| Radioterapia Sessione di radioterapia | Ecografia Ostetrica - Ginecologica |
| PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO Interventi chirurgici tumore mammella Interventi chirurgici tumore prostata Interventi chirurgici per tumori colon retto Interventi ginecologici (per tumori dell'utero) | Area Geriatrica |
| PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY Chemioterapia | PRESTAZIONI AMBULATORIALI Visita neurologica |
| Area Cardiovascolare | TC con o senza contrasto Capo Rachide e speco vertebrale Bacino |
| PRESTAZIONI AMBULATORIALI Visita cardiologica Visita chirurgia vascolare | Esami Specialistici Audiometria Spirometria Fondo Oculare |
| | PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO Intervento protesi d'anca |
| | PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY Cataratta |
| | Visite specialistiche di maggior impatto Visita dermatologica Visita oculistica Visita otorinolaringoiatrica Visita ortopedica Visita urologica |

Tabella 3 - Le prestazioni sottoposte a monitoraggio

| Area cardiovascolare | Gastroenterologia |
|--|---|
| PRESTAZIONI AMBULATORIALI Elettrocardiogramma da sforzo Holter pressorio | Visita gastroenterologica |
| Visite specialistiche di maggiore impatto Colloquio psichiatrico | Pneumologia Visita pneumologica |
| Altre Prestazioni | Neurologia Elettroencefalogramma Elettromiografia |
| PRESTAZIONI AMBULATORIALI Radiologia Radiografia del capo Radiografia del torace Clisma opaco semplice e con doppio contrasto Radiografia completa del tubo digerente Urografia endovenosa Radiografia ossea e delle articolazioni Radiografia dell'addome | Oculistica Campo visivo Fluorangiografia |
| Tc con/senza mezzo di contrasto Massiccio facciale Collo Arcate dentarie (dental scan) Orecchio Ghiandole salivari Rene Arti superiori e inferiori | Otorino Impedenzometria Potenziali evocati Test vestibolare |
| Risonanza magnetica Torace e miocardio Muscoloscheletrica Colonna vertebrale | Ostetricia e ginecologia Isteroscopia |
| Ecografia Toracica Capo e collo | Ortopedia Artroscopia Riabilitazione Prima visita riabilitativa Respiratoria Motoria Logopedia Ortottica |
| Dermatologia Test allergologici | Endocrinologia Visita endocrinologica |
| | Prestazioni in ricovero ordinari Interventi chirurgici Polmone Interventi chirurgici Colon Tonsillectomia |
| | Prestazioni in day hospital/day surgery Biopsia percutanea del fegato Legatura e stripping di vene Emorroidectomia |

Lo sviluppo delle Aziende sanitarie integrate in Toscana: un percorso ad ostacoli

di Carlo Palermo*



Il recente convegno nazionale organizzato dall'Anaa per fare il punto sul livello d'integrazione tra SSN e Università a sei anni dall'approvazione del D.lgs 517/99, ha ancora una volta evidenziato il mancato decollo del processo, la persistenza di conflitti e contenziosi tra le parti, la sostanziale assenza di un sistema di regole condivise, di uguali diritti e doveri che possano rappresentare l'humus su cui far crescere negli anni quella integrazione ritenuta oramai indispensabile per dare risposte alla società civile in tema di assistenza, formazione e ricerca. Ovviamente nel panorama italiano le condizioni di sviluppo del processo sono diversificate tra le varie regioni, ed anche all'interno della stessa regione, dipendendo dalle volontà politiche, dalla capacità d'azione che nelle singole realtà le OO.SS. mediche possono mettere in campo oltre che dal grado di difesa di antichi privilegi organizzati dai settori più retrivi delle Facoltà di Medicina.

La Regione Toscana è stata tra le prime in Italia ad applicare concretamente il D.Lgs 517/99 e a cercare un modello d'integrazione nelle Aziende miste tra la componente ospedaliera e quella universitaria. L'atto aziendale del "Careggi" è datato luglio 2003, così come quello di Pisa, mentre la delibera istitutiva dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena risale all'agosto 2002. Come associazione sindacale, nell'analisi del processo di integrazione, siamo partiti da una convinzione: le peculiarità del processo assistenziale e formativo, influenzato da forti contenuti professionali e pervaso dall'autonomia clinica, fanno sì che l'integrazione non possa essere un atto che ha come protagonisti i vertici delle due istituzioni (Ssr e Università), ma piuttosto deve svilupparsi con un meccanismo *bottom-up* nell'organizzazione dove vivono quotidianamente i professionisti. Il livello di partecipazione dei medici ospedalieri agli organismi strategici di governo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (Organo d'indirizzo, Collegio di direzione, Comitato di dipartimento) ha rappresentato per noi un "indicatore" importante e purtroppo nei primi documenti presentati ai tavoli di confronto sindacale non ha raggiunto livelli accettabili. Un'intensa azione sindacale, costellata anche da vivaci "scontri" sui *media* e nelle sedi istituzionali, ha permesso di ribaltare le condizioni di partenza. **L'Organo d'indirizzo** oggi vede tra i partecipanti, al pari del Rettore e del Direttore Generale, un rappresentante del mondo ospedaliero eletto dal Consiglio dei sanitari aziendale, anche se il nostro obiettivo era la nomina di un membro effettivo per conferire all'Assessore regionale, presidente dell'Organo d'indirizzo, un reale ruolo *super partes*.

Il Collegio di direzione è costituito in modo paritetico tra la componente universitaria e quella ospedaliera come prevede l'art. 48 della Legge Regione Toscana 40/2005 ed assume un importante ruolo nella programmazione e nella valutazione delle attività integrate. La legge regionale, infatti, dispone quanto segue: "In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assi-

stenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo".

Il Comitato di dipartimento, almeno negli atti aziendali del "Careggi" e del "Meyer", per costituzione e compiti ha assunto un ruolo rilevante nel processo di gestione delle attività integrate e di "Governo clinico". È stata in sostanza fatta la scelta di un dipartimento gestionale "forte" nel quale il Direttore di dipartimento assume le necessarie responsabilità gestionali. Nei criteri di nomina di quest'ultimo si è ritornati a quanto previsto nel D.Lgs 517/99, superando le regole asimmetriche inserite con il DPCM del maggio 2001. Per controbilanciare il ruolo gestionale "forte" del Direttore, nella composizione del Comitato di dipartimento è stata fatta la scelta di una componente elettiva che opera in tutte le UU.OO (un membro eletto per ogni Direttore di Struttura Complessa membro di diritto). Di fatto viene identificato in questo organismo il "luogo" di controllo democratico della componente medica sul "Governo clinico". Un reale sviluppo del "Governo clinico", a nostro parere, è condizionato dalla sua capacità di permeare tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria con il fine di consentire ai professionisti di definire, sviluppare e verificare elevati standard assistenziali, formativi e di ricerca. Solo con un'azione collettiva e condivisa si può puntare a governare l'estrema complessità delle organizzazioni sanitarie di alta specializzazione, orientandole alla promozione integrata della qualità e dell'efficienza.

È auspicabile che il modello di costituzione e funzionamento del dipartimento sia omogeneo nelle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie della Toscana ed ispirato a questi criteri partecipativi, gli unici in grado di garantire la responsabilizzazione di operatori dotati di elevata cultura e sofisticate capacità tecnico-professionali. Questa strada è stata già tracciata con la delibera della Giunta Regionale Toscana relativa ai Dipartimenti Interaziendali di Coordinamento Tecnico, costruiti, appunto, secondo il modello partecipativo. Il D.Lgs 229/99 demanda al legislatore regionale la definizione dei poteri gestionali del Comitato di dipartimento e anche il ruolo che questo importante organismo deve assumere nella nomina del Direttore di dipartimento. Un recente disegno di legge parlamentare relativo al "Governo clinico" affida proprio al Comitato di dipartimento l'individuazione del nominativo da proporre al Direttore generale come Direttore di dipartimento. Sul funzionamento dei dipartimenti aziendali, sarebbe auspicabile arrivare ad un *atto di indirizzo regionale*, concordato con le varie rappresentanze istituzionali e con le OO.SS. mediche, prima che leggi nazionali suppliscano la scarsa volontà di effettuare una scelta politica in materia. Tra l'altro la costituzione dei Dipartimenti ad attività integrata, in assenza di norme che stabiliscano in maniera tra-

sparente e condivisa la quantità di assistenza, espressa in dotazione strutturale ed articolazione organizzativa, necessaria all'espletamento della funzione di didattica e di ricerca, rende indefiniti i confini della presenza universitaria, che per questo viene vissuta come minacciosa dalla componente ospedaliera, come dimostrano recenti notizie riportate dai *media* locali (destino delle UU.OO. di Cardiologia e Gastroenterologia ospedaliera a Careggi). Tale vaghezza di limiti, fissati e spostati di volta in volta al variare delle richieste universitarie, che raramente rimangono inascoltate a livello regionale o aziendale, costituisce una mina vagante all'interno dell'organizzazione delle Aziende integrate.

Gli elementi di governo istituzionale sopra richiamati rappresentano le condizioni minime per avviare l'integrazione tra Ssr ed Università. Vi sono altri aspetti che dovranno essere compiutamente sviluppati per arrivare ad un'integrazione basata su regole e comportamenti condivisi e rispettati. Mi riferisco in particolare al ruolo degli ospedalieri nella ricerca e nella didattica e formazione post-laurea, al trattamento economico e al debito orario per le due componenti giuridiche, ai sistemi di valutazione.

Se si vuole garantire una reale e duratura efficacia ai complessi integrati, il personale ospedaliero deve poter affiancare al compito assistenziale anche il riconoscimento di una funzione, già nei fatti esercitata, nell'ambito della didattica e della ricerca e questa funzione deve essere riconosciuta anche al personale operante in altri presidi della rete ospedaliera. Infatti, se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni corporative, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssr può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il sistema sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

La Toscana è nella condizione di svolgere un ruolo d'avanguardia in questo campo. La legge 40/2005 sulla disciplina del sistema sanitario regionale prevede la costituzione della *rete formativa regionale* (art. 51), l'attivazione dei contratti di formazione lavoro e la partecipazione degli specializzandi alle attività assistenziali delle aziende sanitarie dell'Area Vasta di riferimento (art. 53). È urgente dare concreta attuazione a queste previsioni di legge, attribuendo pieni poteri alla Commissione regionale per la formazione (art. 51, co. 4) nell'individuazione delle sedi e delle strutture specialistiche dove svolgere la formazione all'interno della rete del servizio sanitario regionale, assegnando gli specializzandi con con-

segue a pag. 6

INTERVISTA A ENRICO ROSSI, ASSESSORE PER IL DIRITTO ALLA SALUTE DELLA REGIONE TOSCANA

“Abbiamo legiferato per attuare l'integrazione, ma per realizzarla pienamente serve tempo”

Sotto il profilo legislativo, la Toscana, con la legge regionale 40 del 2005, ha creato le basi per una reale integrazione tra Ssn e Università. Tardano però i successivi passi attuativi. A cosa attribuisce questo ritardo, assessore Rossi?

La Toscana è forse l'unica Regione italiana in cui si sia legiferato in attuazione del D.Lgs. 517/99 istituendo le nuove Aziende Ospedaliere-Universitarie ivi previste. È stata una scelta coraggiosa in un contesto che vede progressivamente avanzare scelte diametralmente opposte di separazione netta delle attività rispetto alle vecchie Aziende ospedaliere miste e registra anche una crescente domanda di creazione di strutture autonome (Ircss) rappresentative del mondo della ricerca e didattica universitaria. Alla tentazione di separatezza, la Regione Toscana, d'intesa con le tre Università toscane, ha risposto allora, e conferma oggi tale scelta, con la integrazione delle attività nel Servizio sanitario regionale.

La peculiarità della scelta è anche segno della sua complessità. Al di là delle previsioni normative della L.R. 40/2005, il percorso si alimenta di una serie di operazioni previste da atti programmatici e deliberativi che hanno disegnato il profilo organizzativo delle nuove AOU e della loro direzione.

La struttura organizzativa portante è costituita dai dipartimenti assistenziali integrati (DAI) e tutte le 4 AOU toscane ne hanno dal 2004 disciplinato il numero, gli ambiti di competenza, la composizione. I Direttori dei dipartimenti costituiscono, con i Direttori sanitari e amministrativi la direzione operativa dell'Azienda che coadiuva il Direttore Generale. La struttura a cui è invece assegnato il coordinamento e la direzione del governo clinico aziendale è il Collegio di direzione a composizione paritetica ospedaliero-universitaria. Gli indirizzi complessivi per l'azienda sono impartiti dall'Organo di indirizzo previsto dalla normativa. Esso rappresenta il punto di incontro istituzionale del Servizio sanitario regionale (Regione-Azienda) e dell'Università (Rettore-Presidente) ed è finalizzato ad assicurare la condivisione delle scelte strategiche aziendali; a questo scopo, nell'Organo di indirizzo è rappresentata anche la

componente professionale ospedaliera. Come si vede, la costruzione organizzativa non è semplice e non è immune da quelle tensioni che hanno storicamente caratterizzato la vita degli ospedali a forte componente universitaria. Non può pertanto sorprendere che la sua piena realizzazione richieda tempo, ma l'importante è che il processo si sia avviato positivamente ed anche nelle relazioni interprofessionali ed interistituzionali se ne intravedono i benefici.

Il governo regionale, e l'assessorato alla Sanità in particolare, possono svolgere un reale ruolo super partes nella direzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie? Con quali strumenti?

Per la direzione delle nuove AOU non serve un soggetto super partes. Probabilmente non sarebbe accettato da nessuna delle due componenti interne. Esiste invece l'Organo di indirizzo: uno strumento per così dire inter partes, un luogo cioè dove si incontrano le istanze, gli interessi e le funzioni che convivono nell'azienda e consente di governare organicamente assistenza, ricerca e didattica. La Regione è parte essenziale di tale organo così come l'Università. Sono due Istituzioni importanti del nostro Paese che si incontrano per mettere in comune le proprie competenze al fine di accrescere la qualità del servizio sanitario.

È possibile che, in tempi brevi, si trovino le risorse necessarie a dare riconoscimento anche economico ai medici ospedalieri impegnati nella didattica?

Il Decreto Legislativo 517 disegna un nuovo sistema di trattamento economico del personale universitario a carico del Ssr; è un sistema basato sulla equiparazione delle indennità corrispondenti alle funzioni svolte. Viene così superata la vecchia equiparazione economica nota col nome di "de Maria". Al tempo stesso però la legge stabilisce un vincolo di spesa che rende difficilmente applicabile il nuovo regime se non a scapito di alcune figure, come quelle dei ricercatori. In Toscana la materia è stata oggetto di una lunga contrattazione che è culminata con accordi aziendali siglati in tre delle quattro

Aziende. Il principio ispiratore di questo nuovo regime è l'integrazione delle attività tra assistenza, didattica e ricerca. Già nella legge 40 si è affermato come l'intero Ssr sia soggetto di ricerca che trova nelle AOU la massima espressione e nell'Università il soggetto trainante e qualificante; anche la didattica vede un impegno crescente di personale ospedaliero. Il nuovo regime economico non può pertanto non vedere un riconoscimento economico delle attività didattiche svolte dal personale non universitario. La Regione è impegnata su questo fronte attraverso un confronto con i sindacati medici e, compatibilmente con le difficoltà economiche in cui versa il Ssn, sicuramente verrà trovata una soluzione al problema.

A che punto sono le verifiche previste dalla legge sull'accREDITAMENTO?

L'attività di verifica, da parte delle tre commissioni regionali di accreditamento, è iniziata a giugno 2002, secondo le priorità indicate dai Piani sanitari regionali, e cioè: 1) riabilitazione; 2) laboratori di analisi, radiologia, medicina nucleare, radioterapia, dialisi, chirurgia ambulatoriale; 3) presidi di ricovero ospedaliero per acuti inferiori a 300 posti letto; 4) presidi di ricovero ospedaliero per alta specialità: cardiocirurgia, cardiologia invasiva diagnostica e interventistica, neurochirurgia e unità spinale. Ad oggi sono state verificate 242 strutture private e 60 strutture pubbliche (tra cui l'intero Ospedale del Mugello con 119 posti letto). L'accREDITAMENTO del privato è stato quasi interamente completato. Per il pubblico, che presenta una realtà molto più complessa si stanno attualmente verificando i presidi relativi alla priorità 2. In 160 casi è stato rilasciato un accREDITAMENTO con prescrizioni (120 privati e 40 pubblici). In tali casi le strutture hanno presentato un piano di adeguamento ai requisiti strutturali, che viene monitorato dalle commissioni di accREDITAMENTO. Negli altri casi è stato rilasciato l'accREDITAMENTO definitivo. L'accREDITAMENTO viene rinnovato ogni tre anni. In questo periodo stanno pervenendo le domande di rinnovo da parte delle prime strutture accreditate.

segue da pagina 5

LO SVILUPPO DELLE AZIENDE SANITARIE INTEGRATE IN TOSCANA: UN PERCORSO AD OSTACOLI

tratti di formazione lavoro alle sedi individuate, rendendo disponibili le risorse economiche necessarie per avviare il processo. Solo in questo modo si darà piena applicazione a quei contenuti, a tutt'oggi dimenticati, del D.Lgs 229/99, che all'art. 16-sexies così dispone: "La Regione assegna in via prevalente o esclusiva, a detti Ospedali, Distretti e Dipartimenti le attività formative di competenza regionale ed attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività del Ssn che collaborano con l'Università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione".

Correlato al riconoscimento del ruolo formativo del medico ospedaliero è l'attribuzione di una specifica indennità economica per la didattica, che deve trovare una sua certezza di risorse e quindi una sua stabilizzazione definitiva a livello regionale. Esistono, infatti, problemi che non possono essere gestiti e risolti all'interno delle singole Aziende miste, ma che hanno co-

munque il valore di essere dei presupposti indispensabili ed irrinunciabili per la riuscita diffusa degli obiettivi di integrazione. Sullo stesso piano sono, a nostro parere, le norme relative all'utilizzo del fondo ex De Maria per l'attribuzione agli universitari della specifica indennità per l'attività assistenziale svolta. Esse vanno applicate nel rispetto formale e sostanziale del D.Lgs 517/99, definendo per i medici universitari i valori economici dell'indennità aggiuntiva "ex De Maria", modulabili a fronte di fasce di debito orario da svolgere nell'espletamento di attività assistenziali, garantendo in ogni caso un sostanziale equilibrio tra le due componenti giuridiche per quanto attiene la retribuzione economica e l'impegno lavorativo complessivo. Il "Carreggi" ed il "Meyer" hanno scelto questa strada e lo squilibrio che nei fatti si è creato con le altre Aziende Ospedaliere-Universitarie (Pisa e soprattutto Siena) può determinare forti tensioni nel sistema universitario ed anche ospedaliero. A noi pare evidente che il Ssr toscano

non possa reggere a lungo tali contraddizioni e sostenere il rischio che le difformità nelle regole di gestione fra le varie Aziende miste determinino ricadute negative diffuse.

Infine se la *mission* dell'Azienda Ospedaliere-Universitaria è quella di svolgere in modo unitario ed inscindibile assistenza, didattica e ricerca per concorrere al raggiungimento degli obiettivi di salute del Ssr e di ricerca e didattica del Sistema Universitario, appare logico dotarsi di un sistema avanzato ed uniforme di valutazione dei risultati, mettendo a punto un insieme multidimensionale di indicatori per monitorare la *performance* dei Dipartimenti ad attività integrate in termini di salute prodotta, di qualità dell'azione formativa e della produzione scientifica, correggendo l'ottica prevalente oggi troppo rivolta all'economicismo.

*Segretario Anaao Assomed Regione Toscana

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA PISANA

In attesa delle verifiche per l'accreditamento

GERARDO ANASTASIO Segretario aziendale Anaa Assomed Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

L'azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana è una delle maggiori realtà sanitarie italiane, ai primi posti tra le imprese della provincia per numero di dipendenti e fatturato, generando inoltre un notevole indotto per l'economia locale. Al suo interno sono presenti 90 Unità Operative comprendenti tutte le alte specialità. In alcuni campi – a titolo esemplificativo possiamo citare l'attività trapiantologica, l'endocrinologia, il centro grandi ustioni – è anche centro di riferimento regionale. Da sempre il grande ospedale "S. Chiara" è in rapporto con l'Università – le Cliniche e la Facoltà di medicina di Pisa vantano una lunga e prestigiosa tradizione – e con altri enti di alta formazione e ricerca quali la scuola di studi superiori "Sant'Anna" ed il Cnr, nella cui area della ricerca "S. Cataldo" è presente una delle sue più importanti realtà assistenziali in campo cardiologico: l'Istituto di Fisiologia Clinica.

Il processo di aziendalizzazione, iniziato con la costituzione delle aziende miste e proseguito con la transizione a quelle Ospedaliero-Universitarie – calato in una realtà così complessa – sta comportando, analogamente a quanto succede altrove, notevoli proble-

matiche ai medici ospedalieri.

I dati, aggiornati all'ottobre 2005, mostrano che: a fronte di una notevole prevalenza in termini numerici, circa 670 dirigenti (73%) contro poco più di 240 universitari (27%), vi è anche qui – come in Emilia-Romagna – una notevole sperequazione nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali.

Un dato per tutti: attualmente su 100 medici ospedalieri vi è un'aspettativa di incarichi di rilievo nel 5% dei casi (1 su 20), mentre per il pari personale universitario la possibilità quadruplica, attestandosi ad oltre il 22% (1 su 5).

La realtà quotidiana è che la gran parte delle attività assistenziali, il "motore" che fa muovere e crescere l'Azienda, è svolta dai medici ospedalieri, sui quali gravano anche quelle di maggior disagio – basti citare solo le "aree critiche" e le attività che ruotano attorno al dipartimento di emergenza-urgenza", nelle quali la quota di assistenza svolta da personale universitario è minima – a fronte di una così bassa possibilità di gratificazione di carriera. Per quanto riguarda l'attività di ricerca, è ovvio che siffatti carichi di lavoro la penalizzino gravemente, mentre la didattica formale e l'at-

tività di tutoraggio sul campo svolta tutti giorni – fondamentale per tutte le figure professionali in formazione che a vario titolo frequentano l'Azienda – non trova adeguato riconoscimento.

Anche qui un dato significativo: sono 36 (5.4%) i medici ospedalieri con incarico d'insegnamento formalizzato in facoltà o nelle scuole di specializzazione in medicina.

Un accenno infine ai "sistemi di qualità" ed alle connesse problematiche relative al "risk management" ed al governo clinico. La convivenza con un'istituzione che – per il prestigio acquisito – tende fatalmente all'autoreferenzialità, in presenza di un sistema di gestione budgetario che nella nostra realtà non è ancora consolidato, costituisce indubbiamente una difficoltà in più per la pianificazione ed applicazione pratica di sistemi di questo tipo.

Il quadro sinora descritto diventa ancor più stridente se si considera che il contesto della Regione Toscana si dimostra più favorevole rispetto ad altre realtà nazionali. Già dal 1998 è legge regionale l'accreditamento istituzionale, mentre risale ai primi mesi dell'anno scorso la legge 40 di riforma delle aziende sanitarie, vara-

ta anche con il contributo fattivo del nostro sindacato; dello stesso periodo è l'accordo applicativo sulla retribuzione aggiuntiva degli universitari e di didattica per gli ospedalieri dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Firenze, da noi ritenuto fondamentale riferimento. Purtroppo esse si inseriscono in un contesto normativo talora confuso e contraddittorio nel quale convivono precedenti "protocolli d'intesa" che ne rendono difficoltosa l'applicazione. È per questo che riteniamo utilissima l'opportunità del tavolo di confronto regionale che ci è offerta dal nuovo contratto, occasione da sfruttare al meglio, facendo sentire direttamente la nostra voce in un ambito che da troppo tempo ci ha visto non adeguatamente rappresentati.

Infine, una domanda all'Assessore: quando sono programmate le verifiche previste dalla legge sull'accreditamento nella nostra Azienda?

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

| | |
|--|---------|
| Medici ospedalieri | 668 |
| Medici universitari | 244 |
| UU.OO. Complesse a direzione ospedaliera | 37 |
| UU.OO. Complesse a direzione universitaria | 51+2* |
| UU.OO. Semplici a direzione ospedaliera | 74+6** |
| UU.OO. Semplici a direzione universitaria | 33+6*** |
| DAI a direzione ospedaliera | 7 |
| DAI a direzione universitaria | 12 |

* UU.OO. Complesse ospedaliere a direzione universitaria

** UU.OO. Semplici di Dipartimento a direzione ospedaliera

*** UU.OO. Semplici di Dipartimento a direzione universitaria

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI CAREGGI

Un esempio di integrazione realizzata

LUCIANO GABBANI Segretario aziendale Anaa Assomed Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi sembra essere, nel panorama nazionale, l'unica nella quale è stato perseguito con determinazione il concetto d'integrazione fra Ssn e Università, previsto dal DLgs 517. Il contesto nel quale questa esperienza si è affermata non è molto diverso da quello esistente nelle altre aziende miste italiane: il rapporto numerico fra medici del Ssn e medici universitari e il rapporto fra strutture organizzative a direzione ospedaliera con quelle a direzione ospedaliera esprimono, oltre ogni dubbio, i rapporti di forza e il divario di

potere contrattuale fra la componente medica del Ssn e quella dell'Università (medici ospedalieri: 785, medici universitari: 286; strutture organizzative complesse aziendali: 106 delle quali 42 a direzione ospedaliera). Questa situazione, stabilitasi negli anni '80, non ha poi visto ulteriori penalizzazioni per la componente ospedaliera in virtù della forte rappresentatività della componente medica, in un primo tempo frutto del prestigio professionale di singoli medici ospedalieri e successivamente di un'affermazione della rappresentatività dei sindacati medici.

Sorge quindi spontanea una domanda: perché a Careggi è stato possibile aprire un dibattito fra le forze sociali interessate che a portato a "una sperimentazione avanzata di integrazione" e non ad atto aziendale fondato su di "convenzionamento strisciante" come invece è avvenuto in quasi tutte le altre Aziende Miste?

Crediamo che i motivi siano abbastanza semplici:

- la necessità di ridefinire il ruolo assistenziale dell'Azienda Ospedaliera di Careggi e quindi la sua missione nel contesto metropolitano ed in quello regionale;

- la necessità di ridefinire e modernizzare l'organizzazione aziendale a tutti i livelli, sia nei processi sanitari che in quelli amministrativi-gestionali;
- la volontà, presente in tutti gli attori e sostenuta dalla politica regionale, di difesa dei principi del Ssn, stimolando al massimo la qualità delle prestazioni sanitarie pur nel contesto economico attuale;
- la necessità per l'Università di trovare un ruolo appropriato in un contesto di elevate competenza cliniche ospedaliere, giocando un ruolo proattivo nel contesto sanitario regionale e nazionale;
- la profonda consapevolezza da parte di tutti gli attori, Direzione Aziendale, Università, sindacati medici, dell'importanza di cogliere questi obiettivi anche per una profonda e consapevole adesione ai principi del sistema sanitario pubblico.

In questo contesto è maturato l'Atto Aziendale di Careggi e quindi deve essere letta l'affermazione di principio, contenuta nell'articolo 2 dell' Atto Aziendale: "L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Toscana, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca."

L'Azienda Ospedaliera Universitaria diviene la "via finale comune" nella quale convergono i compiti istituzionali e le istanze di tutti gli attori, esterni ed interni all'azienda.

In conseguenza di ciò viene definita una nuova organizzazione dipartimentale. Il dipartimento si organizza attorno i percorsi assistenziali e diviene il luogo dove si organizzano anche la didattica e della ricerca. Il direttore di dipartimento ed il comitato di dipartimento, formato con un'ampia componente elettiva,

costituiscono i punti di riferimento per la gestione delle risorse ma anche il contesto nel quale si sviluppa un confronto ed un dibattito democratico sul governo clinico da parte di tutti i professionisti, indipendentemente dallo stato giuridico di appartenenza. Accanto a questo e a suo supporto si definisce una forte organizzazione aziendale che, attraverso il sistema di budget aziendale e con l'attribuzione ai professionisti di obiettivi chiari e coerenti con i principi enunciati nell'Atto Aziendale, governa il cambiamento sia sul versante assistenziale che su quello della didattica e della ricerca. Per fare ciò si definisce, infine, una chiara partecipazione economica dell'Università nella costituzione dell'Azienda Mista e l'individuazione di precise responsabilità del Ssn e dell'Università sia nella gestione economica dell'azienda, sia nel raggiungimento degli obiettivi dichiarati nella mission aziendale.

L'Anao fu allora parte attiva nel definire questo modello di applicazione del D.lgs 517 e resta oggi fermamente convinti della validità di questi principi. Ma, a distanza di due anni, riteniamo necessario fare il punto su quello che si è realizzato e su quanto resta ancora da fare, verificare quanto lontani siamo dal "punto di non ritorno", per evitare il rischio che il sistema aziendale ritorni in modo strisciante verso quelle logiche che si sono volute abbandonare.

Il processo di dipartimentalizzazione necessita di un nuovo e più convinto impulso e con esso l'adeguamento del sistema di gestione aziendale a questo processo.

Il nuovo sistema delle relazioni fra le competenze professionali e quelle organizzative dei professionisti deve essere ancora definito e tutto il sistema aziendale deve essere stimolato a trovare quel nuovo equilibrio che rende possibile la realizzazione dei principi affermati nell'Atto aziendale. Per far ciò necessario che le responsabilità gestionali siano ben identificate e definite per divenire così valutabili in modo trasparente.

A tutti i livelli di responsabilità devono essere attribuite reali leve di governo e devono essere orientati alla crescita dei sistemi professionali e alla qualità nelle prestazioni assistenziali. Devono essere avulse dall'autoreferenzialità, dalla logica della gestione del tipo "just in time" o, peggio, di quella della sopravvivenza quotidiana in un difficile contesto economico.

La crescita del sistema professionale aziendale e quella della didattica volta agli studenti e agli specializzandi sono oggi obiettivi imprescindibili per il servizio pubblico. E perciò indispensabile pretendere, da chi dirige le strutture organizzative del Ssn, un governo del sistema, a lui affidato, orientato allo scambio dell'esperienza professionale, all'opportunità di acquisire e rafforzare sempre nuove e migliori competenze tecniche e culturali. Se la formazione e l'aggiornamento professionali sono elementi imprescindibili per la qualità delle prestazioni sanitarie, è necessario che il dipartimento divenga il luogo nel quale tutti devono poter divenire dei "maestri": quindi non coloro che più fanno o più riescono a fare, ma, nel contempo, maggiormente riescono a diffondere e trasferire le loro competenze e conoscenze ai colleghi più giovani. Il governo clinico con tutti i suoi principi, compresi quelli della gestione del rischio clinico, deve divenire un obiettivo diffuso, da perseguire, non più solo un modello al quale ispirarsi.

È chiaro che in questo tipo d'azienda, visti i momenti di razionalizzazione e di una possibile, conseguente, riduzione delle strutture organizzative, è difficile poter affermare dei diritti derivanti solo dall'appartenenza istituzionale per occupare posti di responsabilità.

I medici ospedalieri sono divenuti, tutti, titolari di responsabilità didattiche ma il contesto formativo aziendale e quello regionale devono ancora veder affermati i presupposti organizzativi che permettano di utilizzare questa grande potenzialità. È necessario, a livello Aziendale e di Area Vasta, definire e qualificare l'offerta formativa delle singole strutture organizzative. Gli specializzandi, ancora oggi, non sono inseriti in un percorso formativo più qualificante e, a livello della Aouc, ancora deve essere iniziato il percorso di attribuzione degli stessi ai vari dipartimenti nei vari momenti del loro percorso formativo. È un percorso difficile proprio in quanto "sperimentale" e affermiamo la nostra precisa volontà di portarlo a termine assieme a chi ha condiviso con noi la responsabilità di tali scelte.

Vogliamo concludere affermando che "punto di non ritorno" per quanto riguarda il modello di applicazione del DLgs 517/99, a Careggi è già stato definito e che quindi deve trovare un suo completo e coerente compimento.

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi

| | |
|--|-----|
| Medici ospedalieri | 785 |
| Medici universitari | 286 |
| UU.OO. Complesse a direzione ospedaliera | 42 |
| UU.OO. Complesse a direzione universitaria | 64 |
| UU.OO. Semplici a direzione ospedaliera | |
| UU.OO. Semplici a direzione universitaria | |
| DAI a direzione ospedaliera | 5 |
| DAI a direzione universitaria | 8 |

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA MEYER

Un modello definito per l'alta specialità

MAURIZIO PAPARO Segretario aziendale Anao Assomed Azienda Ospedaliero-Universitaria "Anna Meyer", Firenze

L'azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer di Firenze nasce come Ospedale Pediatrico per poi diventare, nel 1992, ospedale di alta specialità. Tre anni più tardi viene trasformata in azienda e nel 2003 in Azienda Ospedaliero-Universitaria con l'atto aziendale del mese di settembre.

L'organizzazione dipartimentale è stata avviata a settembre 2004 con la costituzione di 3 Dipartimenti e conclusa a novembre-dicembre 2005 con la costituzione di ulteriori 2 Dipartimenti per cui attualmente risultano 5 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) di cui 3 sono a direzione universitaria (DAI di Pedia-

tria Medica, DAI di Chirurgia Pediatrica, DAI di Oncematologia e Cure Domiciliari) e 2 a direzione ospedaliera (DAI di Area Critica e DAI di Neuroscienze). I comitati dei primi 3 dipartimenti costituiti sono stati nominati a giugno 2005 e la componente medica elettiva risulta in numero pari ai membri di diritto rappresentati dai Direttori di Struttura complessa (UU.OO.) e dai Responsabili di Struttura semplice dipartimentale; secondo gli stessi criteri dovranno essere costituiti i comitati dei 2 dipartimenti di recente costituzione e le elezioni sono programmate per il mese di marzo 2006, contestualmente alle elezioni per il rinnovo del Consi-

glio dei Sanitari, che avverrà secondo le norme previste dalla Legge Regionale 40 del Febbraio 2005.

Nell'ambito dei DAI sono attualmente attive 21 strutture complesse (UU.OO) di cui 10 a direzione universitaria e 11 a direzione ospedaliera oltre a 7 strutture semplici dipartimentali di cui 1 a responsabilità universitaria e 6 a responsabilità ospedaliera.

Nell'ambito delle UU.OO sono attive 27 strutture semplici di cui 21 a responsabilità ospedaliera e 6 a responsabilità universitaria oltre a 43 settori interni la responsabilità dei quali è assegnata come incarico professionale di alta specialità a 40 colleghi ospedalieri e 3 universitari.

Alla data attuale il numero complessivo dei medici strutturati è di 152 (di cui 131 ospedalieri e 21 universitari); oltre a questi vanno considerati 12 medici ospedalieri assunti a tempo determinato (3 anni) per limiti imposti dalla legge finanziaria e 5 universitari fuori ruolo e con compiti assistenziali limitati.

I contratti libero-professionali sono 41, per lo più ad 80 ore mensili ciascuno.

I colleghi ospedalieri sindacalizzati sono 121 (pari all'85 % del totale) e di questi 81 sono quelli iscritti all'Anaa (67 % delle iscrizioni) che ha registrato negli ultimi 4 anni un incremento considerevole (pari a circa il 150 %) del numero degli associati.

La Direzione Aziendale, in previsione del trasferimento presso la nuova sede (previsto per la fine del 2006) ha presentato un piano di sviluppo biennale (2006-2007), approvato dalla Regione Toscana e incentrato sulle attività di coordinamento regionale di alta specialità.

Il sistema degli incarichi dirigenziali dell'Azienda Meyer, in vigore dal Gennaio 2002, prevede la progressione economica della retribuzione di posizione, a seguito di verifica quinquennale, per i Dirigenti Medici titolari di incarico professionale (indipendente

dalla responsabilità gestionale propria dei Direttori di Struttura Complessa e/o Semplice) con fasce economiche del tutto sovrapponibili a quelle previste per i titolari di incarico gestionale.

Si tratta di un sistema che garantisce il riconoscimento della professionalità acquisita con l'anzianità di servizio e svincola la progressione di carriera dalla crea-

zione, spesso artificiosa, di specifiche strutture organizzative.

Inoltre vengono riconosciuti, come incarichi di alta specializzazione, quelli relativi alla responsabilità di settori assistenziali interni alle Unità Operative, che abbiano ottenuto il riconoscimento di "attività di rilevanza aziendale".

Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer

| | |
|--|---------|
| Medici ospedalieri | 131+12* |
| Medici universitari | 21+5** |
| UU.OO. Complesse a direzione ospedaliera | 11 |
| UU.OO. Complesse a direzione universitaria | 10 |
| UU.OO. Semplici a direzione ospedaliera | 6 |
| UU.OO. Semplici a direzione universitaria | 1 |
| DAI a direzione ospedaliera | 2 |
| DAI a direzione universitaria | 3 |

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA SENESE

Quando le idee non vengono realizzate e gli ospedalieri sono svantaggiati

GIUSEPPE MAROTTA Segretario aziendale Anaa Assomed Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese (Aous) l'auspicata integrazione tra personale del Ssn e universitario tante volte enunciata non è mai stata avviata. Infatti, i medici universitari sono nettamente favoriti rispetto agli sviluppi di carriera. Attualmente nell'Aous un medico universitario ogni 1,3 (praticamente tutti) è titolare di un incarico di struttura e/o professionale; per quanto riguarda invece i medici del sistema Ssn il rapporto è di uno ogni 2,5 medici. Se consideriamo solo i ruoli apicali (direzioni di strutture semplici e complesse) il rapporto appare ancora più sfavorevole e rispettivamente 1 ogni 2 per gli universitari e 1 ogni 6 per gli ospedalieri. Tali disparità a mio avviso sono da attribuire esclusivamente a posizioni di potere e non a una diversa professionalità. Inoltre tale dato è ancora più discriminante se si considera che la componente ospedaliera è formata da circa 350 medici contro i 240 universitari.

A distanza di oltre due anni dal varo, la riforma dipartimentale attuata dalla Aous con la creazione dei dipartimenti aziendali integrati (DAI) è lungi dal realizzare gli obiettivi che l'avevano ispirata. Sfugge la logica che ha governato i criteri di aggregazione delle varie UU.OO. nel contesto dei singoli dipartimenti che spesso risultano molto eterogenei non solo per composizione ma anche per dimensione ed in qualche caso sembra che la loro sussistenza sia improntata più a garantire posizioni di privilegio che reali esigenze aziendali (14 dipartimenti di cui 2 a direzione ospedaliera). Molti dipartimenti non hanno sposato né nello spirito né, tanto meno, nella sostanza il regolamento istitutivo o per inerzia o per l'applicazione di politiche in evidente contraddizione con gli obiettivi attesi dall'organizzazione dipartimentale. Alla nuova Direzione aziendale (insediatasi nel novembre 2005) si è chiesto di procedere ad un critico riesame delle strutture dipartimentali. In particolare

ritengo fondamentale formulare in modo esatto la "mission" dipartimentale (con la precisa individuazione degli obiettivi assegnati in termini di salute e non solo di budget) ed eliminare ogni conflitto di interesse nella gestione delle risorse dipartimentali allo scopo di impedire atteggiamenti opportunistici e vessatori nei confronti delle altre UU.OO. Inoltre è importante definire con chiarezza i criteri di aggregazione delle varie UU.OO. nei singoli dipartimenti al fine di attuare percorsi diagnostico-terapeutici integrati. Infine, gli obiettivi individuati per i vari dipartimenti devono essere verificabili con indicatori certi nell'ambito di un sistema di responsabilità.

Resta ancora da risolvere la sperequazione economica verificatasi tra ospedalieri ed universitari in seguito ad una disinvoltata e parziale interpretazione dell'art. 6 del Dlg 517/99 da parte della direzione aziendale precedente con la preoccupante indifferenza della Regione Toscana.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

| | |
|--|-----|
| Medici ospedalieri | 362 |
| Medici universitari | 235 |
| UU.OO. Complesse a direzione ospedaliera | 20 |
| UU.OO. Complesse a direzione universitaria | 63 |
| UU.OO. Semplici a direzione ospedaliera | 44 |
| UU.OO. Semplici a direzione universitaria | 45 |
| DAI a direzione ospedaliera | 2 |
| DAI a direzione universitaria | 12 |

Le aziende
sanitarie
integrate

Attualità
e prospettive

LA SANITÀ NELLA

Sardegna

Si è rimessa in moto una macchina

DOPO 21 ANNI, DATA INFATTI 1985 L'ULTIMO PIANO SANITARIO REGIONALE, LA SARDEGNA HA NUOVAMENTE UN DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE. L'ASSESSORE DIRINDIN, DA CIRCA UN ANNO E MEZZO ALLA GUIDA DELLA SANITÀ SARDA, HA COSÌ VOLUTO PORRE UN SEGNO FORTE DI DISCONTINUITÀ RISPETTO AL PASSATO. CONTROLLO DELLA SPESA SANITARIA, QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI, INFORMAZIONE E PREVENZIONE CONTRO LE MALATTIE QUESTO IL PATTO CHE LA GIUNTA HA VOLUTO SOTTOSCRIVERE CON I CITTADINI. TUTTO BENE DUNQUE? NON PROPRIO, PERCHÉ ELEMENTI DI CRITICITÀ PERMANGONO: RIORGANIZZAZIONE DEL TERRITORIO E DELLA RETE OSPEDALIERA SU TUTTI. IN PIÙ IL RITARDO NELLA COSTITUZIONE DELL'AZIENDA MISTA OSPEDALE-UNIVERSITÀ

L'assessore Nerina Dirindin è alla guida dell'assessorato igiene, sanità e assistenza sociale della Regione Sardegna da quasi un anno e mezzo. La situazione che ha trovato – ha spiegato a Dirigenza Medica – ha richiesto “grande energia, grande impegno e grande abnegazione. Superare la demotivazione e la mancanza di abitudine da parte di tutti gli operatori a ragionare in termini di indirizzo e di regole, rende tutto molto più difficile. La qualità in termini di assistenza invece non era più grave di quanto pensassi. Le difficoltà più grosse sono legate alla condizione economica in quanto dobbiamo operare una riqualificazione e al tempo stesso cercare di risanare”. Questo il quadro, la cornice all'interno della quale si sono mosse e si muovono le politiche dell'assessorato sono di conseguenza indirizzate a correggere una condizione di grande difficoltà economica e organizzativa. Sono state riavviate molte linee di attività e dal palazzo della Giunta c'è la consapevolezza che il risanamento, la riqualificazione richieda molto più dei 5 anni di una legislatura.

PIANO SANITARIO REGIONALE

È dal 1985 che la Sardegna non ha un Piano Sanitario regionale (Psr). Obiettivo della Giunta è dotare l'Isola di un nuovo Piano che permetta di riorganizzare e programmare il sistema sanitario regionale, la rete ospedaliera, i servizi territoriali attraverso tre linee guida: l'analisi dei bisogni basata sull'offerta attuale dei servizi sanitari, la riorganizzazione della rete ospedaliera, il mantenimento del numero dei posti letto superiore al 5 per mille. Il documento di programmazione comprenderà anche il Piano Socio Assistenziale.

La Giunta regionale a novembre, ha approvato la bozza definitiva del (Psr). Il documento, già approvato in via preliminare il giugno scorso, è adesso in commissione Sanità del Consiglio regionale. Il Psr individua gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione del Ssr nel rispetto del Piano nazionale.

Il Piano contiene, tra gli altri, gli obiettivi e le priorità di carattere generale, i risultati attesi nel periodo di vigenza, i criteri di organizzazione dei servizi e dei presidi, i livelli minimi di assistenza sanitaria garantiti su tutto il territorio regionale, i criteri generali concernenti il bacino di utenza, la localizzazione, gli standard strutturali e di personale dei distretti sanitari.

È di competenza del Piano anche l'individuazione delle risorse e la loro ripartizione tra aziende Usl e aziende ospedaliere, nonché gli indirizzi generali per l'integrazione dei servizi sanitari e di quelli socio-assistenziali, gli

indirizzi generali per la stipula di convenzioni con le organizzazioni di volontariato e quelli per la formazione.

SPESA SANITARIA

Attraverso la creazione di una Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari, una struttura agile di supporto e verifica dei risultati del Sistema sanitario, l'amministrazione intende ottimizzare i risultati ed eliminare gli sprechi, valorizzare le professionalità e la gestione dell'assistenza. Oltre a queste misure, sempre sul fronte della spesa, è partita a gennaio la prima distribuzione di 170 mila tessere sanitarie. Il documento che darà accesso a tutte le prestazioni sanitarie, che varrà come codice fiscale e, soprattutto, servirà per il monitoraggio e l'ottimizzazione della spesa sanitaria, eliminando gli sprechi. “Si tratta – ha sottolineato il presidente della Regione Renato Soru – di un altro passo avanti nel processo di informatizzazione dei servizi che alla valenza economica unisce un importante aspetto sociale perché contribuirà, attraverso il monitoraggio, non solo un controllo costante e puntuale della spesa ma anche fornirà dati per offrire ai cittadini prestazioni migliori.

A questo si accompagneranno a breve – come hanno ricordato lo stesso Soru e l'assessore della Sanità Nerina Dirindin – altri progetti informatici, a cominciare dal Fascicolo sanitario all'Anagrafe sanitaria, fino alla Messa in rete dei medici di medicina generale e dei pediatri. La Tessera sanitaria oltre ai dati, da quelli anagrafici e sanitari regionali e al codice fiscale, contiene un codice a barra attraverso il quale invia esclusivamente i dati di spesa al Sistema informativo di monitoraggio. Alla Tessera si accompagna l'entrata in vigore della nuova ricetta sulla quale i medici prescriveranno farmaci ed esami. È stato calcolato che in Sardegna vi potrebbe essere subito un risparmio del 3% della spesa sanitaria, con il venir meno di una serie di errori materiali (a cominciare da quelli di duplicazione di iscrizioni o ricette). “Stiamo parlando, per capirci – ha osservato Soru – di una cifra che potrebbe sfiorare i 70 milioni di euro”.

SPESA FARMACEUTICA

Grazie ad un accordo con Federfarma Sardegna e i distributori di medicinali, la Regione potrà acquistare i farmaci del

Prontuario della Distribuzione Diretta con uno sconto del 50%, assicurando a numerose categorie di pazienti (come i diabetici e i celiaci) la possibilità di ritirare i medicinali non più in ospedale ma nelle farmacie più vicine a casa loro.

Questi gli aspetti più importanti dell'accordo firmato fra l'assessore regionale, Nerina Dirindin, i rappresentanti della Federfarma (l'associazione che riunisce le farmacie) e i rappresentanti delle società che in Sardegna gestiscono la distribuzione dei farmaci.

“Sulla spesa farmaceutica – ha spiegato Dirindin – siamo partiti con molto pragmatismo abbiamo costituito una commissione tecnica presieduta dal Professor Silvio Garattini composta da esperti di livello nazionale. Abbiamo cominciato a prendere dei provvedimenti, tra questi la definizione di un prontuario terapeutico regionale, la costituzione di una commissione per il prontuario che definirà dei prontuari terapeutici a livello locale e abbiamo sottoscritto un accordo, il primo in Sardegna, con Federfarma per concordare ruoli e azioni.

Aziende sanitarie della Sardegna

| | |
|-------------------------------|---|
| Sassari | 1 |
| Olbia | 2 |
| Nuoro | 3 |
| Lanusei | 4 |
| Oristano | 5 |
| Sanluri | 6 |
| Carbonia | 7 |
| Cagliari | 8 |
| Azienda Ospedaliera G. Brotzu | 9 |

INTERVISTA A MARCELLO ANGIUS
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED SARDEGNA

“Viviamo il quotidiano in trincea”

Dottor Angius, come sta la sanità della Sardegna ad un anno dalla “cura” dell’assessore Dirindin?

Noi abbiamo ricevuto un’ottima impressione in merito all’approccio che l’assessore Dirindin ha avuto nell’affrontare i problemi relativi alla sanità della Sardegna cercando di coinvolgere gli operatori della sanità e le parti sociali. Questo approccio ha determinato da un lato una presa di coscienza di molti problemi e dall’altro la convergenza verso una comune volontà di risolverli.

Purtroppo è passato più di un anno e molte premesse che erano buone ancora non hanno visto una realizzazione. Per esempio, il Piano sanitario regionale, che manca in Sardegna da quasi venti anni, ha avuto l’approvazione della Giunta ma deve ancora passare al vaglio del Consiglio Regionale per le necessarie verifiche. E non si prevedono tempi brevi.

Uno dei punti critici della Sardegna era il controllo della spesa sanitaria. Che cosa è stato fatto?

Insieme all’Assessorato stiamo affrontando un passaggio delicato poiché da noi era diffuso il “piè di lista”. In questo momento le Aziende stanno soffrendo, sono come ingessate e questo determina scontentezza da parte degli operatori della sanità. Noi abbiamo a che fare con i pazienti che ogni giorno chiedono prestazioni e poiché il nostro lavoro è erogare le prestazioni e soddisfare il bisogno di salute, è chiaro che il paziente intravede nella classe medica la responsabile del disagio e del mancato soddisfacimento dei suoi bisogni. Tutto ciò finisce per gravare sulle nostre spalle e non su quelle del Direttore Generale o dell’Assessore.

A che punto è la costituzione dell’Agenzia regionale per i servizi sanitari?

Al momento è in discussione in Commissione Sanità. Credo che le elezioni faranno slittare il progetto ma riteniamo opportuna l’approvazione di questo Ddl. Le parti che noi riteniamo fondamentali sono l’organizzazione delle aziende, dei dipartimenti, dei distretti, l’atto aziendale ed eventualmente la ristrutturazione della rete ospedaliera. Questo è il nostro obiettivo e per questo stiamo dando il nostro contributo in termini di studio e approfondimento.

Insomma, mi pare di capire che l’approccio dell’assessore è positivo, però molte cose sono ancora sulla carta. Tra queste la ristrutturazione dei servizi territoriali e la rete ospedaliera.

Sì, anche se qualche tentativo è stato fatto. Per esempio l’Azienda n.8 di Cagliari ha lanciato qualche progetto relativo al ruolo del territorio. È comunque poco, bisognerebbe dare più peso allo studio dei problemi relativi all’organizzazione del territorio e degli ospedali. Le ripeto, i nostri obiettivi sono la formulazione corretta degli atti aziendali, la costituzione dei dipartimenti, la creazione dei distretti e la ristrutturazione della rete ospedaliera che per noi sono fondamentali.

In più c’è la costituzione delle aziende miste Ospedale-Università che riteniamo una priorità.

In proposito come Anaa Assomed Sardegna, abbiamo partecipato all’organizzazione di un convegno a Cagliari su questo tema per ribadire la nostra disponibilità a collaborare in vista della costituzione di due aziende miste: a Cagliari e a Sassari. C’è una buona intesa con l’U-

niversità. Il Preside della Facoltà di Cagliari si è detto disponibile a collaborare con noi, condivide le nostre critiche alla legge n. 517 e ha lanciato un appello per la costituzione dell’azienda mista come già avevamo fatto noi. Purtroppo, l’Assessore Dirindin ritiene di dover ancora attendere per definire alcune problematiche rinviando l’appuntamento, per la costituzione delle aziende miste, ad un periodo compreso tra giugno 2006 e gennaio 2007, un tempo che ci pare troppo ampio, visto il ritardo che si è accumulato.

In conclusione, dottor Angius, in Sardegna un ospedaliero come lei come vive il quotidiano?

L’ospedaliero vive spesso il quotidiano in trincea, ed in alcuni casi con l’angoscia di non poter fornire risposte adeguate a problemi immediati. Fino allo scorso febbraio non avevamo ancora visto applicare il contratto precedente. Il nostro fondo per lo stipendio di posizione è il più basso d’Italia ed è quasi del tutto assente nelle aziende, questo perché una politica miope, avviata nel 1993, aveva negato la possibilità di quella che a suo tempo era chiamata l’incentivazione. Ciò ha determinato che i fondi relativi alla parte variabile dello stipendio fossero i più bassi d’Italia.

Oltre ai problemi di natura economico-contrattuale ci sono poi le preoccupazioni legate ad una situazione confusa per quanto riguarda i pazienti che arrivano negli ospedali; mancano totalmente quei filtri che dovrebbero essere fatti dagli operatori del territorio. Non avvenendo tale passaggio, i pazienti per qualsiasi problema clinico si rivolgono all’ospedale determinando un notevole sovraccarico delle strutture.

INTERVISTA A NERINA DIRINDIN
ASSESSORE ALLA SALUTE REGIONE SARDEGNA

“Abbiamo voluto fare di un ritardo un’opportunità”

Assessore Dirindin, la Sardegna dopo più di vent’anni ha il suo Psr. Quali sono i punti salienti?

La principale caratteristica di questo piano è che è un piano per i servizi alla persona che comprende sia i servizi sociali che quelli sanitari. Di questo siamo fieri perché abbiamo voluto fare di un ritardo un’opportunità. La prima caratteristica è dunque l’integrazione.

Per quanto riguarda la sanità il Psr non entra nel dettaglio della programmazione perché dopo più di vent’anni sarebbe stato impensabile, richiedendo tempi troppo lunghi per entrare nel dettaglio dei singoli aspetti organizzativi e strutturali del sistema. Abbiamo scelto di definire le linee generali e le linee di intervento concordate attraverso un confronto rinviando a successivi provvedimenti per l’attuazione delle linee.

Altro aspetto è il tentativo di concentrarsi sugli obiettivi di salute, sugli aspetti prevalenti di questa Regione, penso alle malattie rare, alla sclerosi multipla, la talassemia, la salute mentale – tema fortemente carente in questa regione rispetto al quale stiamo dedicando molte energie in termini di risorse – e le malattie oncologiche dove registriamo ritardi nella rete della radioterapia, delle cure palliative e dell’assistenza domiciliare.

Quali le eccellenze e le criticità della Regione?

In generale il livello della Sardegna, nella risposta ai servizi, è medio. I punti di eccellenza, in primo luogo la grande disponibilità di tutti i professionisti, di

tutti gli operatori nell’affrontare con senso di responsabilità e molto spesso con spirito di abnegazione le difficoltà intrinseche dovute alla mancanza per anni di una programmazione e quindi di indirizzi. Un altro punto di eccellenza è la cura della talassemia, che in questa Regione è stata affrontata con grande competenza ed efficacia al punto da sviluppare una buona pratica da esportare e indicare in altre realtà del Mediterraneo.

Le maggiori criticità invece: il profilo dell’erogazione dei servizi, la rete oncologica e la salute mentale. Certamente l’assenza di programmazione ha fatto sì che la rete ospedaliera sia vecchia, sovrabbondante, mal utilizzata. In buona parte da riconvertire. Il non programmare ha creato una cultura carente in termini di riorganizzazione, razionalizzazione, demotivando gli operatori.

Un altro dei punti critici da sempre è il controllo della spesa sanitaria.

I disavanzi sono sempre stati consistenti. Siamo la quinta Regione tra quelle con i maggiori disavanzi per questo siamo tenuti sotto controllo. Abbiamo cominciato a cambiare la dirigenza che risentiva molto dell’incapacità dell’amministrazione. Nel rinnovare abbiamo anche l’orgoglio di aver inserito un 25% di donne, cosa rara anche in altre Regioni. È stato avviato un piano di riqualificazione dell’assistenza e di rientro dei disavanzi, abbiamo predisposto un capitolo che riguarda il go-

verno economico del servizio sanitario con una parte di razionalizzazione della rete ospedaliera. Si tratta di ridurre i posti letto per acuti e creare un’offerta di posti per la post-acutia che manca. Un sistema di monitoraggio dell’attività svolte negli ospedali, una messa in ordine nella politica del personale su cui stiamo lavorando duramente perché si tratta di turni particolarmente complessi e un controllo della spesa farmaceutica una delle cause principali dell’eccesso di spesa complessiva della Sardegna.

Una delle critiche sollevate riguarda il ritardo nella costituzione delle aziende miste Ospedale-Università.

È tutto relativo. In una Regione che ha ritardi di decenni, un ritardo di un anno mi sembra ancora tollerabile. Quando ci siamo insediati la Sardegna non aveva ancora sottoscritto un accordo con l’Università. Anzi, gli atenei avevano sospeso la formazione degli infermieri per protesta nei confronti della Regione che non attivava la sottoscrizione dell’accordo. Noi abbiamo preso in mano la situazione, abbiamo chiesto di riaprire i corsi perché gli infermieri sono indispensabili il risultato è che il protocollo di massima che rinvia a successivi momenti è stato sottoscritto in pochi mesi. Uno di questi momenti era la definizione della nuova rete ospedaliera contenuta nel Psr. Credo che passato il momento elettorale, approvato il Psr anche dal Consiglio regionale, le aziende miste potranno essere avviate completamente.

ANALISI DEI DETERMINANTI DEL COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO

Il Dipartimento: dallo slogan all'innovazione dell'organizzazione dei servizi

di Amedeo Budassi*

IL MUTAMENTO DEL SISTEMA

Il Sistema sanitario, nelle sue varie articolazioni, rappresenta sicuramente una organizzazione tra le più complesse nel vasto panorama aziendale. Ciò assume particolare evidenza se lo si va a confrontare con i principi organizzativi aziendali esposti da uno dei massimi esperti di pianificazione strategica, Henry Mintzberg, docente presso la McGill University di Montreal.

La particolarità della Azienda Sanitaria è innanzitutto legata alla atipicità del prodotto che la stessa eroga, **la salute**; cui si aggiungono la complessa articolazione interna, il rapporto con una utenza singolare (il malato), l'attesa perfezione del prodotto, l'eccessiva "attenzione" dei mass media, la peculiarità amministrativa che prevede una conduzione privatistica normata da leggi e regolamenti pubblicitari, per non citare i rapporti di convivenza tra ospedalieri ed universitari negli ospedali misti. Tutti elementi che, insieme ad altri che ometto per brevità, scoraggerebbero qualsiasi esperto di pianificazione aziendale.

A tutto ciò va a sommarsi la peculiarità degli operatori: **i medici**.

L'evoluzione culturale della classe medica non ha seguito il passo precipitoso dei velocissimi cambiamenti imposti, oltre che dalla evoluzione tecnologica, soprattutto dalle incalzanti modifiche legislative ed ancor più dalle leggi dell'economia di mercato.

Se colpe si possono attribuire alla categoria medica, quella appena citata non è tra esse.

Trascurando la concezione quasi sacrale dell'"ars medica" risalente ad Ippocrate, la stessa formazione accademica di base non ha seguito l'evoluzione dei tempi – sia pur essa stata precipitosa – nella preparazione del medico a lavorare in equipe, così autorizzandolo a conservare una sorta di indipendenza professionale che mal si adatta a moderni processi organizzativi di tipo aziendale.

Si può così comprendere la profonda lacerazione interiore tra una scienza, la medicina, che non consente insabbiamenti in rigide regole e l'organizzazione aziendale che dalle stesse non può prescindere.

La precipitosa e spesso contraddittoria legislazione nazionale, il regime di legislazione regionale concorrente introdotta dal processo di "devolution", la fredda fatturazione (Drgs) di una prestazione ad alto contenuto emotivo, l'affacciarsi di una "medicina difensiva" imposta dalla elevata litigiosità dell'utenza, travolgono lo spirito di Ippocrate dell'ars medica ed ingenerano confusione nel principale attore del sistema, essendo egli stesso indotto a subire ma, spesso, senza comprendere e quindi condividere e di conseguenza senza essere scientemente responsabilizzato.

EVOLUZIONE NORMATIVA DEI RAPPORTI GERARCHICI

Al di là della profonda rivoluzione generata dal processo di aziendalizzazione del Ssn sancito dalla legge di riforma (D.lgs. 502/92), analogo radicale mutamento ha coinvolto l'ambito dei rapporti gerarchici e gestionali interni al sistema.

Il superamento del concetto rigorosamente piramidale sancito nel D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128, attraverso un modello di responsabilità diffusa introdotto dal D.lgs. 502 e più specificamente dal D.lgs. 229/99, la diffu-

sione, peraltro ancora incompleta, della organizzazione dipartimentale, l'introduzione del budget, l'obbligo di pareggio di bilancio per i Direttori Generali, costituiscono tutti elementi che hanno ingenerato una revisione copernicana dei rapporti comportamentali all'interno delle singole UU.OO. in un più ampio contesto dipartimentale ed, infine, aziendale.

La netta declaratoria delle attribuzioni, descritta all'art. 7 del citato D.P.R. 128, prevedeva in capo al primario la definizione dei "criteri diagnostici e terapeutici che **devono** essere seguiti dagli aiuti ed assistenti", nonché la possibilità per lo stesso primario di avocare a sé "interventi diagnostici e curativi sui malati che **ritenga di non affidare** ai suoi collaboratori". Ebbene detta declaratoria è stata radicalmente sostituita dal citato D.Lgs. 229 che, nel collocare la dirigenza medica in un unico ruolo, attribuisce ai Dirigenti Medici "autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità".

A tal ultimo proposito è comunque da rilevare come la magistratura non interpreti in maniera univoca tale cambiamento di ruoli: infatti, mentre in un caso la sentenza n. 556/2000 della IV sez. penale della Cassazione sostiene che, qualora "il trattamento terapeutico disposto dal superiore comporti un rischio per il paziente", il dirigente medico "è tenuto a segnalare quanto rientra nelle sue conoscenze, esprimendo il proprio dissenso" pena "essere ritenuto corresponsabile dell'esito negativo del trattamento terapeutico non avendo compiuto quanto in suo potere per impedire l'evento"; in una più recente sentenza del 29 settembre 2005, riferita ad altro e differente episodio, la stessa IV sez. penale della Corte Suprema invita la Corte di Appello ad adeguarsi al "principio di diritto che attribuisce al dirigente sanitario di una divisione ospedaliera con funzioni di dirigenza della struttura, poteri organizzativi e di verifica sull'operato degli altri sanitari del reparto, in una situazione di grave rischio per l'incolumità fisica del paziente, ed essendovi stato il tempo necessario per operare tale controllo".

Ma, al di là delle interpretazioni giuridiche, resta in piedi il profondo mutamento comportamentale oltre che legislativo che non può prescindere dalla trasformazione dei rapporti, in passato fondati sull'autorità gerarchica in una più attuale, ma sicuramente più difficile, forma di *riconosciuta autorevolezza*.

Quanto detto, se può in qualche maniera giustificare il rallentamento nell'evoluzione organizzativa sanitaria, non può comunque costituire un ostacolo ad una più razionale gestione delle disponibilità economiche vista non come elemento di risparmio, quanto, piuttosto, come riallocazione di risorse, non più infinite, a disposizione del Ssn.

Alla base di tale progetto c'è l'organizzazione dipartimentale.

Il concetto di organizzazione dipartimentale, introdotto dalla Legge 128/69, ha, nel corso degli anni e delle varie riforme sanitarie, assunto sempre maggiori contenuti e significato gestionale.

Il Dipartimento si è andato, altresì, ampliando nella sua funzione di contenitore adeguandosi alla rinnovata concezione della organizzazione sanitaria territoriale.

Nel 1969 esistevano gli Enti Ospedalieri, con la legge 833 sono nate le Ussl (Unità socio sanitarie locali), am-

plificate poi, sia come consistenza territoriale che come concezione amministrativa, nelle attuali Aziende unità sanitarie locali.

Tale percorso ha pesantemente modificato l'idea iniziale che permeava il concetto dipartimentale (cfr. D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128), trasformandola prevalentemente, ma spesso sostanzialmente, in una forma di gestione ispirata sempre più al contenimento della spesa (cfr. L. 28 dicembre 1995 n. 549, Misure di razionalizzazione della spesa pubblica), imposto dalla volontà politica di garantire il massimo assoluto pur nella ristrettezza delle risorse economiche assegnate al S.S.N. A tale conclusione giunge anche il sociologo Ivan Cavicchi che, nel libro Ripensare la medicina (Bollati-Boringhieri, 2005), afferma "in questi anni la medicina non solo non è cambiata, ma è stata ed è tartassata dal gestionalismo, dall'efficientismo, dall'aziendalismo, convinti che il problema sia esclusivamente quello di ridurre l'autonomia di giudizio clinico. Ormai la medicina per ragioni di costi, è sempre più amministrata dalla tecnocrazia".

In realtà, come spesso avviene, le norme di legge, specie se maturate dal dibattito e non promulgate – inaudita altera parte – per motivazioni contingenti, nascono sane; vengono, poi, snaturate nella loro applicazione periferica, sovente per incapacità o arroganza dell'"utilizzatore" finale.

Filtrato dall'aspirazione aziendale ed economicistica, il progetto dipartimentale ha in sé una valenza organizzativa capace di esercitare benefici effetti sull'assistenza, nonché contribuire alla gestione delle Aziende sanitarie pubbliche attraverso il Collegio di Direzione, che può consentire, se ben esercitato, un notevole significato in direzione del "Governo Clinico".

In assenza di specifica, dettagliata e costante codifica nazionale, le norme regionali hanno, di volta in volta, interpretato, anche in applicazione delle leggi nazionali vigenti al momento, il ruolo del Dipartimento; ne è scaturita, in tal modo, una diversità già ad iniziare dalla denominazione per finire alla composizione.

Ne deriva, pertanto, un complesso ed articolato glossario che talora si differenzia più per gli aspetti lessicali che per i contenuti.

Si ottiene così:

- sotto l'aspetto amministrativo
 - modello forte (in alcuni casi con autorità sovraordinata)
 - modello debole
 - modello intermedio
- per la natura giuridica
 - strutturale
 - funzionale
 - misto (strutturale e funzionale)
- in relazione all'estensione territoriale
 - intraospedaliero (DPR 27 marzo 1969 n. 128, L. 30 dicembre 1991 n. 412)
 - interospedaliero
 - aziendale (D.L. 229/99)
 - interaziendale
 - territoriale (D.L. 502/92)
 - transmurale (D.M. 8 novembre 1976)
- sotto il profilo della mission
 - di alta specialità L. 30 dicembre 1991 n. 412

segue a pag. 16

SONDAGGIO EUROBAROMETRO NEI 25 STATI MEMBRI DELL'UNIONE EUROPEA

L'Europa fa i conti con gli errori in medicina

Gli errori medici preoccupano i cittadini di tutta Europa, anche se spesso vengono percepiti più come un rischio per gli altri che per se stessi. I più preoccupati sono proprio gli italiani, i più tranquilli gli scandinavi. Resta comunque alta la fiducia verso il personale medico e sanitario, anche se il 40% dei cittadini europei ritiene che se il personale sanitario dialogasse di più con i pazienti molti errori medici potrebbero essere evitati e la qualità delle cure migliorerebbe

di Antonio Mastroianni

Il 78% dei cittadini europei considera gli errori medici tra i problemi più importanti del sistema sanitario del proprio Paese, ma solo il 40% si sente esposto al rischio di incorrervi. Forse perché di storie sui giornali se ne leggono tante (circa il 78% ne legge con una certa frequenza), ma l'esperienza personale non è così negativa, dal momento che quasi il 70% degli europei mantiene un elevato livello di fiducia nei confronti dei medici e dell'équipe Medica. È quanto emerge da un sondaggio realizzato tra i cittadini dei 25 Stati membri dall'istituto statistico della Commissione Europea "Eurobarometro".

L'indagine, pubblicata lo scorso gennaio, è stata avviata dalla Commissione Europea con l'obiettivo di analizzare la percezione dei cittadini riguardo le disfunzioni dei sistemi sanitari, così da indirizzare le scelte politiche sulla base dei reali bisogni. Si tratta, peraltro, della prima analisi svolta in Europa su questo tema, realizzata tra settembre e dicembre 2005 all'interno di un campione rappresentativo di tutti i Paesi membri e, a margine, anche dei Paesi candidati ad entrare nei prossimi anni nell'Ue: Bulgaria, Ungheria, Turchia, Romania, Cipro.

Al campione sono state sottoposte otto domande su tre temi: la generale percezione degli errori medici; le esperienze personali; le implicazioni in relazione alla fiducia nei professionisti sanitari e negli ospedali.

Dalle risposte emerge che la percezione e l'esperienza degli errori medici varia notevolmente tra i Paesi: a guidare i "preoccupati" è proprio l'Italia, con una percentuale simile solo a quelle di Polonia, Lettonia, Lituania e Cipro. Tuttavia, meno di una persona su cinque dichiara di essere stata vittima di un errore medico, in prima persona o attraverso l'esperienza di un familiare. Emerge comunque la volontà dei cittadini di essere sempre più parte attiva nelle scelte di salute che li riguardano, nella convinzione che la dalla loro opinione anche il personale sanitario possa imparare qualcosa e sbagliare di meno.

IL PROBLEMA C'È...

Il 38% dei cittadini Ue ritiene che quello degli errori medici sia un problema "molto" importante dei sistemi sanitari e "abbastanza" importante per un altro 40% della popolazione. Solo il 3% la considera una questione "poco" importante.

Le differenze nazionali vanno dall'Italia alla Finlandia, dove il 97% degli italiani ritiene gli errori medici un problema importante contro il 48% dei finlandesi. Ai primi posti anche la Polonia (91%) e Lituania (90%); agli ultimi Danimarca (49%) ed Estonia (59%).

La questione è più sentita tra le donne che tra gli uomini (l'81% contro il 75%) e generalmente più tra la popolazione oltre i 55 anni. Eppure gli europei non si sentono esposti in maniera altrettanto alta a questo rischio: solo il 10% della popolazione è "molto" preoccupata di rimanere vittima di un errore medico, anche se in un ulteriore 30% della popolazione questa paura è "abbastanza" forte. C'è, comunque, un 15% che non percepisce in maniera alta questo rischio. I più preoccupati i cittadini della Lituania e della Grecia (70%), seguita da quelli della Lettonia e dell'Italia (64%). Ci si preoccupa meno in Svezia (13%), Austria e Olanda (20%).

In generale, quindi, la maggior parte dei cittadini europei percepisce l'errore medico come un rischio, ma non

come un "loro" rischio. Probabilmente questo è legato anche alla diffusione delle notizie sulla malasanità, che fa aumentare la percezione della disfunzione senza, tuttavia, intaccare l'opinione positiva che i cittadini, per esperienza diretta, hanno dei servizi sanitari e dei medici. Il 34% e il 44% degli intervistati, infatti, dichiara rispettivamente di aver letto o sentito "spesso" e "a volte" notizie sugli errori medici. Per più della metà dei greci (61%), degli italiani (53%), degli ungheresi (52%), dei lituani (52%) e dei polacchi (51) questo avviene frequentemente. Al contrario, in Lussemburgo il 20% dei cittadini non ha mai letto o sentito una notizia del genere.

Secondo il 48% degli europei, comunque, è normale sentirsi preoccupati quando si ricorre alle cure ospedaliere. Anche in questo caso la percentuale di chi ha più timore sono in Grecia (75%), in Lettonia (74%) e Italia (69%); dall'altra parte la Svezia (20%), l'Austria (24%) e la Repubblica Ceca (30%).

È nel Sud Europa e nei nuovi Stati membri intorno al mar Baltico che i cittadini si dichiarano più preoccupati della sicurezza dei pazienti in ospedale; mentre le popolazioni nordiche sembrano avere più fiducia nei loro sistemi sanitari nazionali.

...MA LA FIDUCIA NEI MEDICI RESTA ALTA

Il 23% degli intervistati ha vissuto personalmente, o tramite un familiare, l'esperienza di errore medico, che nel 18% dei casi si è verificato nell'ospedale locale, nell'11% dei casi è stato legato a una prescrizione farmacologica sbagliata.

Il più alto numero di incidenti in ospedale si registra di Lettonia (32%), Danimarca (29%) e Polonia; In Lettonia e Danimarca avviene anche il maggior numero di errori nelle prescrizioni mediche (rispettivamente 23 e 21%), ma in Estonia e Malta (18%).

Agli ultimi posti per errori medici, sia in ospedale che per le prescrizioni, l'Austria (rispettivamente 11% e 7%), Germania (12% e 7%) e Ungheria (12% e 9%).

Resta comunque diffusa la fiducia nei confronti delle categorie professionali: il 69% degli europei ritiene che i medici non commetteranno errori medici che possano causare danni e il 68% ripone la stessa fiducia nei confronti dell'équipe medica. In Italia medici e staff medico conquistano, rispettivamente, la fiducia del 68% e del 61% della popolazione.

In definitiva, la probabilità che un paziente ospedaliero diventi vittima di un errore del medico ospedaliero o dell'équipe medica è "abbastanza" alta per il 38% dei cittadini europei,

ma "non molto" alta quasi il 50% degli intervistati. La Lettonia è in testa con l'83% degli intervistati che ritiene probabile un errore medico da parte del medico ospedaliero e dell'équipe. Segue la Grecia (75%) e la Polonia (70%). L'Italia è la quarto posto con il 70%, al pari di Cipro. Questo evento è invece improbabile soprattutto per l'Austria (17%), la Svezia (25%) e la Repubblica Ceca (33%).

Per affrontare il problema, comunque, il 40% degli europei ritiene che possa essere utile il contributo del paziente alla gestione della cura. A pensare che i pazienti siano soggetti attivi nel prevenire il verificarsi di errori medici e migliorare la qualità delle cure sono in particolare i danesi (70%), gli ungheresi (66%) e gli sloveni 62%. Credono invece di non poter influire positivamente sul verificarsi di errori medici i tedeschi (17%), gli austriaci (17%) e gli estoni (21%). Questi risultati possono in particolare essere riferiti alla sentita necessità da parte dei pazienti di comunicare con gli operatori sanitari e di essere coinvolti nelle scelte di salute.

La percezione del rischio

Quanto è preoccupato di rimanere vittima di un errore medico?

| | Molto | Abbastanza | Non molto | Per niente | Non sa |
|--|-------|------------|-----------|------------|--------|
| EU 25 | 10% | 30% | 43% | 15% | 2% |
| Uomini | 8% | 28% | 43% | 18% | 2% |
| Donne | 2% | 31% | 42% | 12% | 2% |
| ETÀ: | | | | | |
| 15-24 | 8% | 27% | 44% | 18% | 2% |
| 25-39 | 10% | 29% | 45% | 15% | 2% |
| 40-54 | 10% | 31% | 43% | 13% | 3% |
| >55 | 11% | 30% | 40% | 15% | 3% |
| ISTRUZIONE (A QUANTI ANNI HA INTERROTTO GLI STUDI) | | | | | |
| 15 | 13% | 31% | 38% | 15% | 3% |
| 16-19 | 11% | 31% | 42% | 13% | 2% |
| 20+ | 7% | 27% | 48% | 16% | 2% |
| Sta ancora studiando | 8% | 26% | 45% | 19% | 2% |
| OCCUPAZIONE | | | | | |
| Libero professionista | 11% | 33% | 41% | 12% | 4% |
| Manager | 7% | 22% | 52% | 17% | 1% |
| Lavoro dipendente | 9% | 31% | 46% | 12% | 1% |
| Artigiano o manovale | 9% | 29% | 45% | 16% | 2% |
| Casalinga | 13% | 37% | 36% | 12% | 3% |
| Disoccupato | 13% | 32% | 39% | 14% | 2% |
| Pensionato | 11% | 30% | 40% | 16% | 3% |
| Studente | 8% | 26% | 45% | 19% | 2% |
| LUOGO DI VITA: | | | | | |
| Città metropolitane | 10% | 27% | 43% | 16% | 3% |
| Altre città | 10% | 32% | 42% | 13% | 3% |
| Zone rurali | 10% | 29% | 44% | 15% | 2% |
| QUANTO CONSIDERA IMPORTANTE IL PROBLEMA DEGLI ERRORI MEDICI NEL SUO PAESE | | | | | |
| Importante | 13% | 36% | 40% | 10% | 2% |
| Non importante | 1% | 8% | 56% | 34% | 1% |
| ESPERIENZE PERSONALI DI ERRORI MEDICI | | | | | |
| Ha avuto esperienza | 22% | 41% | 30% | 6% | 1% |
| Mai avuto esperienza | 7% | 26% | 47% | 18% | 3% |

La responsabilità del medico che opera in una struttura sanitaria

di Francesco Maria Mantovani*

La responsabilità civile e penale del medico è materia complessa che si complica ulteriormente allorché l'attività terapeutica non sia effettuata dal singolo, bensì da una pluralità di soggetti, che sono inseriti in una struttura sanitaria e risultano organizzati secondo rapporti gerarchici in cui è chiaramente ravvisabile una figura apicale.

In questo caso, la posizione di ciascun singolo medico coinvolto varia a seconda degli obblighi gravanti sul medesimo.

Al fine di determinare le singole responsabilità, la giurisprudenza ha utilizzato per lungo tempo quale dato normativo di partenza l'art. 63 del D.P.R. 20 dicembre 1979 n. 761 (Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali), che tuttavia è stato abrogato per effetto della sottoscrizione dei contratti collettivi della seconda tornata contrattuale del pubblico impiego (ai sensi dell'art. 69, primo comma, del D.lgs. n. 165 del 2001 secondo cui "le norme generali e speciali del pubblico impiego, vigenti alla data del 13 gennaio 1994 e non abrogate (...) cessano in ogni caso di produrre effetti dal momento della sottoscrizione, per ciascun ambito di riferimento, dei contratti collettivi del quadriennio 1998-2001").

In particolare, la disposizione citata stabiliva che "il medico appartenente alla posizione iniziale (...) ha la responsabilità per le attività professionali a lui direttamente affidate e per le istruzioni e direttive impartite nonché per i risultati conseguiti. La sua attività è soggetta a controllo e gode di autonomia vincolata alle direttive ricevute" (terzo comma), mentre "il medico appartenente alla posizione intermedia svolge funzioni autonome nell'area dei servizi a lui affidata" (quarto comma). Se ne desumeva che i medici in posizione non apicale godevano comunque di autonomia nell'esercizio delle funzioni a loro affidate.

Sempre la medesima disposizione precisava poi che il Primario "esercita funzioni di indirizzo e di verifica sulle prestazioni di diagnosi e cura, nel rispetto dell'auto-

nomia professionale operativa del personale dell'unità assegnatagli, impartendo all'uopo istruzioni e direttive ed esercitando la verifica inerente all'attuazione di esse" (quinto comma), ed inoltre "assegna a sé e agli altri medici i pazienti ricoverati e può avocare casi alla sua diretta responsabilità, fermo restando l'obbligo di collaborazione da parte del personale appartenente alle altre posizioni funzionali" (sesto comma).

Sebbene il citato art. 63 sia venuto meno, i principi elaborati dalla giurisprudenza prendendo spunto da esso, costituiscono a tutt'oggi le linee guida in materia di responsabilità dell'equipe medica, sicché appare utile illustrarli brevemente.

Anzitutto, il medico in posizione "inferiore" rispetto al Primario non risulta responsabile dell'esito infausto della terapia, allorché il Primario stesso abbia assunto su di sé la direzione del caso, eliminando così ogni autonomia terapeutica (e responsabilità) degli altri medici in posizione inferiore.

In questo senso, si è espressa la Corte di Cassazione, secondo cui "in tema di ripartizione dei ruoli funzionali (e delle relative responsabilità) tra il medico chirurgo "primario" e il medico chirurgo "aiuto" operanti in una struttura sanitaria pubblica, (...) il "primario", tra l'altro, ha il potere d'impartire disposizioni e direttive, e di verificarne l'attuazione, nel rispetto dell'autonomia professionale-operativa del personale dell'unità assegnatagli", mentre se il primario assume su di sé il caso "ogni responsabilità è assunta dall'avocante (primario), al personale appartenente alle altre posizioni funzionali (tra cui rientra anche quella di aiuto) residuando solo in obbligo di collaborazione (...)" (Cass. pen., sez. IV, sentenza 2 maggio 1989).

Pertanto, in caso di avocazione, il medico in posizione "inferiore" risponde soltanto allorché venga meno ai propri obblighi di collaborazione, omettendo di eseguire gli ordini impartiti dal Primario o di vigilare la corretta somministrazione delle cure. In particolare, il medico resta tenuto a controllare che non interven-

gano negligenze o imprudenze da parte degli altri, poiché "quest'ultimo, nella sua qualità di collaboratore e potenziale continuatore dell'operazione, ha il compito di vigilare sulla intera esecuzione" (Cass. pen., sez. IV, 5 gennaio 1982).

L'assetto delle responsabilità risulta più complesso se il Primario non esercita il proprio potere di avocazione. In questo caso, la posizione dell'assistente non si configura come quella di un mero esecutore di ordini. Pertanto, la circostanza che il Primario abbia indicato i trattamenti terapeutici da somministrare al paziente (senza avocare il caso), non è sufficiente ad esonerare il medico in posizione inferiore da responsabilità in caso di esito negativo del trattamento terapeutico.

Le direttive impartite dal Primario non determinano una subordinazione gerarchica che impedisce scelte diverse al personale medico. Quest'ultimo conserva una propria autonomia nello svolgimento dell'attività terapeutica, che, per sua stessa natura, è soggetta a costanti variazioni in relazione all'evolversi della situazione del paziente.

Rispetto a questa autonomia, dunque, si prospettano due distinte possibilità.

Se primario e medico in posizione "inferiore" condividono le scelte terapeutiche, entrambi ne assumono la piena responsabilità.

Diverso è l'ipotesi in cui il medico non condivide le direttive terapeutiche che il Primario ha impartito rispetto ai pazienti. In tal caso, il medico in posizione inferiore, che ritiene il trattamento terapeutico disposto dal Primario rischioso per i propri pazienti, è tenuto ad esprimere il proprio dissenso, segnalando quanto rientra nelle sue conoscenze (Cass. pen., sez. IV, 19 dicembre 2000, n. 1736). Contrariamente, egli sarà ugualmente ritenuto responsabile dell'esito negativo del trattamento terapeutico non avendo compiuto quanto era in suo potere per impedire l'evento (ex art. 40, comma secondo, cod. pen.).

*Servizio Tutela Lavoro Anaa-Cref

segue da pagina 4

INTESA STATO-REGIONI 2006

dinaria durata due giorni, hanno invece trovato un accordo soddisfacente, "segno di una grande capacità delle Regioni di lavorare con una visione di sistema che ha consentito a ciascuno di trovare una sintesi positiva" come ha dichiarato il presidente della Conferenza delle Regioni, **Vasco Errani**. Come sempre, al criterio della quota "pesata", che assegna maggiori risorse in ragione della presenza di popolazione anziana, si sono poi affiancati molti elementi di riequilibrio che tenevano conto della maggiore o minore ricchezza di ciascuna Regione, dello stato del sistema sanitario locale e così via.

Il risultato, ratificato nella Conferenza Stato-Regioni, è riassunto nella tabella 1 che pubblichiamo a pagina 4.

PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

Il Psn elaborato dallo staff ministeriale di Francesco Storace e approvato dal Consiglio dei ministri non era piaciuto alle Regioni per ragioni sia di metodo che di merito (v. *Dirigenza Medica* n. 10/05), perché preparato senza consultare la parte regionale e senza tener conto delle rispettive

competenze stabilite nella riforma del Titolo V della Costituzione. Tuttavia, per non trascinare oltre la discussione, avevano avanzato delle proposte migliorative, in gran parte accolte nella stesura definitiva.

Alla fine, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha espresso la propria intesa al Piano sanitario nazionale 2006-2008, pur mantenendo una posizione critica, espressa attraverso un comunicato nel quale si sottolinea come "resta però non compiutamente definita la questione del divario Nord-Sud e non ha trovato recepimento la proposta delle Regioni sul Fondo per la non autosufficienza".

PIANO NAZIONALE PER LE LISTE D'ATTESA

Più spinosa la discussione su questo documento, che impegnava le Regioni a precisi adempimenti, tali che secondo le loro valutazioni sarebbero stati economicamente insostenibili. La proposta originaria formulata dal ministro Storace individuava cento prestazioni per le quali le Regioni avrebbero dovuto fissare i tempi massimi di attesa e nel caso in cui il servizio non potesse garantire il rispetto di questi limiti, i cittadini avrebbero avuto diritto al rimborso delle spese sostenute presso strutture private o per servizi in intramoenia.

Dopo le dimissioni di Francesco Storace, la trattativa è stata condotta dal sottosegretario alla presidenza del Consiglio Gianni Letta che ha seguito gli incontri con le Regioni per conto del presidente del Consiglio Silvio Berlusconi, ministro della Salute ad interim. La sua maggiore disponibilità ha consentito di trovare un accordo che impegna le Regioni a trovare le soluzioni organizzative necessarie per garantire con tempi d'attesa certi 52 prestazioni, sottoponendone 48 ad un monitoraggio serrato a partire dal prossimo mese di luglio (vedi tabelle 2 e 3 a pagina 4). Per le prime le Regioni dovranno fissare, entro 90 giorni e dunque entro giugno, i tempi massimi d'attesa, passando poi la mano ad Asl e Ao, che avranno a loro volta 90 giorni per definire le modalità organizzative con le quali raggiungere l'obiettivo. Il Piano prevede inoltre la creazione in tutte le realtà regionali dei Centri unici di prenotazione (Cup), dimostratisi utilissimi a ridurre il fenomeno delle doppie o triple prenotazioni e comunque a ottimizzare le disponibilità di servizi. Proprio ai Cup è riservata una quota delle risorse "vincolate" (dunque non risorse aggiuntive, ma quote del Fsn dedicate a questo scopo) al contenimento dei tempi di attesa, secondo la formula degli "obiettivi di piano", indicate nel documento siglato da Governo e Regioni.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

**TAR LECCE
SENTENZA N. 4424/2005**

La retribuzione di posizione, se corrisposta in misura inferiore al minimo, va integrata

La retribuzione di posizione, se corrisposta in misura inferiore al minimo, va integrata. Lo ha deciso il Tar di Lecce che con sentenza n. 4424 ha condannato la Ausl al pagamento della differenza tra la somma liquidata a titolo di retribuzione di posizione e quella corrispondente al minimo previsto dal contratto collettivo di categoria, a favore di una dirigente di I livello. La Pubblica Amministrazione ha un'ampia discrezionalità circa l'attribuzione degli incarichi dirigenziali e delle funzioni ad essi connesse; tuttavia l'ammontare della retribuzione di posizione, così come l'ammontare dello stipendio tabellare, sfugge alla discrezionalità amministrativa, risultando lo stesso determinato dai contratti collettivi nazionali, conformemente alle disposizioni di cui all'art. 24 del D.Legs. 29/93 (*“la retribuzione del personale con qualifica di dirigente è determinata dai contratti collettivi per le aree dirigenziali, prevedendo che il trattamento economico accessorio sia correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità”*). La graduazione della retribuzione di posizione non può avere a riferimento soggettive determinazioni della P.A. dipendenti dalla disponibilità delle proprie risorse finanziarie, ma deve estrinsecarsi all'interno dei valori minimi e massimi stabiliti dai relativi contratti collettivi, non potendo, tali valori, essere superati, né con riferimento al minimo, né con riferimento al massimo contrattualmente stabilito.

Pertanto, l'amministrazione non avrebbe dovuto conferire gli incarichi di posizione, o avrebbe dovuto graduarli in maniera corrispondente alle proprie risorse, se la esiguità del fondo necessario per finanziare la parte variabile della retribuzione legata all'affidamento degli incarichi di posizione non avesse consentito il riconoscimento di maggiori somme.

**TAR SICILIA
SENTENZA N. 417 DEL 9 MARZO 2006**

Equipollenza e affinità: la specializzazione in chirurgia può essere ritenuta “strettamente connessa” alle funzioni di cardiocirurgia?

È legittimo il provvedimento che esclude un medico specializzato in chirurgia dalla selezione per l'affidamento delle responsabilità di moduli organizzativi della divisione di cardiocirurgia in quanto non in possesso di specializzazione né di idoneità a primario in tale branca. Questo quanto deciso dal Tar di Palermo con sentenza depositata lo scorso febbraio. La vicenda è iniziata nel 1996 quando con ricorso veniva impugnata, chiedendone l'annullamento, la delibera del Direttore Generale per l'affidamento della responsabilità dei moduli organizzativi e della divisione di cardiocirurgia e di tutti gli atti antecedenti, connessi e consequenziali. Con tale provvedimento infatti il ricorrente non era stato ammesso alla selezione per l'affidamento di tale responsabilità in quanto “non in possesso di specializzazione né di idoneità a primario nella branca in oggetto e con solo sei anni di anzianità di aiuto, laddove ne sarebbero stati necessari almeno sette”. Il ricorrente lamentava violazione e falsa applicazione dell'art. 116, comma 4, del D.P.R. 28 novembre 1990, n. 384 secondo il quale “alla selezione per la responsabilità di un settore o modulo organizzativo o funzionale all'interno dell'organizzazione divisionale o dipartimentale sono ammessi i medici e veterinari di posizione funzionale intermedia di ruolo in possesso di una anzianità di cinque anni di servizio nella posizione e di specializzazione nella disciplina o in disciplina strettamente connessa alle funzioni da affidare, ovvero di un'anzianità di sette anni di servizio nella posizione funzionale intermedia o infine di un'anzianità di tre anni di servizio nella posizione medesima ed in possesso dell'idoneità primaria nella disciplina” e del decreto del Ministro della Sanità del 10 marzo 1983 recante l'elenco delle discipline equipollenti ed affini rispetto alle discipline oggetto degli esami di idoneità e dei concorsi presso le unità sanitarie locali. L'e-

clusione del medico dalla selezione in questione sarebbe stata illegittima, secondo il ricorrente, in quanto non si sarebbe tenuto conto del fatto che lo stesso era in possesso della specializzazione in “chirurgia”, la quale, secondo la tabella B del decreto del Ministro della Sanità del 10 marzo 1983, sarebbe equipollente alla “chirurgia generale”, a sua volta, “affine” alla “cardiocirurgia”. “Affine”, ma non “equipollente”, afferma il Collegio, rilevando che la questione che al riguardo si pone è se la specializzazione in chirurgia possa o meno essere ritenuta “strettamente connessa” alle funzioni di cardiocirurgia. Nella eccezione comune “equipollenza” ha un significato diverso da “affinità”, in quanto, mentre la prima implica “eguaglianza di valore e di efficacia, specialmente dal punto di vista logico e giuridico”, la seconda fa riferimento alla “attinenza, analogia di caratteristiche”. Pertanto, rileva il Collegio, nel caso di specie la “stretta connessione alle funzioni da affidare, richiamato dall'articolo 116 del D.P.R. 384/1996 implica la eguaglianza e non la semplice analogia tra le specializzazioni”. La responsabilità di specifici moduli organizzativi di cardiocirurgia è da rilevarsi quale funzione molto delicata e per tale motivo necessita di una interpretazione rigorosa dei requisiti richiesti, in maniera da garantire la specifica professionalità degli aspiranti. Ne consegue che la specializzazione in “chirurgia”, in quanto equipollente e, pertanto, uguale a quella in “chirurgia generale” (a sua volta non “equipollente”, ma solo “affine” alla cardiocirurgia), può ritenersi analoga ma non equivalente a quest'ultima, con la conseguenza che deve ritenersi legittima la esclusione del ricorrente dalla selezione in questione disposta con il provvedimento impugnato.

**TRIBUNALE DI NAPOLI
SEZIONE LAVORO SENTENZA N. 18734/2005**

Trattenimento in servizio fino al 70° anno di età: la discrezionalità della PA è limitata

Con sentenza n. 18734, il tribunale di Napoli ha affermato il diritto di un primario a proseguire il rapporto di lavoro fino al 70 anno di età, nonostante il diniego della propria azienda sanitaria, motivato dalla necessità di acquisire nuove professionalità con capacità gestionale e di direzione di tipo innovativo. Il dottore, direttore di struttura complessa in ospedale, aveva chiesto il trattenimento in servizio in base alla legge 184/2004 che all'articolo 1 quater lo ha introdotto quale facoltà dei dipendenti della pubblica amministrazione, per venire incontro alle esigenze dell'azienda, lasciando a quest'ultima ampia discrezionalità per l'accoglimento della richiesta, tenuto conto anche della particolare esperienza professionale acquisita dal richiedente in determinati e specifici ambiti, delle disposizioni in materia di riduzione programmata del personale e con la possibilità di destinare il dipendente trattenuto in servizio a compiti diversi da quelli svolti fino a quel momento. La discrezionalità, rileva il Tribunale, è ampia ma non illimitata e non può prescindere dal rispetto di una serie di elementi tra cui l'esperienza professionale del dipendente e l'efficiente andamento dei servizi. Infatti nella fattispecie il comportamento dell'Azienda è illegittimo perché privo di idonea motivazione, e di fatto discriminatorio nei confronti del medico resistente. Dall'atto di reiezione della richiesta attorea emergeva che quest'ultima non era stata ritenuta meritevole di accoglimento “perché incompatibile con la necessità dell'azienda di programmare nel lungo periodo la fisionomia della struttura sino ad allora diretta dal ricorrente”. A questo si aggiungeva il fatto che l'amministrazione intendeva ricercare ed acquisire professionalità con capacità gestionale, programmatiche e di direzione di tipo innovativo, attraverso criteri selettivi e comparativi tra professionalità emergenti dal mondo del lavoro universitario e della ricerca ed in quanto tale incoerente con il trattenimento in servizio di cui alla legge 186/04. Tali motivazioni - prosegue il Tribunale - non possono essere accolte perché basate su una erronea interpretazione della normativa volta esclusivamente a garantire “la funzionalità di taluni settori dell'amministrazione” gravati dall'“obbligo di riduzione progressiva del personale”, e non a consentire all'amministrazione un apodittico ed illimitato potere di sostituire nuovo personale a quello già in servizio dotato di capacità e di particolare esperienze professionali provate anche dal curriculum. Il rifiuto dell'azienda è dunque immotivato e al medico viene riconosciuto anche il diritto al risarcimento del danno biologico inteso come evento produttivo di menomazione psico-fisica del soggetto provocata dallo stress dovuto dall'illegittima interruzione del servizio. Tale fattispecie, se confermata in Cassazione, potrebbe aggiungersi a quelle già ritenute idonee a generare un danno biologico risarcibile: illegittima collocazione in quiescenza ed illegittimo demansionamento.

a cura di Paola Carnevale

RECENSIONI

Giuseppe Petrella

La cura. Un nuovo progetto per la sanità degli italiani

Italpromo Esis Publishing Editore
126 pagine – Euro 20,00

“Questo volume è importante perché è il prodotto di una lunga esperienza nel mondo sanitario italiano, vissuta da un testimone molto affidabile” così si legge nella prefazione al libro ‘La cura’ autore Giuseppe Petrella, scritta da Umberto Veronesi.

“Giuseppe Petrella – prosegue l'ex ministro ed oncologo – ha infatti percorso con un'attenzione scrupolosa ma non priva di criticità, un itinerario complesso nelle varie tappe della carriera chirurgica, giungendo ad un elevato livello di competenza e professionalità”

‘La cura’ è un viaggio a tutto tondo sul panorama assistenziale ma esprime anche una valutazione di quelle che sono le lacune presenti all'interno del nostro sistema, vere e proprie “zone oscure” secondo la definizione di Veronesi “che colpiscono situazioni già di emarginazione, quali carceri, ospedali psichiatrici giudiziari, centri di recupero per tossicodipendenti in cui l'assistenza sanitaria potrebbe essere limitata e condizionata da violenza, insofferenza psicologica, disagi interiori che possono condurre ad azioni autolesive che vanno a detrimento di quel diritto alla salute, sancito dalla Costituzione”.

Emerge con forza nello scorrere delle pagine l'urgenza di svecchiare la sanità “dagli errori del passato” per dirla con le parole del noto oncologo, “dalle prestazioni non sempre all'avanguardia, da una formazione professionale più generale che specialistica, da insicurezze che limitano il paziente nel suo diritto di libertà di scelta”.

Cura e qualità della cura sono al centro del lavoro di Petrella che nelle pagine conclusive del volume esprime la certezza che una cura sia possibile. Una cura intesa nel senso più ampio del termine che arriva al ‘prendersi cura’. Ed è l'aiuto di qualità, l'aiuto maggiore che si possa offrire al malato, a cominciare dal rapporto medico-paziente, dalla comunicazione della diagnosi, da considerazioni etiche e morali che im-

pongono al medico di valutare cosa e fino a quanto informare il paziente, di entrare in empatia con esso e di comprenderne l'interiorità. In un cammino di continua sensibilizzazione e umanizzazione.

Il volume è diviso in tre parti. La prima parte del libro analizza, con l'occhio di oggi, i primi venticinque anni del Ssn che ha sancito la conquista del diritto alla salute sotto il segno dell'uguaglianza e della solidarietà; la seconda parte si sofferma sui quattro anni di Governo del centro destra. Dai primi annunci del bonus salute fino all'attuale situazione di progressivo attacco al sistema sanitario pubblico; la terza ed ultima parte affronta le prospettive di una “cura”. Una cura possibile, realistica, attenta alle trasformazioni in essere nella società italiana (invecchiamento, crescita delle malattie croniche e invalidanti, la non autosufficienza degli anziani, ecc.) e capace di offrire risposte adeguate alla nuova domanda di salute della popolazione.

Il libro si chiude con la declinazione di cinque virtù (ispirate dalle “Lezioni Americane” di Italo Calvino) che una sanità pubblica come quella italiana dovrebbe avere.

La prima delle virtù è “la leggerezza – scrive Giuseppe Petrella – che si incarna nel sistema delle reti, network agili, flessibili, che fanno perno sulle strutture “pesanti” costituite dalle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e che si tessono tra di loro per determinare la produzione di prodotti assistenziali completi, connettendo ed integrando servizi, professionalità ed esperienze”.

La seconda delle virtù “è la rapidità, quanto mai carente nel Ssn, perché a fronte della velocità con cui si realizzano i cambiamenti negli scenari politici, sociali e scientifici, la risposta delle strutture preposte alla organizzazione ed alla erogazione delle cure appare del tutto inadeguata e lenta”.

Altra virtù, la terza, è secondo l'autore la visibilità cioè “l'accessibilità, una delle principali cause di disuguaglianza nel Servizio sanitario perché la sperequazione nella possibilità che i cittadini hanno di usufruire delle prestazioni è la causa prima delle disuguaglianze, che colpisce le classi sociali più disagiate”.

La molteplicità, ovvero concorrenza e pluralità anche tra pubblico e privato, che può spingere verso l'eccellenza è la quarta delle virtù. Però attenzione perché secondo Petrella la semplice concorrenza può rappresentare un danno per il Ssn se è intesa solo come corsa tra e non anche come corsa assieme.

L'ultima delle virtù, proposta da Calvino è l'esattezza, traducibile in appropriatezza ed equità, vale a dire “innanzitutto, un imperativo etico, un diritto umano naturale ed essenziale”. Il diritto alla salute garantito a tutti.

segue da pagina 12

IL DIPARTIMENTO

- di area (A.F.O. L. 23 ottobre 1985 n. 595 , L. 30 dicembre 1991 n. 412)
- di organo o apparato
- di età D.M. 8 novembre 1976
- di intervento sanitario in relazione alla presenza dell'Università
- d'insegnamento (D.P.R. 11 luglio 1980 n. 382)
- misto (D.M. MURST – Sanità 31 luglio 1997)
- integrato (D.L. 21 dicembre 1999 n. 517)

Ognuna di queste formulazioni mostra luci ed ombre, per ognuna di esse esistono schieramenti favorevoli e contrari; alcuni sostenuti da motivazioni di levatura etica e/o organizzativa, altri da interessi di “bottega”.

Il Dea (Dipartimento di emergenza e accettazione) costituisce sicuramente l'esperienza più antica e meglio consolidata.

È l'unico dipartimento reso obbligatorio per legge dal D.P.R. 27 marzo 1992, che lo rende obbligatorio negli ospedali (e solo in quelli) individuati dalla Regione a tale scopo.

L'urgenza-emergenza impone, per sua natura, un comportamento univoco tra i vari attori del sistema che de-

vono parlare lo stesso linguaggio ed adottare codici comuni di comportamento: nell'urgenza il tempo assume valore assoluto e non sempre consente ripensamenti.

Di qui la necessità di avere un collegamento fortemente integrato tra l'emergenza territoriale (118) e la struttura ospedaliera di prima accoglienza (Pronto Soccorso), attraverso percorsi diagnostico-terapeutici condivisi ed attuati nelle varie fasi, dal letto di casa del paziente al letto di ospedale.

La condivisione in questo caso deve essere assoluta e partecipata.

Ciò non deve però estraniare il Dea dal resto del contesto ospedaliero; superata la prima fase dell'urgenza il prosieguo delle cure intraospedaliere deve anch'esso prevedere un momento di raccordo, prima con i servizi (UU.OO. di diagnostica) e successivamente con le UU.OO. di degenza.

Il trattamento del cardiopatico acuto può rappresentare elemento esemplificativo di un processo diagnostico-terapeutico che, pur coinvolgendo varie figure professionali, si basa fondamentalmente su tre canoni:

- individuazione delle strutture cardiologiche territoriali di riferimento;
- diagnosi precoce, anche attraverso teletrasmissione

dell'Ecg ed eventuale trombolisi precoce;

- scelta del percorso più idoneo:

- . ambulanza Utic;
- . ambulanza emodinamica;
- . ambulanza Utic periferica emodinamica di riferimento;
- . ambulanza Pronto Soccorso (dolore toracico con Ecg negativo).

In conclusione, il Dipartimento è un'idea che cammina sulle gambe degli uomini; il suo scopo primario risulta fondato sul raggiungimento dell'efficienza, dell'efficacia, e della economicità.

La sua concreta funzionalità è vincolata alla capacità dell'Azienda Usl di strutturarla in aderenza alle singole specifiche realtà e dalla volontà delle figure professionali che vi operano di interpretarlo in maniera positiva e propositiva, privilegiando il momento organizzativo prioritariamente per favorire le potenzialità assistenziali (efficacia), senza comunque trascurare gli aspetti di efficienza ed economicità che, pur se secondari, hanno la valenza di consentire il miglior impiego delle non infinite disponibilità economiche.

**U.O. Medicina e chirurgia di accettazione e urgenza del P.O. clinicizzato SS. Annunziata di Chieti*

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile dell'Anaao Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:
Alberto Andron,
Piero Ciccarelli, Antonio Delvino,
Mario Lavecchia

coordinamento editoriale
Cesare Fassari
Hanno collaborato
Gerardo Anastasio, Amedeo Budassi,
Paola Carnevale, Luciano Gabbani,
Francesco Maria Mantovani, Giuseppe
Marotta, Antonio Mastroianni,
Maurizio Paparo

editore

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18,
00147 Roma
tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002
del 25.3.2002; Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB ancona
Diritto alla riservatezza: “Dirigenza Medica” garantisce la
massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel
rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di aprile 2006