

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

CONTRATTO

SIGLATA L'IPOTESI DI ACCORDO. ORA SI ONORINO GLI IMPEGNI

L'ipotesi di accordo relativa al quadriennio normativo 2002-2005 e al primo biennio economico 2002-2003 del contratto della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale è stata firmata il 21 luglio (il testo è pubblicato sul sito www.anaao.it). La firma, nella sede dell'Aran, tra le organizzazioni di categoria e l'Agenzia per la rappresentanza Negoziale delle Pubbliche Amministrazioni è arrivata dopo il via libera dell'Esecutivo (atteso da circa due mesi!) al mini-atto di indirizzo per l'erogazione dello 0,32% di aumenti a carico delle Regioni (la cifra corrisponde a circa 23 milioni di euro).

La sigla dell'ipotesi di accordo rappresenta, sicuramente, un passo in avanti nella direzione della definitiva approvazione del contratto dei medici ospedalieri, ma il cammino è tutt'altro che breve. Il documento, infatti, deve passare all'esame dei ministri dell'Economia e della Funzione pubblica per la verifica finale e ufficiale di compatibilità economica con le risorse a disposizione. Solo dopo aver ricevuto il placet del Governo potrà essere inviato alla Corte dei conti (prevedibilmente non prima di settembre) che farà le sue valutazio-

ni di certificazione dei costi.

A quel punto le aziende dovranno applicare le nuove norme ed erogare in questo modo gli arretrati.

Le tappe che hanno portato alla sigla dell'accordo sono state commentate dall'Anaao Assomed con qualche perplessità.

"Vorremmo poter condividere l'entusiasmo di quanti hanno applaudito l'Esecutivo per aver dato il via libera al contratto, impiegando, inspiegabilmente, per questa operazione ben due mesi! Ma come possiamo spacciare un atto dovuto per una grande conquista? Piuttosto faremmo meglio a pretendere dal Governo e dalle Regioni che l'iter di approvazione non si trascini fin nell'autunno inoltrato, un fatto che non potremmo non considerare come un'inaccettabile ed indecorosa farsa, indegna di un Paese civile e contro il quale avvieremo le più opportune azioni sindacali.

Un ulteriore motivo di preoccupazione e delusione è rappresentato per l'Anaao Assomed dalla totale assenza di notizie sulla trattativa relativa al secondo biennio economico, dopo la firma dell'intesa Governo-sindacati del 27 maggio scorso.

Non si vedono all'orizzonte gli atti di indirizzo conseguenti all'intesa e propedeutici alla trattativa; un inquietante silenzio è dunque calato sulla vicenda e si profila quantomeno un'evasione degli impegni assunti.

In questo scenario tutt'altro che da plauso, l'Anaao Assomed ribadisce la ferma volontà di cercare le soluzioni ai molti problemi della categoria, quelli economici, ma anche quelli legati al riconoscimento normativo e retributivo del disagio medico e della professionalità crescente, alla regolamentazione dei contratti atipici, ai rapporti sempre più subordinati del Ssn nei confronti dell'Università (Facoltà di Medicina), al sempre più inadeguato ed inaccettabile sistema di formazione degli specialisti.

L'Anaao Assomed, nel pretendere che gli effetti dei benefici economici del I biennio al più presto entrino nelle buste paga dei medici, rinnova la richiesta di avviare, subito dopo la pausa estiva, la trattativa per il rinnovo del secondo biennio e preannuncia sin d'ora che ogni ulteriore e immotivato ritardo costringerà i medici dirigenti del Ssn a nuove azioni di lotta sindacale".

Ddl Governo clinico, ecco l'ennesima "RIFORMA"

Nonostante manchi poco più di una manciata di settimane lavorative, reali, alla fine della legislatura, la maggioranza ha messo mano, nuovamente, al Ddl di riforma del governo clinico. Il testo, che da settembre sarà discusso in XII commissione Affari Sociali di Montecitorio, è composto da cinque articoli che raggruppa e snellisce tutti le precedenti proposte d'iniziativa parlamentare, compresa quella firmata dall'ex ministro Sirchia. Il testo in sintesi prevede: due primari esterni alle aziende sanitarie per le nomine cliniche, Collegi di direzione promossi a rango di "organi dell'azienda" e limite d'età portato a settant'anni. Obiettivo della maggioranza, nelle dichiarazioni del sottosegretario alla Salute, Elisabetta Alberti Casellati, è quello di: "enfaticamente la figura del medico, oggi emarginato da ogni profilo decisionale e introdurre principi di meritocrazia e trasparenza". Scettici i sindacati sulla reale fattibilità della riforma.

All'interno il documento dell'Anaao Assomed che esprime il suo giudizio negativo in merito al disegno di legge.

a pag. 2

Intramoenia: è legge la proroga

Il decreto sul prezzo dei farmaci, approvato definitivamente dal Parlamento, contiene al suo interno anche la proroga, fino al 31 luglio 2006, per l'utilizzo degli studi professionali privati per l'attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Ssn. Uno studio dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) mette in evidenza come i cittadini ricorrono sempre più spesso alle strutture che operano all'interno del Ssn per ottenere prestazioni in intramoenia. Nel 2003, infatti, le spese sostenute dagli italiani sono salite del 12,84% rispetto al 2002 e del 27% rispetto al 2001. L'aumento delle richieste di prestazioni, dunque, sembrerebbe contrastare con l'ipotesi sostenuta dallo stesso ministro Storace che la libera professione intramuraria sia un servizio che pone in una situazione di "disagio e imbarazzo" il paziente.

a pag. 4

DAL PARLAMENTO

La XII Commissione del Senato ha licenziato un testo sul Testamento biologico. In Commissione Affari sociali della Camera il Ddl sui contratti che non piace ai giovani medici. Le critiche della Corte dei Conti al Dpef nella relazione inviata alle Camere

ALTE PAGINE 3

INDICATORI SSN

L'assistenza ospedaliera cambia volto. Diminuiscono i posti letto mentre c'è maggiore attenzione verso l'emergenza e l'introduzione di apparecchiature più sofisticate. La fotografia dell'Annuario Statistico del Ssn

ALLE PAGINE 6-7

RAPPORTO ANNUALE OCSE

Il nostro Paese resta tra le nazioni con la più alta aspettativa di vita, ma la quota di chi dichiara di avere uno stato di salute buono non è alta. La mancanza di fondi resta il problema reale

ALLE PAGINE 8-9

CONTRIBUTI

L'intervento di Amedeo Bianco a Matera in occasione del convegno della Fnomceo sul futuro del Codice deontologico dei medici

ALLE PAGINE 11-12

PRINCIPI FONDAMENTALI IN MATERIA DI GOVERNO DELLE ATTIVITÀ CLINICHE

Ddl Governo clinico, ecco l'ennesima "Riforma"

In quest'ultimo scampolo di legislatura si torna a parlare di un provvedimento di riforma del "Governo clinico". L'Esecutivo, per bocca del ministro della Salute, Storace, è convinto che già da settembre si possa cominciare a lavorarci sopra. Le organizzazioni di categoria, viceversa, restano scettiche. L'Anaa Assomed, in particolare, attraverso un documento dettagliato esprime il suo giudizio negativo sull'ennesimo disegno di legge in materia approvato dalla Commissione Affari sociali di Montecitorio

Due primari esterni alle aziende sanitarie per le nomine cliniche, Collegi di direzione promossi a rango di "organi dell'azienda" e limite d'età spostato in avanti. Queste in sintesi le proposte più significative contenute nel testo di legge "Principi fondamentali in materia di Servizio sanitario nazionale". Cinque articoli contenuti in un testo unificato che accorpava il precedente Ddl Sirchia più altre proposte d'iniziativa parlamentare per modificare, in alcuni punti fondamentali, la riforma Bindi obiettivo, da sempre, dell'attuale maggioranza parlamentare e di Governo.

Ma ormai il tempo stringe e per questo il ministro della Salute, Francesco Storace, spinge sull'acceleratore affermando: "Da settembre partiremo con la riforma del Governo clinico per evitare che chi studia abbia bisogno anche di una tessera politica per curare la gente". Insomma, gli obiettivi che la maggioranza dichiara di voler raggiungere sono essenzialmente due. Il primo: "Coinvolgere e corresponsabilizzare maggiormente la parte sanitaria nella gestione delle scelte per quanto riguarda le Aziende sanitarie e ospedaliere". Il secondo: "togliere la politica dai concorsi in quanto nel corso

degli anni si è passati da una gestione baronale ad una gestione politica".

Ecco, dunque, pronta (l'ennesima) riforma che, nelle intenzioni degli estensori, intende modificare la norma sui concorsi per l'accesso ai posti di direzione nelle strutture sanitarie; che vuole creare un nuovo organo istituzionale (il collegio di direzione); che intende regolare, in maniera differente l'accesso ai primari e che da ultimo interviene anche sui limiti d'età, modificando la permanenza in servizio fino a settant'anni.

Le critiche dell'Anaa

L'Anaa esprime un giudizio complessivamente negativo del testo in esame

In maniera analitica le nostre osservazioni riguardano:

Articolo 1

La lettera b) di tale articolo non è condivisibile. La valutazione delle attività professionali della dirigenza medica prevista dal nuovo Ccnl, al termine dell'incarico e nei passaggi connessi alla corresponsione della indennità di esclusività, va esercitata a livello di Dipartimento di afferenza. Ciò vuol dire che il Collegio Tecnico, organismo valutatore di seconda istanza, deve essere presieduto dal Direttore di Dipartimento e non dal Direttore Sanitario ed i suoi componenti devono essere designati dal Comitato di Dipartimento, all'interno dell'Azienda.

Tra l'altro le competenze del Direttore Sanitario sono spesso limitate all'area di Igiene e Organizzazione con scarse correlazioni con la professionalità clinica che costituisce, invece, il fondamentale oggetto del processo di verifica.

Per quanto riguarda quanto previsto dalla Lettera c), nella Commissione della selezione pubblica per il conferimento dell'incarico di Direttore di struttura complessa andrebbe prevista la presenza di un Direttore di Dipartimento individuato dal Direttore Generale sulla base di una terna proposta dal Collegio di Direzione con le funzioni di Presidente e da 2 Direttori di Struttura Complessa della stessa disciplina o affine, sorteggiati nei ruoli regionali della dipendenza. E' assolutamente da rigettare l'idea di inserire in tali Commissioni, sia pure solo per le aziende integrate, un componente di estrazione universitaria. Ciò non solo per la mancanza di reciprocità che deriverebbe ai due stati giuridici, ma anche per evitare di consegnare ad una istituzione diversa dal Ssn il controllo sia dell'accesso alla Dirigenza, tramite la specializzazione, sia delle prospettive di carriera dei Medici ospedalieri.

La valutazione in maniera distinta dei crediti Ecm viene a costituire un requisito non coerente con la sperimentazione del processo Ecm prevista per il quinquennio 2001-2006 e con il mancato impegno delle Aziende sanitarie a coprire i costi derivanti dalla necessità di assicurare a TUTTI i dirigenti medici la possibilità di conseguire i crediti stabiliti per ogni anno. È appena il caso di notare che tale esperienza in passato non ha certo garantito la oggettività delle scelte.

Articolo 3

La lettera a) disarticola il sistema di attribuzione degli incarichi previsti dal Ccnl. Attribuire il potere di proposta al Direttore Sanitario, e non al Responsabile della Unità Organizzativa, significa non solo caricare la Direzione sanitaria di un compito gravoso e improprio da svolgere in assenza di necessari elementi di conoscenza delle competenze e dei processi professionali, ma anche contribuire a svuotare il ruolo dei Direttori e/o Responsabili di unità operativa.

La composizione del Collegio di Direzione di cui alla lettera b) desta notevoli perplessità. A parte l'imprecisione dei termini "primo" e "secondo livello" e la discutibile presenza del Direttore Amministrativo nonché l'assurdo di un Direttore Generale che presiede tale organi verso il quale dovrebbe motivare decisioni dissonanti, se l'intento è quello di determinare una composizione non interamente riconducibile alle scelte del Direttore Generale, è possibile intervenire con una quota elettiva da aggiungere ai componenti di diritto. Al fine di limitare il potere di nomina dei Direttori di Dipartimento da parte del Direttore Generale questa andrebbe fatta all'interno di una terna proposta

dal Comitato di Dipartimento o ancora secondo la formulazione di cui alla lettera c) del presente articolo.

Una composizione puramente elettiva rischia di attribuire ad un organo dell'Azienda una pura funzione di rappresentanza dei interessi dei dipendenti slegata da ruoli, funzioni e competenze.

Articolo 4

L'innalzamento dei limiti dell'età pensionabile previsto dall'articolo 3 ha certo il merito di prevedere una disciplina omogenea per il personale ospedaliero ed universitario. E' però una previsione "a domanda", vale a dire automatica e generalizzata dal mantenimento in servizio e nella funzione, fino al compimento del 70esimo anno di età che contribuisce all'invecchiamento del Ssn ed al suo ingessamento in una deriva gerontocratica che mortifica le energie, le competenze professionali e l'entusiasmo dei medici più giovani. Peraltro l'orientamento alle innovazioni e al cambiamento, così necessario al sistema sanitario in una fase difficile in cui viene messa in discussione anche la sua sostenibilità economica, tende a decrescere con l'incremento dell'età anagrafica. L'esame di idoneità disposto dal Collegio di direzione appare una inutile ipocrisia. Occorrerebbe prevedere almeno che la domanda possa essere accolta o respinta dal Direttore Generale con parere motivato e sentito il Collegio di direzione.

In conclusione l'ANAAO ASSOMED chiede di voler profondamente ripensare al testo in discussione che non appare in grado di valorizzare al meglio la componente professionale presente nelle Aziende sanitarie ed anzi, per gli aspetti legati alla intronazione del mondo universitario, appare anche lesivo della professionalità dei medici ospedalieri.

Testamento biologico: XII Commissione Senato approva Ddl

Il diritto di ciascuno di essere informato, il diritto di scegliere i trattamenti medici che lo riguardano e la possibilità di definire un mandato in previsione di incapacità di intendere e di volere. Questa la sostanza del provvedimento in materia di dichiarazioni anticipate di trattamento licenziato dalla Commissione igiene e sanità del Senato

Sul finire del 2003, per la precisione il 18 dicembre, il Comitato nazionale di Bioetica (Cnb) approvò un testo sulle dichiarazioni anticipate di trattamento, un tema la cui rilevanza era, ed è tutt'ora di grande rilevanza, oltre che in costante crescita. L'espressione originale da cui deriva il termine "testamento biologico" è l'inglese *living will*, tradotta in vario modo in italiano con differenti espressioni quali ad esempio: dichiarazioni anticipate di trattamento testamento di vita, direttive anticipate, volontà previe di trattamento e via dicendo.

Tutti questi termini comunque, secondo il documento del Cnb stanno a significare un principio "la volontà di un individuo, dotato di piena capacità, di esprimere la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato".

A circa due anni di distanza da quel documento-parere del Cnb la XII Commissione Igiene e Sanità di Palazzo

Madama ha approvato un Ddl sul testamento biologico che ora è pronto per essere esaminato dall'Aula del Senato e l'aupicio espresso da sentori membri della Commissione è che "il provvedimento possa diventare legge approvata almeno dal primo ramo del parlamento, prima della fine della legislatura".

In sostanza il Disegno di legge definisce i documenti attraverso i quali il paziente può disporre in merito ai trattamenti sanitari che lo riguardano, all'uso del proprio corpo, alle modalità di sepoltura, oltre alla definizione di un mandato (a terza persona) in previsione di sopraggiunta incapacità di intendere e di volere. Tra le pieghe del documento insomma viene detto un "no" convinto all'eutanasia, ma anche all'accanimento terapeutico e all'abbandono del malato. Un provvedimento che ha come obiettivo convinto quello dell'autodeterminazione delle cure così come garantito dalla Costituzione.

Non sono mancate le perplessità in merito all'approvazione di un testo il cui obiettivo è regolamentare un argomento delicato al punto che secondo alcuni è al limite, se non addirittura sinonimo di eutanasia. "Oggi l'eu-

tanasia - è stato osservato da alcuni esponenti della maggioranza contrari al Ddl - è vietata sia dalla Costituzione, sia dal codice penale, che la considera un omicidio, sia dal codice deontologico della professione medica, sia dal giuramento d'Ippocrate.

Insomma chi si oppone non vede la necessità di un intervento del legislatore. Niente, infatti è il ragionamento, impedirebbe ad un cittadino di mettere per iscritto la propria volontà di non essere sottoposto ad accanimento terapeutico, recandosi magari da un notaio a depositare il documento, uno scritto privato che ovviamente non vincola il medico, il quale, però, è vincolato dal codice deontologico della sua professione, che proibisce espressamente l'accanimento terapeutico. Dunque, un provvedimento che nella sostanza, secondo chi lo avversa, nulla aggiungerebbe e nulla toglierebbe alla situazione attuale.

Pronta la replica dei membri della dodicesima commissione di Palazzo Madama che definiscono "mistificazione fuorviante" il tentativo di assimilazione del testamento biologico con l'eutanasia.

CAMERA, COMMISSIONE AFFARI SOCIALI

Il Ddl sui contratti non piace ai giovani medici

Alla vigilia della pausa estiva è ripreso alla Camera in commissione Affari Sociali l'esame del Ddl recante "Disposizione per l'attivazione di contratti di formazione-lavoro per i medici specializzandi".

La Commissione ha approvato due emendamenti, il primo volto a far decorrere dall'anno accademico 2005-2006 il regime previdenziale previsto dalla norma ed il secondo a sopprimere la possibilità per gli specializzandi di consentire il passaggio ad una gestione previdenziale diversa dall'Inps (Enpam). Il testo unificato risultante dall'approvazione dei nuovi emendamenti è stato trasmesso alle Commissioni competenti in sede consultiva per l'espressione del parere favorevole.

Totale l'indignazione di Federspecializzandi che in una nota dichiara la "propria indisponibilità a discutere del contenuto del disegno di legge senza che vengano apportate sostanziali modifiche. Da oltre un anno - incalza la Federazione - maggioranza e Governo si palleggiano un provvedimento che Federspecializzandi ha sempre respinto, ritenendolo inadeguato e profondamente iniquo. Anche la recente discussione in Commissione, che ha cancellato la richiesta di trasferimento ad altra gestione previdenziale, dimostra che non c'è alcuna volontà di recepire le legittime richieste dei giovani medici. Governo e maggioranza - conclude la Federazione - si assumano in solitudine l'onere di un provvedimento totalmente respinto dalla categoria".

DOCUMENTO PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E FINANZIARIA

Corte dei conti: la spesa sanitaria è fuori controllo

“La valutazione del Governo sull'inefficiacia dei meccanismi di controllo della spesa concordati con le Regioni non può non destare preoccupazioni”. A lanciare l'allarme sulle reali possibilità di tenuta della spesa sanitaria pubblica è la Corte dei Conti nella sua relazione alle Camere in occasione dell'audizione sul Dpef 2006-2009. La magistratura contabile fa notare come, rispetto alle previsioni del vecchio Dpef, lo scostamento di spesa nel 2006 sarà di 4,2 mld e nel 2007 di 3,4 mld. Ma questa sarebbe solo un'ipotesi "prudenziale". Infatti, con il nuovo scenario delineato dal tendenziale la spesa potrebbe essere ben più elevata. Nel 2007 potrebbe superare i 7 mld, nel 2008 arrivare a 8,7 mld, per poi, nel 2009, sfondare quota 10 mld. Le ragioni per cui la spesa è fuori controllo sono essenzialmente due. Anzitutto perché, spiega la Corte, le misure di contenimento previste dalla Finanziaria 2005 hanno avuto un'efficacia minore rispetto alle ambizioni dichiarate, ha funzionato il contenimento della spesa farmaceutica pubblica ma meno, ad esempio, il contenimento dell'aumento dei costi del Ssn entro il tetto del 2%. Altro aspetto negativo - insiste la Corte - per la tenuta dei bilanci di Asl e ospedali, rispetto alle dotazioni finanziarie assegnate, è stato quello della "funzionalità dell'intera struttura di vincoli e controlli della spesa predisposta negli ultimi anni". In altri termini sono mancati i controlli e i vincoli sono stati aggirati.

I DATI DELL'AGENZIA PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI SULL'INTRAMOENIA

Assr: cresce l'intramoenia

I cittadini ricorrono sempre più spesso alle strutture del Ssn per ottenere prestazioni in intramoenia.

Nel 2003 le spese sostenute dagli italiani per accedere a questa tipologia di servizi sono salite del 12,84% rispetto al 2002 e del 27% rispetto al 2001. I medici dirigenti che hanno optato per l'esclusività di rapporto con il Ssn è salita a quota 94%

L'agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) ha dedicato, come ogni anno, un capitolo della rivista Monitor (n.13 anno 2005) ai risultati registrati dalla professione intramuraria in Italia. E l'aumento delle richieste di prestazioni in intramoenia sembrerebbe non sostenere l'ipotesi (recentemente espressa anche dal ministro della Salute, Francesco Storace) che la libera professione intramuraria sia un servizio che pone in una situazione di "disagio ed imbarazzo" il paziente. Dai dati relativi ai guadagni e ai costi sostenuti dalle strutture sanitarie per le attività di libera professione intramuraria emerge, inoltre, che non esiste una sconvenienza neanche in termini monetari, dal momento che, nel 2003 ad esempio, le strutture hanno ricavato da questa attività 893,829 milioni di euro (erano stati 792,126 milioni nel 2002).

Tale quota è stata per l'11,45% trattenuta dalle Asl e dalle Aziende ospedaliere per coprire i costi dei servizi intramurari, mentre il restante 85,55% ha formato la quota per i corrispettivi al personale che ha svolto le prestazioni, per un totale di 791,459 milioni di euro nel 2003 rispetto ai 700,407 milioni dell'anno precedente (in pratica il 13% in più).

I MEDICI SCELGONO L'INTRAMOENIA

La ricerca dell'Assr (che non tiene tuttavia conto dei dati relativi all'assistenza specialistica perché ancora non pervenuti dalle istituzioni locali) conferma inoltre che la possibilità della reversibilità del rapporto di lavoro, offerta ai medici del Ssn a partire dallo scorso novembre, non ha giocato a favore dell'extramoenia. Anzi, sono sempre più i medici dirigenti che scelgono la libera professione intramuraria, raggiungendo nel 2003 il 94% del totale (era circa il 90% nel 2001). Resta sostanzialmente invariata al 98%, invece, la percentuale degli altri dirigenti del ruolo sanitario in intramoenia.

LA SPESA A LIVELLO TERRITORIALE

In media ogni cittadino ha speso 15,59 euro per prestazioni in regime di intramoenia, anche se la somma si differenzia molto a livello territoriale: 21,25 euro al Nord, 18,94 euro al Centro e soli 6,72 euro al Sud. Passando dai dati pro-capite ai ricavi complessivi, si può calcolare che nelle aziende del Nord siano entrati 547.759.000 euro al Nord, 208.012.000 al Centro e 138.058.000 al Sud. La Lombardia si conferma la Regione che fattura di più (175,058 milioni di euro nel 2003 rispetto i 141,503 del 2002), così come il Molise resta la Regione a segnare i ricavi complessivi più bassi (1,807 euro nel 2003 e 1,520 l'anno precedente). È però in Basilicata che le aziende trattengono la quota maggiore delle entrate (39,89%).

Anche i corrispettivi ai medici hanno registrato sostanziali differenze da Regione a Regione: se al personale dell'Italia settentrionale viene garantito il 18,53% dell'introito, per i meridionali la percentuale si ferma al 6,18% (16,99 al Centro). Ma c'è anche un'anomalia: per il Molise e le Marche si registra un corrispettivo pagato al personale superiore ai versamenti effettuati dai cittadini. Questo, spiega l'Assr, "è verosimilmente attribuibile o ad errori di codifica dei ricavi nei bilanci o all'utilizzo da parte delle Aziende dell'intramoenia per far fronte alle liste d'attesa, con oneri completamente a carico delle aziende stesse".

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri effettuati in regime di libera professione intramuraria, questi sono stati nel 2003 oltre 49.800, pari allo 0,39% dei ricoveri complessivi. Se si considerano però i primi 30 Drg,

la percentuale sale al 59,69% dei ricoveri, pari a 29.760 dimissioni.

LE PRESTAZIONI

Le prestazioni intramurarie che più attraggono i cittadini sono quelle di ostetricia (25,68%), chirurgia generale (16,11%) e ortopedia e traumatologia (10,96). Agli ultimi posti, in base alle schede di dimissione ospedaliera, c'è il Day Hospital (0,17%), preceduto dal recupero e la riabilitazione funzionale (0,28%) e dall'oncologia (0,34%). Per i primi 30 Drg, infine, il trattamento maggiormente effettuato nelle strutture sanitarie in regime di libera professione è il parto cesareo (con 5.842 dimissioni), seguito dal parto naturale (2.904), dagli interventi sul cristallino (2.253), da quelli sull'utero per neoplasie maligne (1.745) e dagli interventi sul ginocchio (1.157) e le articolazioni (1.127).

Storace proroga l'intramoenia allargata

Il regime di intramoenia "va ripensato". Ne è convinto il ministro della Salute, Francesco Storace, secondo il quale la libera professione svolta all'interno delle strutture del Ssn è "un sistema che crea disagio al cittadino". Per questo Storace ha voluto inserire nel decreto sul prezzo dei farmaci, che è legge dalla seconda metà di luglio, la proroga, fino al 31 luglio 2006, per l'utilizzo degli studi professionali privati per l'attività libero professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Ssn.

Tabella 1 - Ricavi e costi per attività di libera professione intramoenia (dati in euro)

	2003	2002
Ricavi complessivi	893.829.000	792.126.000
Ricavi pro-capite	15,59	13,82
Corrispettivi al personale	791.459.000	700.407.000
Costi pro-capite	13,81	12,22

Tabella 2 - Dirigenza medica: voci retributive tutte o in parte conglobate nel nuovo tabellare unico fissato (annui/lordi/con 13esima)

Regioni	Ricavi complessivi (in o)	% dei ricavi destinati al personale	% ricavi per l'azienda
PIEMONTE	107.847.000	84,72	15,28
VALLE D'AOSTA	2.308.000	84,40	15,60
LOMBARDIA	175.058.000	91,41	8,59
PROV. AUTON. TRENTO	8.117.000	78,39	21,61
VENETO	101.732.000	84,47	15,53
FRIULI VENEZIA GIULIA	17.882.000	88,65	11,35
LIGURIA	34.775.000	90,67	9,33
EMILIA ROMAGNA	100.040.000	84,69	15,31
NORD	547.759.000	87,22	12,78
TOSCANA	90.507.000	86,69	13,31
UMBRIA	11.658.000	93,87	6,13
MARCHE	27.558.000	105,93	-5,93
LAZIO	78.289.000	86,87	13,13
CENTRO	208.012.000	89,71	10,29
ABRUZZO	14.627.000	94,18	5,82
MOLISE	1.807.000	149,64	-49,64
CAMPANIA	31.189.000	86,65	13,35
PUGLIA	39.746.000	96,91	3,09
BASILICATA	4.846.000	60,11	39,89
CALABRIA	5.713.000	98,41	1,59
SICILIA	29.428.000	98,71	1,29
SARDEGNA	10.702.000	70,16	29,84
SUD	138.058.000	92,07	7,93
ITALIA	893.829.000	88,55	11,45

Fonte: Conto Economico delle ASL e delle AO (ad eccezione dei Policlinici universitari, degli IRCCS e degli Ospedali Classificati)

PUBBLICATO IL RAPPORTO SDO 2003 SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO OSPEDALIERO

I "day" ricoveri si fanno strada

Cresce il ricorso ai ricoveri in Day Hospital e Day Surgery, grazie alla maggiore appropriatezza organizzativa che ha portato alla riduzione di 140 mila ricoveri ordinari e di 1 milione 867 mila giorni di degenza in meno in un solo anno

Nel 2003 sono stati effettuati circa 140.000 ricoveri in meno rispetto al 2002, con un decremento dell'1,1% in un anno a fronte della crescita dell'8,2% dei ricorsi ai Day Hospital e dell'1,5% dei ricorsi al Day Surgery. Sono alcuni dei risultati emersi dall'analisi delle Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) relativi all'anno 2003, e raccolti nel Rapporto annuale Sdo del ministero della Salute. Dalla maggiore complessità della casistica trattata si deduce che l'ospedale diventa sempre più il luogo di cura per acuti.

ATTIVITÀ COMPLESSIVA

Sono stati 12.818.905 i pazienti dimessi nel 2003 dagli ospedali, dove hanno trascorso un totale di 78.450.940 giorni di degenza. Un trend in flessione, con una diminuzione di circa 140.000 ricoveri e 1 milione 867 mila giorni di degenza rispetto al 2002.

Più in dettaglio, analizzando il tipo di attività dei ricoveri per acuti, si rileva che la riduzione del numero dei ricoveri ordinari (circa 435.000 casi in meno, pari a quasi il 5%) e di un netto aumento dei ricoveri in Day Hospital (circa 270.000 casi in più, pari all'8,2%).

La casistica trattata, inoltre, continua ad evidenziare una maggior complessità delle prestazioni, segno di una tendenza all'uso più appropriato dei ricoveri per pazienti acuti, per i quali si registra una degenza media di 6,7 giorni. La composizione delle attività evidenzia anche un incremento del ricorso al ricovero diurno, soprattutto in modalità Day Surgery, che in un anno è passata dal 10,6% al 12,1%, mentre all'attività ordinaria rimane 1/4 dei ricoveri complessivi con Drg chirurgico.

Tuttavia, bisogna precisare che alla riduzione del numero dei ricoveri ordinari nel settore pubblico, ha fatto eco un aumento di quasi 2.000 accessi nelle strutture private. L'aumento dei ricoveri per acuti in Day Hospital si evidenzia, invece, sia negli istituti pubblici (circa 205.000 ricoveri in più), sia in quelli privati (65.000).

LE DIFFERENZE REGIONALI E STRUTTURALI

La riduzione dei ricoveri in regime ordinario si evidenzia in tutto il territorio nazionale con una media del -5%, ma raggiunge in particolare punte del -9,5% nella Pubblica Amministrazione di Trento e dell'8% in Puglia, Molise, Basilicata e Calabria. Per quanto riguarda l'attività erogata in regime diurno, l'aumento ha interessato in particolare le Regioni del Sud d'Italia: Molise, Campania, Calabria, Sicilia. Nelle Aziende ospedaliere e negli ospedali a gestione diretta si effettua quasi il 74% dei ricoveri in regime ordinario ed il 75% dei ricoveri in Day Hospital. Policlinici universitari e Irccs effettuano per acuti, rispettivamente, il 2,8% ed il 4,1% dei ricoveri ordinari ed il 6,2% dei ricoveri diurni. Le case di cura private accreditate svolgono, infine, il 14,4% delle attività di ricovero ordinario e l'8,9% delle attività di Day

Hospital per acuti. L'osservazione delle differenze regionali mostra, inoltre, che il ricorso alle strutture private, accreditate e non, per i ricoveri ordinari avviene più spesso nell'area centro meridionale, con valori massimi in Campania (26,3%), Calabria (24,5%) e Abruzzo (20,8%). Per quanto riguarda il ricovero diurno, la presenza più accentuata del settore privato si verifica, invece, in Emilia Romagna (14,5%), seguita dalla Lombardia (14,4%) e dalla Campania (13,1%).

I DIMESSI PER DRG

Relativamente alla tipologia di attività erogata si osserva che circa il 64% dei ricoveri ordinari (5,4 su 8,4 milioni)

e quasi il 59% dei ricoveri diurni (2,1 su 3,6 milioni) sono attribuiti a Drg medici o non classificabili. I Day Hospital medici sono passati dal 21 al 28% e il Day Surgery si è addirittura più che raddoppiato, passando dal 14,6% al 32,4%. Significativo è anche l'incremento evidenziato negli anni dalla "one day surgery", ossia il pernotamento a seguito di intervento chirurgico, che si conferma nel 2003 nel 10,2% dei casi. Infine, i 60 Drg medici e chirurgici con maggiore numerosità delle dimissioni raggiungono una frequenza cumulativa sul totale dei casi pari al 51,5% in termini di dimissioni ed al 45,7% in termini di giornate di degenza.

segue a pag. 15

Graduatoria dei primi 10 DRG - anni 2001-2003

DRG	2001	2002	2003
1) 373 Parto vaginale senza diagnosi complicanti	322.962	321.698	324.975
2) 127 Insufficienza cardiaca e shock	177.279	186.291	190.340
3) 371 Parto cesareo senza complicazioni	160.440	173.085	182.541
4) 183 Esofagite, gastroenterite e misc. mal.app. dig. età >17 anni senza CC	176.610	156.906	134.501
5) 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	129.938	130.570	125.081
6) 014 Mal. cerebrovascolari specifiche eccetto attacco ischemico transitorio	118.730	122.785	123.310
7) 039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	229.316	174.448	116.574
8) 359 Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, senza CC	116.911	119.158	116.554
9) 088 Malattia polmonare cronica ostruttiva	112.739	111.453	113.959
10) 209 Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori		106.170	113.775

Dimessi per regime di ricovero e tipo DRG, anni 2002-2003

	2002		2003	
	Dimessi	%	Dimessi	%
Regime ordinario				
• DRG medico o n.c.	5.685.756	46,7	5.416.428	45,2
• DRG chirurgico	3.193.022	26,2	3.027.043	25,3
Day Hospital				
• DRG medico o n.c.	2.016.134	16,5	2.089.435	17,4
• DRG chirurgico	1.286.823	10,6	1.448.306	12,1
Totale	12.181.735	100	11.981.212	100

Dimessi per tipo DRG e durata della degenza, anni 1998-2003

Anni	dimessi con DRG medico o n.c.			dimessi con DRG chirurgico			rapporto casi con DRG medico o n.c. su casi con DRG chirurgico
	% d.h.	% ordinario di 1 giorno	% ordinario > 1 giorno	% d.h.	% ordinario di 1 giorno	% ordinario > 1 giorno	
1998	21,1	11,1	67,8	14,6	8,6	76,9	2,30
1999	21,8	10,7	67,5	17,3	9,9	72,8	2,10
2000	23,1	10,3	66,6	20,7	10,2	69,1	1,96
2001	25,3	9,9	64,8	24,2	10,1	65,7	1,84
2002	26,2	9,7	64,1	28,7	10,2	61,1	1,72
2003	27,8	9,3	62,9	32,4	10,2	57,5	1,68

Dimessi e giornate di degenza per tipologia di attività, anni 2001-2003

Tipologia di attività	2001		2002		2003 (*)		Δ% 2003-2002	
	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate	Dimessi	Giornate
Acuti - Regime ordinario	9.158.928	62.275.391	8.878.595	59.449.206	8.443.471	56.594.442	-4,9	-4,8
Acuti - Day Hospital	3.042.564	8.370.923	3.302.961	9.004.920	3.573.384	9.633.887	8,19	6,98
Riabilitazione - Regime ordinario	246.896	6.177.128	252.309	6.619.688	260.914	6.882.002	3,41	3,96
Riabilitazione - Day Hospital	55.030	549.349	51.573	594.680	53.598	642.332	3,93	8,01
Lungodegenza	80.422	2.752.131	88.103	2.821.328	94.273	2.867.366	7	1,63
Neonati sani	354.382	1.258.257	369.760	1.285.532	378.248	1.287.674	2,3	0,17
Totale	12.938.222	81.383.179	12.943.301	79.775.354	12.803.888	77.907.703	-1,08	-2,34

(*) sono escluse 15.017 schede, pari a 543.237 giornate di degenza, con regime di ricovero errato, tipo attività, tipo istituto non determinabile e durata della degenza errata.

ANNUARIO STATISTICO DEL SSN

La fotografia della sanità italiana

L'assistenza ospedaliera cambia volto: diminuiscono i posti letto mentre si rivolge sempre più l'attenzione ai servizi di emergenza e all'introduzione, e diffusione su tutto il territorio nazionale, di apparecchiature sempre più sofisticate. È quanto emerge dal rapporto del Servizio sanitario nazionale sulle attività delle Asl e delle Ao nel 2003

di Lucia Conti

L'Annuario statistico 2003, recentemente pubblicato dal ministero della Salute, è il rapporto nel quale il dicastero illustra le attività delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere, fornendo una descrizione, a livello regionale, delle risorse strutturali di cui si avvale il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione di ogni prestazione sanitaria.

La pubblicazione, riferita all'anno 2003, si articola in tre sezioni: l'assistenza sanitaria distrettuale delle Asl, le strutture di ricovero pubbliche e private accreditate, il personale operante nel Ssn.

Dai dati rilevati emerge che la sanità italiana guarda sempre più al territorio.

Diminuiscono infatti le strutture e i posti letto per il ricovero (9 ospedali in meno nel 2003 rispetto al 2002, con un taglio di circa 7 mila posti letto), mentre aumentano gli ambulatori e laboratori sul territorio (2,2% in più rispetto al 2002) e i servizi di Assistenza domiciliare integrata (10,5% in più).

Anche se all'attivazione dei servizi sul territorio non ovunque corrisponde, ancora, un reale aumento delle prestazioni.

L'ospedale, invece, diventa sempre più il luogo di cura dei pazienti acuti e per prestazioni di eccellenza, come dimostra l'incremento dei reparti di Pronto soccorso e Rianimazione, e la diffusione di apparecchiature tecnico-biomediche sempre più sofisticate.

POSTI LETTO E RISORSE STRUMENTALI

L'assistenza ospedaliera si è avvalsa, nel 2003, di 1.281 istituti di cura, di cui il 58% pubblici ed il rimanente 42% privati accreditati. Il 72% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Asl, il 13% da Aziende Ospedaliere ed il restante 15% da altre tipologie di ospedali pubblici.

Il Servizio sanitario nazionale dispone di circa 247 mila posti letto per degenza ordinaria, di cui il 20% nelle strutture private accreditate, e 28.048 posti per Day Hospital, quasi totalmente pubblici.

In sintesi, a livello nazionale risultano disponibili 4,8 posti letto ogni 1.000 abitanti, e in particolare 4,3 ogni 1.000 abitanti sono i posti letto dedicati all'attività per acuti.

La distribuzione risulta comunque disomogenea a livello territoriale: il Lazio è tra le Regioni con la maggiore densità di posti letto (5,9 per 1.000 abitanti), mentre la Campania (3,7) e la Basilicata (4,4) sono tra le Regioni con la minor disponibilità di posti letto.

Al contrario, appare lontano il raggiungimento, a livello nazionale, del parametro di riferimento di 1 letto ogni 1.000 abitanti destinato alla riabilitazione e lungodegenza. Questo indicatore, infatti, nel 2003 è stato di 0,6 con notevole variabilità regionale: il Lazio e la Provincia Autonoma di Trento presentano le uniche realtà territoria-

li il cui parametro di riferimento è superato, mentre la Valle d'Aosta registra la carenza più accentuata.

La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche nelle strutture ospedaliere, ma anche extraospedaliere, risulta in aumento nel settore pubblico, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. Esistono 24 Tac ogni milione di abitanti, con valori superiori a 25 in diverse Regioni (Calabria, Campania, Molise, Lazio).

I SERVIZI DI EMERGENZA

Cresce l'attenzione dell'assistenza ospedaliera nei confronti dell'area dell'emergenza: oggi circa il 43% degli ospedali pubblici risulta dotato di un dipartimento di emergenza e circa la metà del totale degli istituti di un centro di Rianimazione. Il Pronto soccorso è presente nel 82,3% circa degli ospedali. Dai dati di attività delle strutture con Pronto soccorso si evidenzia che nel 2003 ci sono stati circa 4 accessi ogni 10 abitanti; di questi il 19,2% è stato in seguito ricoverato (valore che, tuttavia, è superiore al 30% nelle regioni Molise, Puglia e Basilicata). I reparti direttamente collegati all'area dell'emergenza dispongono per il complesso degli istituti pubblici e privati accreditati di 3.916 posti letto di terapia intensiva (6,8 per 100.000 abitanti), 1.091 posti letto di terapia intensiva neonatale (2 per 1.000 nati vivi), e 2.605 posti letto per unità coronarica (4,5 per 100.000 abitanti).

Posti letto delle strutture pubbliche e posti letto accreditati utilizzati per l'attività di ricovero distinti per tipo struttura Anno 2003

Regioni	Posti letto pubblici							Posti letto accreditati	
	Ao	Ospedali a gestione diretta	Policlinici universitari	Ircs	Ospedali classificati o assimilati	Istituti presidi delle Usl	Enti di ricerca		Totale
Piemonte	4.434	7.281	-	659	826	590	-	13.790	3.690
Valle D'osta	-	425	-	-	-	-	-	425	-
Lombardia	23.341	337	-	4.982	1.287	185	-	30.132	8.357
P. A. Bolzano	-	1.937	-	-	-	-	-	1.937	304
P. A. Trento	-	1.612	-	-	199	-	-	1.811	-
Veneto	3.245	12.726	-	22	1.184	743	-	17.920	1.065
Friuli v. G.	2.348	1.763	280	109	-	-	-	4.500	616
Liguria	2.322	2.563	-	534	-	-	-	5.419	102
Emilia Romagna	4.988	8.900	-	331	-	47	-	14.266	4.392
Toscana	3.781	7.441	-	139	-	-	117	11.478	1.941
Umbria	1.314	1.255	-	-	-	-	-	2.569	219
Marche	1.184	3.532	-	106	-	-	-	4.822	776
Lazio	3.311	7.152	3.102	1.740	1.926	362	-	17.593	8.380
Abruzzo	-	7.865	-	-	-	-	-	7.865	954
Molise	-	1.240	-	195	-	-	-	1.435	183
Campania	3.804	5.885	628	347	600	-	-	11.264	5.788
Puglia	2.118	9.214	-	1.430	840	-	-	13.602	1.825
Basilicata	796	1.057	-	-	-	-	-	1.853	60
Calabria	1.561	5.262	-	68	-	-	-	6.891	3.167
Sicilia	6.835	4.971	1.793	314	275	54	-	14.242	4.377
Sardegna	535	4.990	140	38	-	-	-	5.703	1.509
Italia	65.917	97.408	5.943	11.014	7.137	1.981	117	189.517	47.705

Posti letto effettivamente utilizzati per disciplina - Anno 2003

Disciplina	Posti Letto Pubblici		Posti Letto Accreditati		Totale	
	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Degenza Ordinaria	Day Hospital	Degenza Ordinaria	Day Hospital
01 Allergologia	45	49	-	-	45	49
02 Day hospital	7	589	-	307	7	896
05 Angiologia	108	93	122	7	230	100
06 Cardiochirurgia pediatrica	117	17	-	-	117	17
07 Cardiochirurgia	1.362	29	620	2	1.982	31
08 Cardiologia	6.565	659	1.631	404	8.196	1.063
09 Chirurgia generale	25.794	2.634	6.096	578	31.890	3.212
10 Chirurgia maxillo facciale	484	82	94	10	578	92
11 Chirurgia pediatrica	822	132	-	-	822	132
12 Chirurgia plastica	914	176	124	11	1.038	187
13 Chirurgia toracica	912	55	69	2	981	57
14 Chirurgia vascolare	1.742	222	400	41	2.142	263
15 Medicina sportiva	10	8	-	-	10	8
18 Ematologia	1.395	749	-	-	1.395	749
19 Malattie endocrine, ricambio e nutriz.	871	515	80	1	951	516
20 Immunologia	25	39	-	-	25	39
21 Geriatria	5.436	458	753	26	6.189	484
22 Residuale manicomiale	-	-	21	-	21	-
24 Malattie infettive e tropicali	3.495	713	1	-	3.496	713
25 Medicina del lavoro	185	43	-	-	185	43
26 Medicina generale	35.537	2.815	6.492	290	42.029	3.105
28 Unità spinale	402	24	5	-	407	24
29 Nefrologia	1.915	326	154	2	2.069	328
30 Neurochirurgia	2.502	126	239	8	2.741	134
32 Neurologia	5.493	587	1.767	36	7.260	623
33 Neuropsichiatria infantile	539	251	10	-	549	251
34 Oculistica	2.638	1.693	1.247	392	3.885	2.085
35 Odontoiatria e stomatologia	263	158	1	2	264	160
36 Ortopedia e traumatologia	16.231	1.606	4.060	604	20.291	2.210
37 Ostetricia e ginecologia	14.828	1.868	2.525	445	17.353	2.313
38 Otorinolaringoiatria	4.380	687	786	93	5.166	780
39 Pediatria	6.495	1.306	75	4	6.570	1.310
40 Psichiatria	4.099	520	3.062	21	7.161	541
42 Tossicologia	25	5	-	-	25	5
43 Urologia	5.660	894	1.247	135	6.907	1.029
46 Grandi ustioni pediatriche	4	-	-	-	4	-
47 Grandi ustioni	176	-	-	-	176	-
48 Nefrologia (abilitaz. Al trapianto rene)	496	46	-	-	496	46
49 Terapia intensiva	3.634	297	282	4	3.916	301
50 Unità coronarica	2.498	53	107	3	2.605	56
51 Astanteria	1.496	28	21	-	1.517	28
52 Dermatologia	1.276	596	63	27	1.339	623
54 Emodialisi	95	228	-	-	95	228
55 Farmacologia clinica	-	4	-	-	-	4
56 Recupero e riabilitazione funzionale	8.996	1.057	9.116	494	18.112	1.551
57 Fisiopatologia della riproduzione umana	38	19	-	-	38	19
58 Gastroenterologia	1.526	305	68	6	1.594	311
60 Lungodegenti	5.190	71	4.705	53	9.895	124
61 Medicina nucleare	90	15	-	-	90	15
62 Neonatologia	2.020	79	21	-	2.041	79
64 Oncologia	2.232	2.458	751	61	2.983	2.519
65 Oncoematologia pediatrica	144	79	-	-	144	79
66 Oncoematologia	91	30	-	-	91	30
67 Pensionanti	574	29	-	-	574	29
68 Pneumologia	4.498	573	324	95	4.822	668
69 Radiologia	-	7	-	-	-	7
70 Radioterapia	463	152	40	-	503	152
71 Reumatologia	313	97	134	6	447	103
73 Terapia intensiva neonatale	1.085	29	6	-	1.091	29
74 Radioterapia oncologica	106	13	7	-	113	13
75 Neuro-riabilitazione	914	125	379	4	1.293	129
76 Neurochirurgia pediatrica	45	3	-	-	45	3
77 Nefrologia pediatrica	61	28	-	-	61	28
78 Urologia pediatrica	55	10	-	-	55	10
97 Detenuti	105	9	-	-	105	9
Totale	189.517	26.568	47.705	4.174	237.222	30.742

Apparecchiature tecnico-biomediche di diagnosi e cura presenti nelle strutture di ricovero pubbliche - Anno 2003

Regione	AIC	ALI	AME	ANS	CIP	ECT	EMD	GCC	GCD	GRD	LSC	MON	PRD	TAC	TOP	TRM	TTE	VPO
Piemonte	332	17	221	639	-	617	949	31	106	378	868	2.278	205	75	482	26	143	743
Valle D'aosta	26	-	10	13	-	23	26	2	2	8	48	110	6	1	13	3	2	29
Lombardia	658	42	410	1.047	2	1.530	1.713	74	223	856	2.823	5.090	414	141	1.057	49	291	1.829
P. A. Bolzano	4	-	19	106	-	121	89	4	13	38	449	444	28	6	62	4	12	175
P. A. Trento	37	4	31	71	-	63	165	1	14	37	310	338	15	4	97	3	14	305
Veneto	289	23	217	648	-	765	774	33	118	418	1.630	2.731	213	72	856	33	114	1.532
Friuli v. G.	91	8	61	145	-	189	276	8	40	83	419	692	57	21	219	8	39	369
Liguria	86	6	80	208	1	191	254	14	50	173	342	898	86	24	217	13	46	278
Emilia Romagna	396	13	201	656	1	782	788	26	228	442	1.449	2.380	184	60	693	18	133	1.445
Toscana	361	16	168	479	4	686	780	51	76	235	1.052	2.042	134	60	531	24	117	827
Umbria	83	5	41	139	-	185	279	3	24	104	277	367	35	16	140	6	37	188
Marche	183	6	78	212	-	270	446	17	60	154	420	783	64	22	199	18	60	293
Lazio	350	24	203	633	1	682	917	42	166	409	1.046	2.611	244	97	564	42	154	1.064
Abruzzo	110	6	104	115	-	136	269	8	43	114	197	512	60	20	136	8	39	154
Molise	40	-	39	39	1	53	93	6	16	35	78	160	17	7	46	3	26	49
Campania	241	21	210	505	7	455	361	73	120	308	524	1.673	191	58	440	13	165	644
Puglia	248	17	242	377	3	489	920	31	173	327	578	1.476	138	52	355	23	127	643
Basilicata	28	-	28	64	-	63	139	3	19	20	129	284	25	8	70	1	30	76
Calabria	106	6	81	138	1	203	379	9	58	133	262	520	50	30	145	6	66	201
Sicilia	229	7	212	636	10	524	477	28	170	339	861	1.962	223	64	557	15	166	697
Sardegna	97	2	96	147	3	233	288	23	49	160	254	813	71	25	161	14	66	266
Italia	3.995	223	2.752	7.017	34	8.260	10.382	487	1.768	4.771	14.016	28.164	2.460	863	7.040	330	1.847	11.807

AIC: Analizzatore automatico per immunochimica

ALI: Acceleratore lineare **AME:** Analizzatore multiparametrico selettivo

ANS: Apparecchio per anestesia **CIP:** Camera iperbarica

ECT: Ecotomografo **EMD:** Apparecchio per emodialisi

GCC: Gamma camera computerizzata **GCD:** Contaglobuli automatico differenziale **GRD:** Gruppo radiologico

LSC: Lampada scialitica **MON:** Monitor

PRD: Apparecchio portatile per radioscopia

TAC: Tomografo assiale computerizzato

TOP: Tavolo operatorio **TRM:** Tomografo a risonanza magnetica

TTE: Tavolo radiocomandato per apparecchio radiologico

VPO: Ventilatore polmonare

I DATI DEL RAPPORTO ANNUALE HEALTH DATA DELL'OCSE

Italia: tanti medici, pochi finanziamenti

Il nostro Paese resta tra le nazioni con la più elevata aspettativa di vita, anche se non è così alta la quota di popolazione che dichiara di avere uno stato di salute buono. Gli italiani possono comunque contare sull'assistenza di un gran numero di medici, nonostante l'aumento del numero di anziani richiederebbe probabilmente che a crescere fosse la quota di personale infermieristico da impiegare nell'Assistenza domiciliare integrata. Ma soprattutto, la sanità italiana ha bisogno di maggiori finanziamenti

di Lucia Conti

Diminuisce in tutta Europa la percentuale di spesa pubblica sul totale della spesa complessiva, passando, in Italia, dal 76,3% del 1993 al 75,1% del 2003. Un trend verificatosi nonostante negli ultimi anni si sia registrato ovunque un aumento della quota del Prodotto interno lordo che le nazioni dell'Ue riservano alla sanità. Tuttavia, per quanto riguarda la realtà italiana bisogna osservare che la crescita della percentuale del Pil sulla spesa sanitaria è stata molto più lenta che negli altri Paesi Ue, passando dall'8% del 1993 al 8,4 del 2002 e rimanendo così invariata nel 2003. Una situazione anomala rispetto agli altri Paesi europei, dove, seppure lentamente, la quota di Pil destinata alla sanità ha continuato a crescere di anno in anno.

A descrivere il quadro dei sistemi sanitari internazionali è il Rapporto Health Data 2005 dell'Organizzazione per lo sviluppo e la cooperazione economica (Ocse), di cui riportiamo una sintesi attraverso l'illustrazione dei dati riferiti alla situazione europea.

Dal confronto delle tabelle emerge, in particolare, che mentre la nostra nazione si posiziona ai primi posti per quanto riguarda il numero di operatori sanitari (ma anche per aspettativa di vita e anzianità della popolazione); l'Italia finisce per cadere a metà classifica per quel che concerne i finanziamenti erogati al sistema sanitario, per salire di nuovo qualche scalino del podio quando si parla di spesa sanitaria privata a pagamento a ca-

rico dei cittadini.

E se in Italia si vive più a lungo, piuttosto scarsa si presenta la percezione dello stato di salute nella popolazione: soltanto il 59,6% degli italiani si dichiara in buono stato di salute, contro l'86% dell'Irlanda, al primo posto, seguita dalla Norvegia 79,9 e dalla Danimarca 77,9%. Agli ultimi posti, tra i Paesi europei di cui sono pervenuti i dati, si posiziona la Slovacchia (con il 35,2% di popolazione che si dichiara in buono stato di salute) e il Portogallo (35,2%).

IL PERSONALE MEDICO

L'Italia si colloca al secondo posto in Europa per numero di medici in attività (237 mila) e per donne medico (94 mila). Davanti al nostro Paese c'è solo la Germania, con 103.158 camici rosa su un totale 227.885 medici). L'Italia raggiunge invece il punto più alto della classifica per quanto riguarda il rapporto tra numero di medici e popolazione: in pratica esistono quattro medici ogni mille italiani. Situazione completamente opposta sul fronte degli infermieri, dove ci piazziamo agli ultimi posti con solo 5,4 infermieri ogni mille abitanti. In pratica, ad ogni infermiere quasi corrisponde un medico e questo rappresenta un'anomalia se considerata in relazione ai numerosi studi in cui si afferma che il rapporto ottimale tra medico e infermieri è di 1 a 3. Al contrario, Svezia e Norvegia si posizionano su una cifra di

3 medici e 10 infermieri ogni mille abitanti, mentre in l'Irlanda si registra il rapporto più basso, pari a 2,6 medici e 14,8 infermieri ogni mille abitanti.

I CONTI DELLA SANITÀ

È cresciuta solo dello 0,4% in dieci anni la quota di Pil che l'Italia destina alla sanità, dall'8% del 1993 all'8,4% del 2003. Un aumento molto più contenuto di quanto si sia verificato in tante altre nazioni europee, come la Norvegia (passata dall'8% del 1993 al 10,3% attuale) o il Portogallo (dal 7,3% al 9,6%). Il nostro Paese si pone così a metà della classifica, dove agli ultimi posti compare la Polonia (che per il 2002 registra il 6%) e la Slovacchia (che nel 2003 ha investito solo il 5,9% del suo prodotto interno lordo). Al primo posto, invece, la Germania (11,1% del Pil), seguita da Norvegia (10,3%) e Francia (10,1%).

Per quanto concerne la spesa sanitaria, l'Italia si conferma a metà della classifica europea con un totale di 109.649 milioni di euro, il 75,1% della quale di componente pubblica. È invece di 27.267 milioni la componente privata della spesa, inferiore solo a Svezia, Germania, Francia e Ungheria. L'Italia è anche ai primi posti per quanto riguarda i pagamenti a carico dei cittadini, che rappresentano il 20,7 della spesa complessiva in una classifica che va dal 46,5 della Grecia al 7,8 dell'Olanda.

Medici ed infermieri per 1000 abitanti

Anno 2003		
	Medici	Infermieri
Grecia	4,4	3,9
Italia	4,1	5,4
Belgio	3,9	5,8
Rep. Ceca	3,5	9,4
Germania	3,4	9,7
Austria	3,4	9,4
Francia	3,4	7,3
Svezia	3,3	10,2
Portogallo	3,3	4,2
Ungheria	3,2	8,6
Spagna	3,2	7,5
Olanda	3,1	12,8
Norvegia	3,1	10,4
Slovacchia	3,1	6,5
Danimarca	2,9	10,3
Lussemburgo	2,7	10,6
Irlanda	2,6	14,8
Finlandia	2,6	9,3
Polonia	2,5	4,9
Regno Unito	2,2	9,7

Confronto tra il totale dei medici in attività e medici donne

Anno 2003		
	Medici	di cui donne
Germania	277.885	103.158
Italia	237.000	94.000
Francia	201.400	74.854
Spagna	135.300	60.100
Regno Unito	130.312	48.448
Polonia	95.272	47.578
Olanda	50.854	18.699
Grecia	47.944	16.600
	(anno 2001)	(anno 2001)
Belgio	40.763	n/a
	(anno 2002)	
Rep. Ceca	35.960	18.621
Portogallo	34.440	15.952
Ungheria	32.877	16.601
Svezia	29.122	11.842
	(anno 2002)	
Austria	27.413	9.679
Slovacchia	16.447	9.404
Danimarca	15.653	6.483
	(anno 2002)	(anno 2002)
Norvegia	14.117	4.889
Finlandia	13.800	7.345
Irlanda	10.270	3.781
Lussemburgo	11.99	316

Anni di aspettativa di vita alla nascita

Anno 2003	
Spagna	80,5
Svezia	80,2
Italia	79,9
Norvegia	79,5
Francia	79,4
Austria	78,6
Olanda	78,6
Regno Unito	78,5
Finlandia	78,5
Germania	78,4
Lussemburgo	78,2
	(anno 2002)
Belgio	78,1
	(anno 2002)
Grecia	78,1
Irlanda	77,8
	(anno 2002)
Portogallo	77,3
Danimarca	77,2
Rep. Ceca	75,3
Polonia	74,7
Slovacchia	73,9
	(anno 2002)
Ungheria	72,4

Percentuale di popolazione di età pari o superiore ai 65 anni

Anno 2003

Italia	19.1
Germania	17.7
Grecia (anno 2002)	17.4
Svezia	17.2
Belgio	17.1
Spagna	16.9
Portogallo	16.7
Francia	16.3
Regno Unito	16.0
Finlandia	15.6
Austria	15.5
Ungheria	15.4
Danimarca	14.9
Norvegia	14.8
Lussemburgo	14.0
Rep. Ceca	13.9
Olanda	13.8
Polonia	12.9
Irlanda	11.1
Slovacchia	11.5

Popolazione di età pari o superiore ai 65 anni (Migliaia di persone)

Anno 2003

Germania	14.649
Italia	11.012
Francia	9.767
Regno Unito	9.510
Spagna	7.059
Polonia	4.919
Olanda	2.236
Grecia (anno 2002)	1.908
Belgio	1.771
Portogallo	1.748
Ungheria	1.563
Svezia	1.538
Rep. Ceca	1.421
Austria	1.259
Finlandia	813
Danimarca	801
Norvegia	674
Slovacchia	618
Irlanda	445
Lussemburgo	63

Percentuale della popolazione in buona salute

Anno 2003

Irlanda (anno 2002)	86.0
Norvegia (anno 2002)	79.9
Danimarca (anno 2000)	77.9
Olanda	77.4
Belgio (anno 2002)	77.2
Regno Unito	74.5
Svezia	74.5
Germania (anno 2002)	72.9
Spagna	68.3
Finlandia	66.5
Rep. Ceca (anno 2002)	62.2
Italia (anno 2002)	59.6
Polonia (anno 2001)	46.8
Ungheria	45.0
Slovacchia (anno 2002)	35.2
Portogallo (anno 1999)	31.3
Austria	n/a
Francia	n/a
Grecia	n/a
Lussemburgo	n/a

Dimissioni ospedaliere

Anno 2003

Germania (anno 2002)	16.632.586
Francia (anno 2002)	14.937.700
Regno Unito	14.089.939
Italia	8.095.209*
Polonia (anno 1999)	5.079.152
Spagna (anno 2002)	4.487.816
Ungheria	2.607.852
Austria (anno 2002)	2.441.580
Rep. Ceca	2.323.068

Grecia (anno 2000)	1.757.139
Belgio (anno 2002)	1.652.577
Olanda	1.574.903
Svezia	1.428.822
Finlandia (anno 2002)	1.303.950
Danimarca	1.064.129
Slovacchia	1.010.805
Portogallo	816.306
Norvegia	780.226
Irlanda	495.652
Lussemburgo	78.819

(* il dato si discosta da quanto emerso nel Rapporto Sdo del ministero della Salute, secondo il quale le dimissioni in Italia sarebbero oltre 12 milioni)

Spesa sanitaria complessiva (Milioni di euro)**

Anno 2003

Ungheria (anno 2002)	5.281
Germania	235.324
Svezia (anno 2002)	22.941
Rep. Ceca	6.355
Norvegia	20.382
Francia	157.834
Danimarca	16.827
Italia	109.649
Regno Unito (anno 2002)	116.916
Slovacchia	1.819
Spagna	57.201
Polonia (anno 2002)	11.449
Olanda	44.589
Belgio	25.822
Austria (anno 2002)	16.806
Finlandia	10.671
Grecia	15.169
Portogallo	12.526
Irlanda (anno 2002)	9.399
Lussemburgo (anno 2002)	1.395

Spesa sanitaria complessiva pro-capite (Dati in euro)**

Anno 2003

Norvegia	3.175
Lussemburgo	2.661
Germania	2.499
Olanda	2.482
Francia	2.421
Belgio	2.358
Danimarca	2.304
Svezia (anno 2002)	2.164
Irlanda (anno 2002)	1.990
Italia	1.903
Austria (anno 2002)	1.902
Regno Unito (anno 2002)	1.861
Grecia	1.677
Spagna	1.530
Portogallo	1.499
Finlandia	1.766
Rep. Ceca	1.082
Ungheria (anno 2002)	930
Slovacchia	648
Polonia (anno 2002)	564

Spesa sanitaria pubblica totale (% sulla spesa complessiva)

	2003	1993	1990
Austria	69.9	74.2	73.5
(anno 2002)			
Belgio	n/a	n/a	n/a
Danimarca	83.0	82.7	82.7
Finlandia	76.5	76.1 b	80.9
Francia	76.3	76.5	76.6
Germania	78.2	80.2	76.2
Grecia	51.3	54.5	53.7
Irlanda	75.2	73.3	71.9
(anno 2002)			
Italia	75.1	76.3	79.1
Lussemburgo	85.4	92.9	93.1
(anno 2002)			
Norvegia	83.7	84.6	82.8
Olanda	62.4	73.6	67.1
Polonia	72.4	73.8	91.7
(anno 2002)			

Portogallo	69.7	63.0	65.5
Regno Unito	83.4	85.1	83.6
(anno 2002)			
Rep. Ceca	90.1	94.8	97.4
Slovacchia	88.3	n/a	n/a
Spagna	71.2	76.6	78.7
Svezia	57.9	87.4	89.9
(anno 2002)			
Ungheria	70,2	87.4	n/a
(anno 2002)			

Spesa sanitaria privata (Milioni di euro)**

Anno 2003

Ungheria (anno 2002)	1.573
Germania	51.257
Francia	37.447
Svezia (anno 2002)	3.363
Italia	27.267
Norvegia	3.315
Danimarca	2.867
Rep. Ceca	627
Olanda	16.774
Spagna	16.499
Regno Unito (anno 2002)	19.460
Polonia (anno 2002)	3.158
Slovacchia	212
Grecia	7.387
Austria (anno 2002)	5.066
Portogallo	3.790
Finlandia	2.503
Irlanda (anno 2002)	2.334
Lussemburgo (anno 2002)	203
Belgio	n/a

Spesa totale in prevenzione e salute pubblica (Milioni di euro)**

Anno 2003

Ungheria (anno 2002)	253
Germania	11.096
Rep. Ceca	177
Francia	3.879
Norvegia	397
Olanda	2.316
Slovacchia	29
Regno Unito (anno 1999)	1.659
Spagna	715
Italia	674
Finlandia	396
Austria (anno 2002)	275
Lussemburgo (anno 2002)	18
Belgio	n/a
Danimarca	n/a
Grecia	n/a
Irlanda	n/a
Polonia	n/a
Portogallo	n/a
Svezia	n/a

Spesa sanitaria sul Pil

	2003	2002	1993
Germania	11.1	10.9	9.9
Norvegia	10.3	9.9	8.0
Francia	10.1	9.7	9.4
Grecia	9.9	9.8	8.8
Olanda	9.8	9.3	8.6
Belgio	9.6	9.1	8.1
Portogallo	9.6	9.3	7.3
Svezia	n.a.	9.2	8.6
Danimarca	9.0	8.8	8.8
Italia	8.4	8.4	8.0
Ungheria	n.a.	7.8	7.7
Regno Unito	n.a.	7.7	6.9
Spagna	7.7	7.6	7.5
Austria	n.a.	7.6	7.8
Repubblica Ceca	7.5	7.2	6.7
Finlandia	7.4	7.2	8.3
Irlanda	n.a.	7.3	7.0
Lussemburgo	n.a.	6.1	6.2
Polonia	n.a.	6.0	5.9
Slovacchia	5.9	5.7	n/a

** elaborazione su dati Ocse, cambio valuta 27/07/2005

CAMBIO DELLA GUARDIA ALLA PRESIDENZA DI FARMINDUSTRIA

Sergio Dompé: "Più sostegno alla ricerca farmaceutica"

Il nuovo presidente dell'associazione che riunisce gli industriali del farmaco mostra di voler dare una svolta alla politica di questo settore, puntando tutto sulla ricerca e l'innovazione. Il segreto sta nella qualità dei ricercatori italiani, "che oltretutto costano poco"

di Eva Antoniotti

Non è stata davvero una sorpresa l'elezione di Sergio Dompé alla presidenza di Farmindustria, in sostituzione di Federico Nazzari. Dompé era infatti l'unico candidato emerso nel dibattito, e nel chiacchiericcio, delle settimane precedenti al 22 giugno, data in cui la Giunta dell'associazione ne ha sancito la nomina, indicando anche i cinque vicepresidenti che lo affiancheranno: Alberto Aleotti (A. Menarini, Industrie farmaceutiche riunite); Sergio Liberatore (Schering); Gianni Marini (Astrazeneca); Maria Pia Ruffilli (Pfizer Italiana); Emilio Stefanelli (Istituto Biochimico Savio). Del Comitato di Presidenza, particolarmente numeroso, fanno inoltre parte: Claudio Cavazza (Sigma Tau); Alberto Chiesi (Chiesi Farmaceutici); Roberto Ferri (GlaxoSmithKline); Daniele Lapeyre (Sanofi-Aventis); Giorgio Rende (Ici Rende); Mathieu Simon (Wyeth).

La scelta di Sergio Dompé suggerisce già quali saranno gli elementi caratteristici di questo nuovo corso dell'industria farmaceutica. La sua biografia lo vede infatti entrare giovanissimo nella società fondata da suo padre nel 1940, la Dompé farmaceutici, per fondare poi nel 1988 la Dompé Biotec, tra le aziende italiane leader nel settore delle biotecnologie, che dal 1993 ha

creato a L'Aquila il proprio Centro di ricerca e produzione. Accanto alle attività industriali, ha curato anche il suo ruolo pubblico: vicepresidente di Farmindustria dal 1986 al 1994, nel 1998 è stato nominato presidente di Assobiotech, l'associazione che riunisce le aziende italiane rivolte alle biotecnologie.

Non sorprende dunque che il nuovo presidente abbia mostrato subito l'intenzione di valorizzare il settore della ricerca, dichiarando l'intenzione di aprire un dialogo non solo con il ministero della Salute e con l'Aifa ma anche con il ministero della Ricerca.

Secondo Dompé in Italia esistono almeno tre elementi positivi per un rilancio del settore farmaceutico: l'esistenza di "un Ssn tra i primi al mondo", l'esistenza di "isole di ricerca di eccellenza a livello internazionale"; infine la constatazione che l'industria farmaceutica italiana mostra segnali di grande vitalità, in particolare sotto il profilo della ricerca, dove si può contare su ottimi cervelli, oltretutto a "basso costo", come ha sottolineato lui stesso. Ma accanto alle novità, torna un leit-motiv che aveva già caratterizzato la precedente dirigenza di Nazzari: la pressante richiesta al mondo politico di stabilizzare il quadro normativo, interrompendo la catena di interventi legislativi che in due anni ha

cambiato per sette volte lo scenario.

Senza norme di riferimento certe, gli elementi positivi non possono infatti essere "capitalizzati": "Per l'industria farmaceutica il ritorno di un investimento richiede in media 15 anni - ha spiegato il presidente di Farmindustria - e dunque chi investe deve poter contare su condizioni favorevoli e stabili per un lungo periodo".

I numeri di Farmindustria

In Italia ci sono 241 aziende produttrici di specialità medicinali, per un totale di 5.188 specialità in commercio. Nel 2004 le industrie farmaceutiche hanno fatturato in Italia per 17,8 miliardi di euro (14,8 di specialità medicinali e 3 miliardi di sostanze di base), a cui si aggiungono 9,5 miliardi di esportazione e 866 milioni destinati agli investimenti, mentre alla ricerca sono andati 839 milioni di euro. Gli addetti sono complessivamente 73.550, di cui 4.314 ricercatori. L'industria farmaceutica italiana detiene circa il 4% circa del mercato mondiale e l'Italia è quindi al sesto posto nel mondo e al quarto in Europa. A detenere la leadership del mercato mondiale restano gli Stati Uniti (46%) e il Giappone (11%).

L'APPUNTAMENTO ANNUALE DELLE IMPRESE DEL SETTORE DELLE TECNOLOGIE BIOMEDICHE

Allarme per i conti del Ssn: nel 2010 ci saranno 57 mld di disavanzi

La legge prevede che le forniture siano pagate entro 90 giorni, ma in realtà la media d'attesa arriva quasi ad un anno. Una situazione che mette in evidenza le difficoltà economiche del sistema sanitario pubblico, dove cresce il fabbisogno ma non i finanziamenti

Far conoscere meglio il mondo delle tecnologie mediche e della diagnostica in vitro e le problematiche di un settore non vastissimo ma essenziale per il mondo sanitario. È questo lo scopo di Diabiotec, l'appuntamento annuale organizzato da Assobiomedica e giunto quest'anno alla sua quinta edizione. Un'intera giornata trascorsa nei saloni del Capranica, a Roma, per dialogare con politici, operatori e rappresentanti di tutta la sanità italiana. Il dibattito, guidato dal giornalista televisivo Franco Di Mare, ha visto la partecipazione di Antonio Tomassini, presidente della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, Giuseppe Palumbo, presidente della XII Commissione Affari Sociali della Camera, Mario Baldassarri, viceministro dell'Economia, Marida Bolognesi e Giuseppe Fioroni, entrambi membri della Commissione Affari sociali della Camera, Giovanna Scroccaro, vicepresidente commissione ministeriale Cud, Enrico Bollero, direttore generale Policlinico Tor Vergata, e Stefano Inglese, segretario nazionale del Tribunale diritti del malato. Base di partenza, la convinzione riproposta dal presidente di Assobiomedica An-

gelo Fracassi, che "la sanità è un fattore di sviluppo economico, sociale e tecnologico di primaria importanza". "Quando si parla di settori del futuro - ha detto Fracassi nel suo intervento - la cura della salute ne fa parte a pieno titolo e per questo la sanità deve essere considerata un investimento e non un costo senza ritorni". Ma è difficile pensare a sviluppo e investimenti nella situazione attuale di sottofinanziamento del sistema. L'allarme viene lanciato con forza da Guido Riva, presidente della Commissione Sanità di Confindustria, secondo il quale senza interventi significativi "il disallineamento tra fabbisogno e finanziamento pubblico avrà generato, nel 2010, nuovi disavanzi per 57 miliardi di euro". Che il sistema sanitario pubblico sia in perenne affanno sui bilanci le industrie del settore lo sanno bene visto che le loro forniture, che secondo la normativa europea dovrebbero essere liquidate in 30 giorni e in base alla legge italiana entro tre mesi, vengono invece pagate in media a distanza di 300 giorni, con punte in alcune Regioni dove si superano i 500. Una situazione che, come sottolinea Fracassi, mette in gravissima difficoltà le industrie, e

I numeri di Assobiomedica

Il settore delle tecnologie biomediche e della diagnostica di laboratorio conta in Italia su 180 imprese, tra nazionali e multinazionali, che impiegano complessivamente circa 10.000 addetti. In Italia il fatturato di questo comparto industriale è stato nel 2004 di 3.100 milioni di euro, ripartiti tra 1.660 milioni per l'area delle tecnologie biomediche (dispositivi medico impiantabili e non, apparecchiature, protesi e organi artificiali, prodotti e sistemi per telemedicina) e 1.440 milioni per l'area della diagnostica di laboratorio (apparecchiature, reagenti, kit, test per automonitoraggio). Il 77% circa di questo mercato è rivolto al sistema pubblico.

in particolare quelle nazionali che non hanno una "casa madre" all'estero, compromettendone l'impegno nella ricerca e nell'innovazione, che in questo settore è assai più rapida che nel settore farmaceutico. Nei non semplici rapporti con il Servizio sanitario nazionale pesano anche l'eccessivo - a parere delle aziende - ricorso alle procedure d'acquisto centralizzate "che non consentono di rispondere alle specifiche richieste del medico e del paziente" e la sempre più frequente richiesta da parte di Asl e Ao di forniture "all inclusive", che costringono le ditte produttrici di attrezzature a improvvisarsi anche installatori, con un aggravio di spese e di responsabilità improprie.

E.A.

VERSO UNA NUOVA ETICA DELLA PROFESSIONE

Il Codice Deontologico e il Governo Clinico

I risvolti dell'aziendalizzazione per il lavoro del medico devono essere finalmente presi in considerazione. In questo senso il Governo Clinico deve uscire dallo slogan e diventare un pezzo del sistema di governo del Ssn

di Amedeo Bianco*

L'esercizio delle nostre professioni è già da tempo condizionato, nelle sue caratteristiche tecnico-scientifiche ed etiche e sociali, da molteplici fenomeni. Tra i più rilevanti, a mio giudizio, i seguenti: lo sviluppo della medicina scientifica sempre più fondata su un costante processo di innovazione biotecnologica, l'affermarsi di nuovi diritti e di nuove libertà dei cittadini, infine la netta predominanza di una cultura di governo dei sistemi sanitari che si rifà ad una economia di mercato totale e globale che pretende di dettare le sue buone e cattive regole nel determinare le soglie di sostenibilità finanziaria dei sistemi di tutela della salute, definendone quindi il grado di equità e solidarietà possibile. Questi fenomeni hanno sollecitato e sollecitano tuttora tumultuosi processi di cambiamento così che la tradizionale arte di curare i malati di non molti anni fa, povera di mezzi ma ricca di delega etica e sociale, si è trasformata e trasferita in una complessa e straordinaria funzione che trasferisce ai singoli e alla collettività un bene immateriale e prezioso: la tutela della salute e che sostanzia un fondamentale diritto di cittadinanza. In questa delicata funzione etica, civile e tecnico professionale che non prevede più deleghe in bianco, viene definita e legittimata la quantità e la qualità di ruolo civile e sociale dei medici e degli odontoiatri. Dunque non a caso la scelta di privilegiare gli interessi dell'uomo quale unica ed irripetibile entità biologica, della persona quale universo di bisogni, culture e sensibilità, del cittadino quale titolare di diritti e nuove libertà, definisce il baricentro etico, civile e tecnico professionale del nostro Codice di Deontologia che, nella gerarchia di valori di riferimento, non esclude ma subordina a questi gli altri aspetti dell'esercizio professionale, compresi quelli economici e tecnico scientifici. Una recente sentenza della Corte Costituzionale, altre delle Sezioni Riunite della Corte di Cassazione, nonché alcune Direttive europee che sono intervenute su materie riguardanti l'esercizio professionale, hanno indicato nel rispetto del Codice Deontologico i confini dell'autonomia e responsabilità dell'atto medico e gli ambiti di liceità etica (e giuridica!) dello stesso.

L'AGGIORNAMENTO DEL CODICE DEONTOLOGICO

I nostri Ordini professionali hanno dunque non solo il compito di garantire ai cittadini singoli e alla collettività che i professionisti medici ed odontoiatri osservino le regole della deontologia, ma anche quello di promuoverne l'evoluzione in ragione del mutare dei valori sociali, civili ed etici delle comunità e del tumultuoso mutare degli orizzonti tecnico scientifici. Questo processo di aggiornamento delle regole deontologiche rappresenta spesso l'unica forma di regolamentazione disponibile soprattutto nei campi della cosiddetta "etica di frontiera" laddove cioè la scienza, la medicina e i medici si inoltrano in territori di ricerca e pratica clinica sempre più lontani dal tradizionale paradigma della tutela.

La moderna medicina, sempre più scienza biotecnologica, si spinge ormai oltre la diagnosi e la cura, si candida infatti a riprogrammare i processi naturali, dettando i tempi e le regole dell'attività biologica delle cellule, con l'obiettivo di sconfiggere malattie spietate, ma con altre straordinarie ed inquietanti potenzialità come

quella ad esempio di modificare le stagioni della vita e i segni che queste scolpiscono nei nostri corpi, nelle nostre menti e nelle nostre relazioni, di rimodellare i patrimoni genetici, di replicarli all'inizio e alla fine della vita biologica.

In questi straordinari territori di frontiera - dove spesso le innovazioni tecnico scientifiche sono disponibili prima o comunque indipendentemente da opportune e condivise regole in grado di garantirne l'efficacia, l'appropriatezza clinica, l'equità e sostenibilità economica - la Deontologia Medica vincola i professionisti al rispetto di norme etiche e civili svolgendo talora in questi delicati campi, funzioni di supplenza a leggi nazionali, una supplenza normativa da taluni giuristi fortemente messa in discussione.

Autonomia e responsabilità sono infatti i due pilastri etici e civili intorno ai quali dobbiamo tenere ancorate le nostre professioni nei passaggi più difficili e controversi del loro cammino, non solo per dare loro identità e dignità sociale ma per aiutare tutta la comunità ad emanciparsi nei diritti e nelle libertà con tolleranza e rispetto delle diversità nella convinzione che queste sono il seme del divenire degli uomini e del progresso della collettività.

La modernità del nostro Codice consiste proprio nell'aver sempre sapientemente dosato autonomia e responsabilità, rigore e tolleranza, diritti e doveri, obblighi e libertà, identità e differenze. Credo che nessuno possa oggi dettare le regole del futuro ma già sappiamo che la natura della nuova relazione medico paziente non si esaurirà nella sola dimensione tecnico professionale ma prepotentemente esige dai professionisti nuovi e straordinari impegni e un continuo aggiornamento del Codice Deontologico nel quale però alcuni principi devono restare fermi perché definiscono le regole fondamentali ed inalienabili di un contratto etico e civile.

Questi principi o regole madri sono:

- *il principio della centralità del benessere del paziente* o meglio del cittadino-persona finalizzato a promuovere sempre e comunque il bene del soggetto di cura, tutelandone la vita e la salute nel rispetto della dignità della persona e di ogni altro diritto che a questa afferisce;
- *il principio di autonomia dell'individuo* che impegna tutti i professionisti e le Istituzioni in cui operano al dovere di rispettare la libera e responsabile volontà del cittadino-persona che si esprime attraverso l'informazione e il consenso o meglio il consenso informato;
- *il principio di giustizia* che intende garantire il massimo di coerenza tra gli interessi del singolo e quelli della collettività attraverso la ricerca e la pratica dell'equità nella distribuzione delle risorse.

CENTRALITÀ DEL BENESSERE DEL PAZIENTE

A prima vista, affermare *il principio della centralità del benessere del paziente* può apparire come un'affermazione banale, ma così non è se ci si domanda che cosa viene comunemente identificato nel concetto di benessere

e come questo viene intercettato ed interpretato dalla medicina, dai medici, dalle istituzioni, dai cittadini.

Inoltre lo sviluppo delle tecnologie ha spinto in avanti i confini del possibile al prezzo però di una maggiore invasività della pratica clinica che talora allunga il tempo della vita ma spesso al prezzo di ridurne la qualità.

Anche in questi fenomeni trovano ragione le frequenti accuse, non infondate, di una progressiva disumanizzazione della pratica clinico assistenziale, sempre più ricca di mezzi straordinari ma sempre più avara e tecnicamente meno bisognosa di gesti, relazioni e parole per la sofferenza, l'angoscia, la solitudine, le speranze del malato. Nel frattempo la genetica molecolare sta sostanzando

il nascere della cosiddetta medicina predittiva che si rivolge non solo ai malati ma anche, se non soprattutto, ai sani, che potrebbero però essere non del tutto sani: gli "unpatients", portatori cioè di una suscettibilità genetica a sviluppare patologie.

A questo si aggiunge il fenomeno, in rapida espansione, di quanto molti definiscono "la medicalizzazione del disagio" facendo sì che nella domanda di salute venga trasferito il bisogno di un "well-being", di un benessere globalmente inteso, al quale la sanità, la medicina e i medici non possono compiutamente rispondere.

Proprio in questi nuovi contesti culturali, sociali ed etici, si agitano minacciose incomprensioni tra Medicina e Sanità, tra medici e pazienti, tra risorse

definite e bisogni indefinibili, tra domande impossibili e risposte sostenibili.

La cultura dominante nella gestione dei sistemi sanitari, nel nostro paese così come in tutti i paesi avanzati, è prevalentemente di tipo economicistico che sconta però gravi ritardi nel cogliere le differenze tra un mercato di merci e uno pseudomercato di servizi che tutelano diritti fondamentali del cittadino singolo e della collettività.

Mi riferisco al culto dell'efficienza pressoché avulsa dall'efficacia, del risparmio estraneo all'appropriatezza, del controllo della spesa non commisurata agli obiettivi di salute, l'asperata e talvolta ridicola applicazione di modelli, terminologie e procedure gestionali pedissequamente mutuati dalla cultura aziendalista privata.

Questa cultura, scavalcando i propri confini, invade le finalità proprie della medicina e delle nostre professioni nel tentativo di subordinarle attraverso un crescente ed improprio controllo dei comportamenti professionali.

Se questo è il calendario della medicina, i medici di non molti anni fa sono precocemente invecchiati; il loro contenuto cognitivo di tipo organicistico e la loro metodologia di esercizio professionale di tipo neo paternalista è largamente superata; sono stupiti, affascinati ma anche spaventati e disarmati perché il trionfo di questa medicina inevitabilmente proietta l'immagine del medico moderno simile a quella di un guerriero senza paura, infallibile, lo esige vincitore di ogni guerra contro ogni male, lo pretende imperialista delle conoscenze e delle tecniche, dominatore della salute, del benes-

//
Autonomia e responsabilità sono i due pilastri etici e civili intorno ai quali dobbiamo tenere ancorate le nostre professioni nei passaggi più difficili e controversi del loro cammino

//

segue a pag. 12

Il Codice Deontologico e il Governo Clinico

segue da pag. 11

sere e forse padrone di un segmento di eternità. A fronte di questa medicina simile ad un gigante per le promesse che mantiene e per quelle che suscita, i medici si scoprono invece più piccini perché tocca innanzitutto a loro mediare tra le attese, i bisogni, le domande dei cittadini e le risposte possibili e sostenibili.

Ecco, credo che sancire nel nostro Codice, oggi come domani, il principio della centralità del benessere del paziente voglia dire assumere sempre e responsabilmente questa straordinaria funzione tecnico-professionale, etica e civile di mediazione, che sappiamo essere dura, usurante e che talora può minacciare il rapporto fiduciario con i cittadini; un compito immenso e strategico perché la fiducia costituisce oggi ed ancor più domani il più grande e forse l'unico patrimonio sociale della nostra professione.

L'affermarsi del principio di autonomia del paziente che altri variamente definiscono come l'incapace, il cliente, l'esigente, l'utente, il consumatore: quello che invece vorrei poter definire il cittadino-persona consapevole ed informato, sta profondamente cambiando le procedure e le stesse finalità del nostro esercizio professionale.

È infatti entrata poderosamente in campo l'autodeterminazione dell'individuo che disegna non una ma infinite dimensioni soggettive dei valori, delle scelte, della libertà con cui è indispensabile cimentarsi per legittimare medicina, medici e sanità.

Questo concetto è ben definito dal Prof. Sandro Spinsanti: quando scrive "Non c'è scopo della medicina, definito da chicchessia, che non crolli miseramente di fronte all'ultimo dei pazienti che nella sua dimensione individuale non lo riconosca come tale."

Questo cittadino consapevole, portatore di nuovi diritti e nuove libertà dovrà sempre più essere il baricentro del nostro codice richiedendoci l'autorevolezza non autoritaria, la prudenza, il rispetto del pluralismo dei valori riferiti ai singoli individui, l'attenzione olistica alla complessità organica e relazionale dell'individuo, il forte orientamento alla ricerca e alla pratica delle evidenze cliniche, all'aggiornamento e sviluppo continuo professionale, la capacità di dialogare con le diversità delle medicine e pratiche non convenzionali, la personalizzazione ed umanizzazione delle cure, il miglioramento continuo della qualità percepita, la comunicazione efficace all'interno della quale sostanziale l'informazione e il consenso, la sicurezza delle cure, il rispetto della privacy.

Questo straordinario compito poggia però sulle graciili spalle di mini professionisti, tali perché sottoposti a forti limitazioni della propria autonomia, con modeste sfere di responsabilità riconosciute e rispettate nella gestione dei sistemi sanitari e che si vuol invece usare quali agenti esclusivi e responsabili dei limiti del sistema e non dei bisogni dei cittadini.

Intendo professionisti mini anche perché insufficientemente attrezzati sul piano cognitivo e pratico rispetto alle nuove sfide dell'esercizio professionale; sono infatti poco più che pallide testimonianze nei corsi di laurea e specializzazione, almeno di quelle mediche, le scienze umane emergenti quali l'etica, l'antropologia, la comunicazione, l'economia sanitaria, la cultura della tutela e della promozione della salute oltre la cura.

Il moderno esercizio delle nostre professioni è fortemente ancorato al principio di Giustizia, inteso come equa accessibilità ai servizi a garanzia di un'equa distribuzione delle risorse disponibili nell'ambito di una piena tutela della libertà di scelta.

La presa in carico, da parte del medico e di tutti i professionisti della compatibilità economica delle loro scelte cliniche in un contesto di sostanziale razionamento delle disponibilità finanziarie, li pongono in frequente conflitto tra i doveri di gestori di risorse limitate e quel-

li etici di garanti dei bisogni di salute dei cittadini. L'esperienza degli ultimi anni nel nostro paese, ha dimostrato che una politica di contenimento dei costi, che non voglia ridurre qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario, richiede una modifica delle procedure clinico-assistenziali e quindi del comportamento dei medici e dei professionisti.

Per questo motivo anche il nostro il processo di aziendalizzazione in sanità non può sottrarsi alla necessità di reclutare le intelligenze professionali alla mission aziendale, intesa come il perseguimento di fornire un servizio di buona qualità, equo ed accessibile, al di là della semplice logica del pareggio di bilancio, puro strumento e non fine ultimo del Servizio sanitario pubblico.

GOVERNO CLINICO

Il governo clinico è il moderno paradigma, la parola d'ordine che sintetizza, forse male, questa idea di reclutare nella prassi gestionale e nella cultura dell'azienda sanitaria la matrice etica, i vincoli deontologici, i luoghi, le procedure, gli strumenti del nostro esercizio professionale, al fine di impedire che questa presto smarrisca le sue vere finalità.

Promuovere il governo clinico significa dunque valorizzare ed istituzionalizzare questo sistema reticolare e pluriprofessionale che deve potersi esprimere a tutti i diversi livelli del Servizio Sanitario, dall'Ospedale al Distretto, dalle attività specialistiche a quelle territoriali e in tutte le fasi decisionali ed operative e cioè dalla progettazione alla produzione delle attività sanitarie per conseguire obiettivi di indirizzo e governo della qualità, efficacia e appropriatezza nell'ambito delle risorse definite.

Sotto questo profilo un esempio significativo di *Clinical Governance* è rappresentato dai Lea che non individuano solo quantità indistinte di prestazioni da garantire a tutti i cittadini ma attività che si qualificano anche per una maggiore efficacia, appropriatezza e sicurezza rispetto ad altre secondo criteri di Ebm ed Ebc.

Questa esigenza di formulare scelte tecnicamente motivate e condivise di priorità nelle politiche sanitarie è l'espressione più evidente del bisogno di un Governo Clinico, di quelle responsabilità cioè che affiancano, supportano e non sostituiscono il potere politico e gestionale.

L'esercizio di questa funzione, ai fini di una reale efficacia richiede una condizione pregiudiziale e cioè il pieno riconoscimento e il rispetto di una sfera decisionale fondata su una sostanziale autonomia tecnico professionale. Governo clinico non vuol solo dire meno potere ai managers e più potere ai medici e ai professionisti, significa anche consentire che si sviluppi nell'azienda, nel segno dell'autonomia e della responsabilità, un sistema professionale che produca aggiornamento costante delle conoscenze, delle competenze e delle performances tecnico scientifiche, che stimoli e valuti la ricerca e la pratica della qualità, dell'appropriatezza, della sicurezza, il tutto sempre all'interno di una trasparente comunicazione con il cittadino e con le istituzioni.

Accanto a questa, altre sono le condizioni permissive quali ad esempio la possibilità di disporre di un costante monitoraggio degli indicatori di attività, l'autorevolezza non autoritaria di aggiornare e proporre misure e strumenti di miglioramento della efficacia, appropriatezza e sicurezza delle attività di tutela della salute quali ad esempio raccomandazioni su percorsi diagnostico-terapeutici o utilità di programmi di *screening* di prevenzione primaria e secondaria fondati sull'evidenza delle prove di efficacia, campagne di educazione alla salute, modelli di assistenza integrata, infine una piena operatività di un circuito di miglioramento continuo connesso all'utilizzo e alla disponibilità degli indicatori di risultato.

Governo clinico vuol infine dire che il paradigma delle compatibilità finanziarie non deve essere dominante ma

nemmeno estraneo al moderno esercizio professionale e che, nella pratica clinico assistenziale, qualunque scelta tecnica va sempre e comunque correlata al principio del miglior risultato possibile al minor costo possibile. Con queste essenziali argomentazioni il Governo Clinico deve uscire dallo slogan e diventare un pezzo del sistema di governo del Servizio, quel pezzo a cui oggi affidare quanto la cultura e le metodologie aziendaliste hanno dimostrato di non poter provvedere e cioè tutelare le finalità etiche, civili e tecnico professionali del servizio nel rispetto delle compatibilità economico finanziarie.

Questo forte orientamento è già presente nel nostro Codice, andrà forse irrobustito per le sfide del futuro che prevedono costi crescenti per tutti i sistemi sanitari.

Diversamente, lasceremmo il campo aperto ad un'emergente neo paternalismo della medicina e dei medici che, innalzando la bandiera di un'astratta libertà del medico, della medicina e dei cittadini, chiude in realtà un pericoloso corto circuito ideologico che rafforzerebbe la naturale propensione dei sistemi complessi a privilegiare gli interessi degli operatori su quelli dei destinatari dei servizi.

La libertà di scelta del cittadino assunta come una delle bandiere del cambiamento in realtà sconta, ancor oggi, una forte asimmetria informativa, in quanto appare difficilmente estensibile agli aspetti tecnico-professionali relativi alla qualità delle prestazioni sanitarie, essendo non facile da parte di chi compra definire le caratteristiche di qualità, efficacia ed appropriatezza del servizio o valutare la performance delle diverse strutture sanitarie.

Su questo tema mi paiono pertinenti le riflessioni di Amartya Sen, premio Nobel per l'economia, quando afferma che la libertà non coincide con la possibilità di avere un gran numero di alternative a disposizione, nella logica della cosiddetta "libertà del consumatore", quanto piuttosto nella possibilità di applicare i concetti di "equità verticale" ed "equità orizzontale", secondo cui i diversi devono essere trattati diversamente e gli eguali in modo eguale.

Il problema, quindi, non si pone unicamente nella quantità delle prestazioni offerte, come se la salute fosse una merce in un "libero mercato" fondato sulla "libera scelta" dei cittadini, tutti consapevoli del prodotto da selezionare e dove le disuguaglianze culturali, sociali ed economiche sono magicamente eliminate.

Al contrario, molti studi evidenziano come l'aumento dell'offerta, sganciato da valutazioni di qualità e appropriatezza, invece di sanare gli svantaggi delle classi socioeconomiche più deboli, moltiplica le disuguaglianze e i costi.

CONCLUSIONI

Concludo con una riflessione non mia ma di un grande antropologo, Byron Good.

Questi ha sostenuto che la relazione medico-paziente non è soltanto un incontro tra un sapere alto ed un sapere basso; tra un sistema di conoscenze e uno di credenze ma, in realtà, realizza il sommarsi di due narrazioni.

Questa intuizione antropologica disegna una straordinaria prospettiva al Codice del Futuro che dovrà, nel suo linguaggio, narrare la medicina moderna, la sua complessità tecnologica, i suoi nuovi paradigmi scientifici, le sue straordinarie potenzialità per il bene della società ma anche i suoi limiti, le false illusioni, le difficoltà connesse alla sua sostenibilità economica, i conflitti etici che accende, la ricerca dell'equità che può essere smarrita.

Ma il Codice del futuro dovrà sempre sollecitare i professionisti ad ascoltare le narrazioni che ad essi si rivolgono: la richiesta di rispetto della persona e del cittadino, il desiderio di esercitare la scelta, l'esigenza di personalizzare ed umanizzare la pratica clinico assistenziale, l'impegno di garantire sempre e comunque la libertà, l'autonomia e le finalità etiche della ricerca e dell'esercizio professionale.

**Estratto dalla relazione svolta a Matera il 1° luglio 2005 in occasione del convegno della Fnomceo sul futuro del Codice deontologico dei medici*

La moderna medicina, sempre più scienza biotecnologica, si spinge ormai oltre la diagnosi e la cura con l'obiettivo di sconfiggere malattie spietate, ma con altre straordinarie ed inquietanti potenzialità

EMILIA ROMAGNA: IL SEGRETARIO ANAAO ASSOMED SCRIVE AI VERTICI REGIONALI

Università: ancora distanti le posizioni sul protocollo d'intesa

“Con la presente intendo esprimere a nome dell'Anaa Assomed della Regione Emilia Romagna, insoddisfazione e protesta relativamente all'andamento delle relazioni sindacali e dei rapporti istituzionali, con particolare riferimento all'importante tema del protocollo di intesa tra Amministrazione Regionale e Università”.

Inizia con queste parole la lettera che il Segretario regionale dell'Emilia Romagna, Carlo Lusenti, ha inviato prima della pausa estiva al presidente della Regione, Vasco Errani, all'assessore alle politiche per la salute Giovanni Bissoni e al presidente della IV commissione del Consiglio regionale politiche per la salute e politiche sociali, Tiziano Tagliani.

“La nostra preoccupazione – si legge nella lettera – nasce dallo scarso interesse e dal forte ritardo dimostrato nei confronti delle opinioni e delle proposte che negli ultimi mesi abbiamo avanzato, istanze presentate con l'impegno ed il senso di responsabilità proprio di professionisti dirigenti del Ssr, che si pongono quotidianamente come elemento di garanzia per la qualità dell'assistenza fornita ai cittadini dell'Emilia Romagna.

Non siamo disposti ad accettare il crescente spazio di governo delegato che è stato riconosciuto alle Università, che si può estendere anche al di fuori delle strutture ospedaliere di riferimento.

Riteniamo errato affidare all'Università spazi crescenti dell'assistenza sanitaria che l'Istituzione Regionale ge-

stisce per conto e nell'interesse esclusivo dei cittadini. L'Università, ed in particolare le Facoltà di Medicina, sono nobili e antiche istituzioni che però in complete autoreferenzialità utilizzano l'assistenza per gli autonomi fini di ricerca e didattica, esercitando in questo modo un crescente potere diretto sulla tutela della salute dei cittadini, che a questo esercizio non l'hanno mai delegata.

Il protocollo di intesa tra Regione e Università, siglato escludendo da qualsiasi consultazione preventiva i dirigenti medici del Ssr, non migliora il già problematico tema della integrazione tra diverse professionalità all'interno del Ssr, allontanando la possibilità di utilizzare risorse disponibili per una migliore qualità dei servizi sanitari forniti ai cittadini.

Abbiamo evidenziato più volte queste ragioni di critica, inserendole anche come motivazioni regionali dell'ultimo sciopero nazionale dei dirigenti medici, nonché presentando cinque ricorsi al Capo dello Stato avversi al protocollo di intesa ed una diffida alla sua applicazione mediante la stipula di accordi attuativi locali.

Anche in questa chiara e motivata opposizione ci siamo posti l'esigenza di riaprire un dialogo interrotto e di individuare modi che, pur all'interno del protocollo di intesa siglato, consentano la valorizzazione dei medici ospedalieri ed una limitazione dell'autoreferenzialità dell'Università, che costituisce un grave pericolo per l'efficacia del nostro Ssr.

Nuovamente dobbiamo purtroppo registrare che le

nostre proposte non hanno trovato una fattiva accoglienza che si traduca in concreta operatività, non essendo sufficienti nella difficile situazione creatasi generiche rassicurazioni.

Nel ribadire con forza il nostro dissenso nei confronti del protocollo di intesa tra Regione e Università, confermando la diffida ad intraprendere attuazione dello stesso e prima di considerare chiuse tutte le possibili vie di dialogo, l'Anaa Assomed chiede nuovamente un incontro urgente con l'Amministrazione Regionale, che sia considerato momento di vero dialogo e di possibile concertazione su alcuni temi che riteniamo essenziali ed urgenti:

- considerare i Medici Dirigenti interlocutori per la definizione dei protocolli attuativi, ritenendo tale apporto decisivo per una efficace integrazione delle risorse professionali;
- esprimere con chiarezza disaccordo con la dichiarazione unilaterale universitaria che persegue una rete ospedaliera tutta sottoposta alla governance universitaria (aziende miste multipresidio);
- impegnarsi nella valorizzazione della didattica e della ricerca ospedaliera, riconoscendo il principio delle pari opportunità.

Su questi temi abbiamo proposte concrete che crediamo sostenibili e percorribili, in un contesto da ricostruire di dialogo e valorizzazione delle proposte che i dirigenti medici del Ssr formulano per meglio tutelare il diritto alla salute dei cittadini”.

Notizie brevi

NON AUTOSUFFICIENZA: L'ASSISTENZA SI FA IN FAMIGLIA IN TRE CASI SU QUATTRO

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali ha pubblicato una ricerca sull'organizzazione dei servizi per l'anziano fragile, che dà un quadro della situazione attuale e delle possibili future prospettive.

Attualmente il 75,1% degli anziani, in caso di bisogno, è assistito dai figli, mentre il 41,6% può contare sul coniuge o convivente. La stragrande maggioranza di chi vive in questa situazione, il 71,9%, afferma di non aver mai sentito parlare di assistenza domiciliare integrata. Negli ultimi anni sono stati predisposti numerosi strumenti a livello legislativo e sono aumentati gli interventi del Ssn: gli ultrasessantacinquenni in assistenza domiciliare integrata sono cresciuti, infatti, del 57% tra il 1997 e il 2003. Ma il volume di questi interventi rimane inadeguato: solo il 2,50% degli ultra sessantacinquenni era, nel 2003, in assistenza domiciliare integrata, per un totale di 260.570 persone. Un quadro piuttosto eterogeneo emerge dall'esame dei costi per l'assistenza domiciliare integrata e le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti. Si oscilla tra i 177,21 euro pro capite della Provincia di Trento e i 9,99 della Campania, a fronte di una

media nazionale di 52,11 euro per cittadino residente.

Fra le nove Regioni, inoltre, vi sono rilevanti differenze sia nel volume complessivo dell'offerta sia nelle scelte di regolamentazione delle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e dell'assistenza domiciliare, sia integrata (Adi) sia in altre forme.

Oltre a fotografare la situazione, con la ricerca è stata elaborata una proposta di decalogo sulla rete dei servizi per l'anziano fragile, che si concentra su alcuni elementi fondamentali per assicurare l'applicazione uniforme dei Livelli essenziali di assistenza per gli anziani nelle diverse Regioni. Tra questi, l'integrazione sociosanitaria, la continuità assistenziale, un utilizzo più appropriato degli ospedali, un ruolo maggiore dei medici di famiglia e percorsi di formazione che facilitino il lavoro integrato tra diverse figure professionali.

La ricerca dedicata a *La condizione dell'anziano non autosufficiente. Analisi comparativa delle attuali forme di tutela e delle potenziali prospettive*, finanziata dal ministero della Salute, ha coinvolto le Regioni Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto, la Provincia autonoma di Trento, Federsantità-Anci e il Censis e può essere consultata attraverso il sito internet www.assr.it

PRIMI RISULTATI DEL PROGRAMMA DI TRAPIANTI A PERSONE HIV POSITIVE

Il Centro nazionale Trapianti ha presentato alla Commissione nazionale Aids, riunita presso il ministero della Salute, l'attività del programma italiano di trapianto di fegato nelle persone Hiv positive.

I dati evidenziano che, dal 2002, data d'inizio del programma, sono stati effettuati 18 trapianti di fegato da donatore cadavere presso quattro centri autorizzati sul territorio nazionale. In dettaglio 9 trapianti presso l'Istituto Regina Elena-IFO a Roma, 4 all'Azienda Ospedaliera di Modena, 4 al Policlinico di Udine, 1 all'Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola Malpighi di Bologna. Si tratta della seconda casistica europea dopo quella della Spagna.

I risultati complessivi sono positivi, con una sopravvivenza di oltre il 72% dei trapiantati, esito di poco inferiore alla media dei trapianti di fegato nei soggetti sieronegativi per Hiv.

La ricerca sarà presentata anche al prossimo congresso della Società europea dei Trapianti di Ginevra nel mese di ottobre.

Nel valutare la sperimentazione la Commissione ha sottolineato il valore etico della non discriminazione dei soggetti Hiv positivi rispetto agli altri nelle li-

ste di attesa, il rigore nella conduzione della sperimentazione e l'importanza della collaborazione istituzionale tra la Commissione nazionale Aids ed il Centro nazionale Trapianti.

UNA SETTIMANA NAZIONALE CONTRO LE IPERSONNIE

“Fai svegliare il Lupo che dorme”. Questo lo slogan della prima Settimana nazionale contro le Ipersonnie, che si è svolta dal 24 al 30 luglio. L'iniziativa, promossa dalle associazioni Ain (Associazione italiana narcolettici) e Aipas (Associazione italiana pazienti con apnee del sonno) e patrocinata dall'Associazione italiana di medicina del sonno, è stata programmata in coincidenza con i primi giorni di esodo per le vacanze estive. “Tra i milioni di italiani in auto in questi giorni – ricordano le associazioni – ci saranno anche coloro che non sono consapevoli di soffrire di patologie che provocano eccessiva sonnolenza diurna”.

Secondo gli organizzatori, infatti, queste patologie sono estremamente sotto-diagnosticate. “Il 75% dei pazienti con apnee del sonno non viene diagnosticato: mentre i narcolettici italiani, secondo le proiezioni epidemiologiche, dovrebbero essere circa 25mila, le diagnosi di narcolessia in Italia non superano il migliaio”.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Corte Costituzionale

Gli Irccs superano l'esame della Consulta

La riforma degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs), varata con il decreto delegato 288/2003, è conforme al dettato costituzionale e non viola le competenze regionali. La Corte Costituzionale, con sentenza 270 depositata il 7 luglio, ha accolto solo in minima parte le questioni di costituzionalità sollevate da quattro Regioni (Emilia Romagna, Marche, Sicilia e Veneto) contro le norme della legge delega 3/2003 e del decreto delegato 288/2003, che hanno disposto il riordino degli Irccs, prevedendone la possibile trasformazione in Fondazioni. I rilievi mossi dalle Regioni ricorrenti sono riconducibili ad un'unica imputazione: la delega violerebbe l'articolo 117 e 118 della Costituzione, (competenze legislative regionali) assegnando allo Stato eccessivi poteri amministrativi. Infatti viene affidato al Governo il compito di dettare norme in materia concorrente, tutela della salute e ricerca scientifica, e al contempo la delega va a dettare una disciplina in dettaglio sulla composizione degli organismi di amministrazione degli Irccs, sulla nomina del direttore scientifico, sul potere del Ministro di assegnare alle fondazioni specifici progetti di ricerca. Ma esattamente a questo rilievo la Consulta fornisce una chiara risposta "La previsione di una nuova disciplina di persona giuridica, la Fondazione Irccs di diritto pubblico, esige una disciplina uniforme della sua fondamentale caratterizzazione organizzativa". Tale sicuro assetto organizzativo deve essere inoltre garantito anche agli Irccs non trasformati. Fondare solo le due censure relative ai troppi vincoli alla composizione e designazione dei consigli di amministrazione dei presidenti e dei collegi delle Fondazioni e l'eccessivo controllo amministrativo affidato al ministero della Salute.

Il reclutamento del personale del p.i. avviene con concorso

È il concorso la "forma generale e ordinaria di reclutamento del personale nel pubblico impiego"; le possibili deroghe avvengono solo in presenza "di peculiari situazioni giustificatrici individuate dal legislatore nell'esercizio di una discrezionalità non irragionevole".

Con sentenza 190 depositata il 10 maggio scorso, la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge 4/2005 della Regione Marche ("Disposizioni eccezionali e straordinarie in attuazione del Psr 2003/2006"), che prevedeva l'inserimento nei ruoli regionali del Ssr, di dipendenti di case di cura private risultati in esubero in seguito a processi di riconversione, disattivazione e soppressione delle Uo previste dal Psr. L'assunzione era avvenuta attraverso selezioni per titoli di servizio, professionali, e culturali ed esame orale, contravvenendo ai principi costituzionalmente garantiti di eguaglianza dei cittadini, imparzialità e buon andamento dell'amministrazione, previsti sia agli articoli 3, 51 della Costituzione, che all'articolo 97 dove individua nel concorso la modalità di accesso alla amministrazioni pubbliche. Una diversa modalità, infatti avrebbe impedito agli altri interessati la possibilità di accesso all'impiego.

Consiglio di Stato

Pubblicità ingannevole di eventi formativi

Con sentenza 2852/2005, il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso di un editore operante nel settore della comunicazione e della formazione dei professionisti della salute svolgendo attività editoriale di carattere scientifico diretta essenzialmente a personale specializzato, contro un provvedimento adottato dall'Autorità Garante della concorrenza e del mercato. Quest'ultima, infatti, aveva ritenuto ingannevoli due messaggi pubblicitari che promettevano ai medici la concessione di crediti formativi Ecm attraverso corsi a distanza non approvati dal Ministero. Palazzo Spada, conferma la decisione dell'Autorità, rilevando che espressioni tipo "validi per il percorso Ecm" diffuse sia attraverso opuscoli cartacei che siti Internet, indica esclusivamente che viene data la possibilità di ottenere crediti validi ai fini del programma nazionale di Ecm attraverso la partecipazione alla formazione a distanza. E poiché il corso a distanza non era stato ancora attivato né approvato dal ministero della Salute, i messaggi in questione erano certamente idonei a trarre in inganno i destinatari.

Tar Lazio

Il mobbing non è una malattia "tabellare"

Con sentenza n. 5454/2005, il Tar del Lazio ha annullato la circolare Inail 71/2003 "Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro - Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale". Nel provvedimento contestato l'Inail ha dato una definizione di mobbing, delle modalità di diagnosi, un elenco delle situazioni ricorrenti di "costrittività organizzativa", ed una dettagliata descrizione delle modalità di gestione delle relative pratiche equiparandolo ad una malattia tabellata, malattia di cui si presume l'esistenza del rischio tutelato.

Al contrario il mobbing appartiene alla categoria delle malattie non tabellate, che possono essere risarcite solo se preventivamente accertata la derivazione causale rispetto all'attività lavorativa. Si legge nella sentenza: "Una malattia tabellata non può essere legittimamente trattata dall'Inail come se godesse di una presunzione relativa. Non può infatti l'ente invertire sua sponte e discrezionalmente l'onere della prova spettante al prestatore d'opera in ordine al nesso eziologico, ma si deve limitare a indicare soltanto gli elementi essenziali della patologia in base a definizioni scientifiche serie e rigorose". Dovendo essere provata con rigore l'esistenza della causa di lavoro, il mobbing non può essere considerato in via presuntiva ed automatica come malattia professionale indennizzabile dall'Inail.

Corte dei Conti

Promozioni illegittime? Amministratore condannato

"L'attribuzione di mansioni superiori a quelle corrispondenti alla qualifica rivestita è ammissibile in linea di principio per comprovate e imprescindibili esigenze di servizio, ricorrendone le oggettive condizioni che vi sia il posto in organico e il dipendente possa e debba svolgere tali mansioni"; ma, in mancanza di questi presupposti, l'amministratore è "colpevole per aver consentito ad un ingiusto aumento di stipendio".

È quanto deciso dalla Terza Sezione d'appello della Corte dei Conti con Sentenza n. 306, con la quale è stato condannato l'amministratore straordinario di una Asl campana al pagamento di oltre mille euro, per aver, con delibera, promosso illegittimamente un dipendente regionale a capo del servizio bilancio in assenza anche del necessario titolo di studio del dipendente stesso. Con tale atto l'amministratore ha esposto l'azienda ad un grave danno economico consistente nella differenza retributiva tra il trattamento economico spettante al dipendente in base al livello di appartenenza (ottavo) e quello effettivamente attribuito in base alle mansioni affidate (undicesimo).

Massime

Diritto all'inquadramento nella superiore qualifica di dirigente medico di II livello

È da escludersi che l'esercizio delle superiori mansioni possa attribuire titolo per l'inquadramento nella superiore qualifica, dato che per regola generale l'esercizio di mansioni superiori non produce - salvo il caso di norme di legge che espressamente derogano a tale principio - effetti sull'inquadramento dell'interessato. In particolare è inammissibile la domanda di accertamento del diritto del dipendente pubblico all'inquadramento in una superiore qualifica, in quanto in questa materia l'interessato non vanta un diritto soggettivo ma un interesse legittimo tutelabile attraverso la tempestiva impugnazione dell'atto di inquadramento.

Tar Latina - 20 luglio 2005

Esiste il diritto al congedo straordinario per la partecipazione a un corso di aggiornamento?

I congedi straordinari sono un diritto del dipendente, ma solo in presenza di un assenso dell'amministrazione collegato alle esigenze di servizio; la valutazione della qualità del corso, che spetta all'amministrazione effettuare, può non essere ritenuta tale da permettere l'allontanamento dal servizio del ricorrente.

Tar Veneto 22 luglio 2005

a cura di Paola Carnevale

FISCO & PREVIDENZA

Fondi pensione o liquidazione? Cosa scegliere per il futuro

La riforma del Tfr, con l'ormai notissimo silenzio/assenso sulla sua destinazione ai Fondi pensione, pur avendo fatto dei passi in avanti, ha dovuto accettare un principio, di cui ci siamo fatti più volte sostenitori, che l'oggetto della legge non è automaticamente estensibile ai dipendenti pubblici, come è il caso dei medici dirigenti delle Asl. Infatti il testo della legge delega, approvata l'estate scorsa, prevedeva che l'estensione di questa norma al settore pubblico fosse soggetta ad un decreto legislativo nato dal confronto fra le organizzazioni sindacali, le Regioni, gli Enti Locali e il ministero della Funzione Pubblica. Sino ad allora, recita testualmente la bozza del decreto sul Tfr presentata ai sindacati dal Ministro del lavoro: "ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni... si applica esclusivamente ed integralmente la previgente normativa".

Questa condizione esclude, almeno temporaneamente, i medici dipendenti dalle Asl dall'affanno di dover scegliere cosa fare della loro futura liquidazione, e per i più giovani, del loro maturando trattamento di fine rapporto.

Se questa è l'attualità che ci riguarda più da vicino, appare, tuttavia utile, procedere ad una informativa sulla problematica.

Dopo un primo incontro con le organizzazioni sindacali e datoriali, in considerazione che il testo presentato dal Governo è apparso tutto da rivedere, il ministro del Welfare, Roberto Maroni, si è detto disponibile ad accogliere tutti gli emendamenti che gli verranno sottoposti. Questo sta a significare che l'atteso provvedimento avrà ancora tempi lunghi per la sua attuazione. Condizione non del tutto felice data la necessità, comunque, di trovare delle risposte concrete alla diminuzione della copertura previdenziale obbligatoria, sin dal prossimo futuro.

Ricordiamo che il silenzio/assenso per il conferimento del Tfr in un fondo pensione prevede sei mesi di tempo, dal momento in cui la legge diventerà operativa, perché il lavoratore (in prima istanza solamente quello alle dipendenze del settore privato!) possa decidere cosa farne. Se non dice nulla i nuovi accantonamenti della sua liquidazione finiranno in un fondo pensione chiuso, della sua categoria, se già esistente, ovvero in uno istituito dalle Regioni (in atto sono stati realizzati solamente in Trentino Alto Adige, Veneto e Valle d'Aosta), oppure in un fondo di nuova istituzione che dovrà essere creato dall'istituto previdenziale a cui il dipendente appartiene.

Resta la possibilità che l'interessato possa esprimersi nei termini di non voler aderire a nessun fondo e mantenere l'attuale condizione del suo trattamento di fine rapporto. In effetti l'attuale condizione dei rendimenti annui del Tfr (1,50 punti percentuali più l'0,75% dell'inflazione) rende il mantenimento di questo trattamento vicino ai limiti degli investimenti finanziari.

Questo è avvenuto per il triennio 2001/2003, mentre, nel 2004 si è assistito ad un lieve recupero, ed ad una ripresa, del mercato finanziario, nei primi mesi del 2005.

Prima di decidere, con il silenzio, se accettare la contribuzione ad un fondo chiuso o di categoria l'interessato dovrà valutare il carat-

tere di questo strumento finanziario. Sapere le condizioni di gestione, la composizione del consiglio di amministrazione, in genere di espressione sindacale, quali sono e che garanzie offrono i gestori finanziari a cui è stato affidato il patrimonio, verificare le linee di investimento, se ve ne sono più d'una, fra le quali poter scegliere. L'opzione verso un fondo aperto è assimilabile a quella prevista per i fondi comuni. In questo caso importante è sapere l'andamento passato del fondo (*benchmark*) per poter valutare, con tutti i limiti del caso, il possibile futuro. Ma soprattutto la possibilità di perdite e soprattutto i suoi costi. Infatti la società che promuove i fondi aperti è una impresa dedicata al profitto, mentre i fondi chiusi sono dei *no profit* per statuto. Vi sono, poi, i piani individuali di previdenza (Pip o Fip), che rappresentano forme assicurative di previdenza all'incirca come le polizze vita.

In alcuni casi questi strumenti finanziari prevedono un rendimento minimo garantito e l'accantonamento, anno per anno, dei profitti. In pratica una salvaguardia nel caso di perdite in un periodo, senza che si abbia l'annullamento dei guadagni precedenti.

Importante è sapere l'aliquota di "retrocessione" cioè quanta parte dei rendimenti dei fondi va a vantaggio del sottoscrittore e quanto invece è il guadagno delle compagnie.

Anche per i lavoratori autonomi esiste la possibilità dei fondi chiusi. In sanità esiste quello istituito dai dentisti. I versamenti saranno a carico integralmente del professionista. Il vantaggio è rappresentato dai costi inferiori per la sottoscrizione e la gestione, da quelli delle compagnie che offrono fondi aperti o Pip.

Sottoscrivere un fondo pensione comporta un accumulo di capitale che, però, potrà essere usato solamente quando si sarà raggiunto il diritto alla pensione. In alcuni casi sono previste possibili anticipazioni, ma per condizioni particolari. Il capitale liquidabile, quando si andrà in quiescenza, è nel limite del 50% di quello accumulato. La quota restante serve a realizzare una rendita finalizzata ad integrare il trattamento pensionistico obbligatorio. La rendita potrà essere anche reversibile verso il coniuge o a favore dei figli.

Claudio Testuzza

FONDI CHIUSI

- Sono fondi nati con l'accordo dei sindacati, caratteristici di una categoria i cui rappresentanti sindacali svolgono la gestione.

FONDI APERTI

- Sono fondi pensione realizzati da banche, società di gestione, assicurazioni.

PIP

- Piani individuali previdenziali.

I "day" ricoveri si fanno strada

segue da pag. 5

RICOVERI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA

Il numero di dimessi nelle discipline di riabilitazione è stato, nel 2003, pari a 314.512, di cui 260.914 dimessi in regime ordinario e 53.598 in regime diurno (17% dell'attività complessiva riabilitativa). In generale, comunque, il rapporto tra regime ordinario e regime di Day Hospital è rimasto stabile rispetto all'anno precedente. Circa la metà dei ricoveri per riabilitazione in regime ordinario è avvenuto in ambito pubblico; solo l'1,8% dell'attività riabilitativa si svolge nel settore privato non accreditato (con l'eccezione del 29,2% registrato in

Puglia). Nella riabilitazione ordinaria, quasi il 94% dei dimessi rientra nella classe di giornate di degenza tra 0 e 60 giorni. Per quanto riguarda i ricoveri in lungodegenza, essi sono stati 94.273. In questo ambito, gli ospedali a gestione diretta e il privato accreditato svolgono un ruolo predominante, registrando entrambi oltre il 40% della gestione dei ricoveri di lungodegenza.

Relativamente alla tipologia di attività effettuata in lungodegenza, il maggior numero di dimissioni ha riguardato le malattie del sistema nervoso e i disturbi mentali, ma anche le patologie del sistema muscoloscheletrico e le malattie cardiocircolatorie e respiratorie.

I NEONATI SANI

Nell'anno 2003 sono stati registrati 378.248 neonati sani, con un aumento di quasi 8.500 casi rispetto all'anno precedente (2,3%).

I maggiori incrementi si osservano in Lombardia (+1.800), in Campania (+2.800), in Puglia (+1.100) e in Calabria (+900). L'85,4% dei neonati sani è ospitato in strutture pubbliche e il 14,6% in quelle private; la degenza media, in lieve diminuzione rispetto allo scorso anno, si attesta su 3,4 giorni nelle strutture pubbliche e 3,5 nelle private.

L.C.

FONDAZIONE PIETRO PACI

I corsi di formazione settembre/ottobre 2005

Pubblichiamo di seguito i corsi di formazione di cui sono disponibili i programmi, organizzati dalla Fondazione Pietro Paci, che si svolgeranno nei mesi di settembre e ottobre 2005. Per maggiori informazioni si rimanda al sito www.anaao.it

<p>RISK MANAGEMENT IN SANITA' Udine 15-16 settembre Udine 16-17 settembre</p> <p>Giovedì 15 settembre 2005 Entro ore 08.30 Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico 08.45 Presentazione del corso</p> <p>I SESSIONE – Definizione e dimensioni del problema malpractice 09.00 Il glossario del rischio: errore medico, rischio clinico, evento avverso 09.45 Caratteristiche e costi del fenomeno malpractice nei moderni sistemi sanitari 10.30 Anatomia dell'errore: errore umano, errore organizzativo, errore manageriale, catena dell'errore 11.15 Pausa 11.30 Fattori di rischio per eventi indesiderati 12.15 Modalità e criticità della rilevazione degli eventi indesiderati 13.30 Colazione di lavoro</p> <p>II SESSIONE – Strumenti e finalità della gestione del rischio 14.00 Presentazione di un modello di Scheda di incident reporting. Audit con discussione e analisi 14.45 La medicina difensiva e la malpractice 15.30 La medicina legale e la malpractice: perizie e periti 16.30 Pausa 16.45 La giurisprudenza e la malpractice: responsabilità civile e penale. Presentazione di una sentenza su responsabilità civile. Dibattito sulla sentenza presentata 19.00 Chiusura dei lavori</p> <p>Venerdì 16 settembre 2005 III SESSIONE – Il contenzioso medico legale e la tutela del rischio professionale 08.30 Firma d'ingresso 08.30 Il clinical risk management: un piano operativo ed i suoi risultati nel territorio italiano 09.15 Il risk management: organizzazione e ruolo nelle aziende sanitarie 10.00 Tutela assicurativa dei dirigenti medici: aspetti contrattuali nazionali e locali 10.45 Pausa 11.00 L'arbitrato: una possibile risposta efficace e efficiente al contenzioso 11.45 Dibattito in Aula con i relatori della sessione 12.45 Test finale di apprendimento, questionario di gradimento e consegna attestati di frequenza al corso 13.00 Chiusura del corso</p> <p>IL SSN, LE AZIENDE SANITARIE, LA DIRIGENZA MEDICA, IL GOVERNO CLINICO Cagliari 23-24 settembre</p> <p>Venerdì 23 settembre 2005 Entro ore 09.00 Registrazione dei partecipanti, consegna materiale didattico e compilazione questionario d'ingresso 09.00 Presentazione del corso</p> <p>I SESSIONE – I principi ordinamentali e di finanziamento del ssn 09.30 L'ordinamento del Ssn tra costituzione, federalismo e devoluzione: definizione ed attribuzione delle competenze 10.15 Spese e costi dei Ssr: capacità fiscale, autonomia finanziaria e livelli di assistenza 11.00 Pausa 11.15 Prelievo, ripartizione ed attribuzione del finanziamento pubblico: il federalismo fiscale 12.15 Dibattito 13.30 Colazione di lavoro</p> <p>II SESSIONE – Le aziende sanitarie, competenze e organizzazione 14.30 Gli enti preposti alla tutela della salute: identità e differenze 15.15 I processi decisionali nell'azienda: i soggetti, i poteri e le procedure 16.00 L'articolazione organizzativa e funzionale delle aziende sanitarie: dai dipartimenti ai distretti 16.45 Pausa 17.00 Il management aziendale: dal controllo di gestione al budget 17.45 Esercitazione a piccoli gruppi in aula e/o question time 18.30 Chiusura dei lavori</p>	<p>Sabato 24 settembre 2005 III SESSIONE – Il governo clinico: chimera o necessità? 08.30 Firma d'ingresso 08.30 Il governo clinico: da un progetto di sistema a un sistema di progetti 09.30 Il risk management nelle aziende sanitarie 10.15 La formazione permanente: Ecm versus Scp 11.00 Pausa 11.15 Promozione e verifica della qualità professionale e dei servizi: l'Ecm, le linee guida, i medical audit e la centralità del paziente 12.00 Dibattito 13.00 Colazione di lavoro</p> <p>IV SESSIONE – I professionisti e la dirigenza 14.00 Il profilo legislativo dello status dirigenziale 15.00 La privatizzazione del rapporto di lavoro della dirigenza 16.00 Dibattito 17.00 Questionario di valutazione finale 17.30 Chiusura dei lavori</p> <p>LA NEGOZIAZIONE DEL BUDGET NELLE AZIENDE SANITARIE Vasto 29 settembre 2005</p> <p>Entro 08.30 Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico 08.45 Presentazione del corso</p> <p>I SESSIONE – La gestione economica e finanziaria delle aziende sanitarie 09.00 Pianificazione e programmazione, il bilancio aziendale, la contabilità analitica e per centri di costo 10.00 Il controllo di gestione: obiettivi e strumenti 11.00 Pausa 11.15 La valutazione delle attività sanitarie 12.15 Discussione con i relatori 13.00 Pausa pranzo</p> <p>II SESSIONE – Il processo di budgeting tra rischi e opportunità 14.00 Definizione e funzione del budget nell'azienda sanitaria 15.00 I livelli, le procedure e i contenuti del budget nell'azienda sanitaria 16.00 Il sistema di reporting e la valutazione del processo 17.00 Pausa 17.15 Negoziazione di una scheda di budget di dipartimento 18.00 Compilazione questionario di apprendimento e di valutazione del corso 18.30 Chiusura del corso e consegna attestati di frequenza</p> <p>LINEE GUIDA AZIENDALI COME COSTRUIRE, DIFFONDERLE, AGGIORNARLE Napoli 30 settembre 1 ottobre Avezzano 28-29 ottobre</p> <p>Primo giorno Entro ore 09.00 Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico 09.00 Presentazione del corso</p> <p>I SESSIONE – L'identificazione e la selezione dei problemi 09.15 Introduzione e terminologia 10.00 Identificazione delle criticità, priorità aziendali e possibilità di intervento attraverso le linee guida aziendali 10.45 Pausa 11.00 Costituzione dei gruppi di lavoro e gestione dei possibili conflitti di interesse 11.45 Ricerca e valutazione critica di linee guida 12.30 Esercitazione: lettura e valutazione critica di una o più linee guida 13.30 Colazione di lavoro</p> <p>II SESSIONE – L'adattamento delle linee guida a livello aziendale 14.30 Necessità di adattamento di una linea guida: importanza del contesto, tipologia di pazienti, argomenti da coprire, aggiornamento della letteratura 15.15 La formulazione e graduazione delle raccomandazioni 16.00 L'ufficializzazione e la diffusione delle linee guida aziendali 16.45 Pausa 17.00 Esercitazione: ottimizzazione di strategie per la ricerca di revisioni sistematiche e studi primari 18.30 Chiusura dei lavori</p>	<p>Secondo giorno III SESSIONE – Strategie di implementazione delle linee guida 08.30 Firma d'ingresso 08.30 Analisi dei fattori che condizionano i comportamenti e l'organizzazione aziendale in relazione agli obiettivi di cambiamento delle linee guida 09.15 Strategie di implementazione delle linee guida 10.00 Pausa 10.15 Esercitazione: scegliere da una linea guida alcune raccomandazioni, analizzare le possibili difficoltà di applicazione e proporre modalità di intervento 13.00 Colazione di lavoro</p> <p>IV SESSIONE – Valutazione di impatto delle linee guida 14.00 Metodi di valutazione di impatto delle linee guida sull'appropriatezza e sugli esiti 14.45 Impatto delle linee guida sul consumo di risorse 15.30 Esercitazione: discussione sulle possibilità di valutazione di una linea guida a livello aziendale, uso di dati correnti, modelli di "clinical audit" 17.00 Compilazione test di apprendimento e del questionario di valutazione 17.30 Chiusura dei lavori e consegna degli attestati di frequenza</p> <p>I PROFILI DI RESPONSABILITÀ DEL DIRIGENTE MEDICO Reggio Emilia 8 ottobre</p> <p>Entro 08.30 Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico 08.45 Presentazione del corso</p> <p>I SESSIONE – Le responsabilità del dirigente e quelle del professionista 09.00 Le responsabilità dirigenziali 09.45 Le responsabilità deontologiche 10.30 Le responsabilità medico legali 11.15 Pausa 11.30 Presentazione di una cartella clinica con rilievo di vari profili di responsabilità. Discussione in aula 13.00 Pausa pranzo</p> <p>II SESSIONE – Il contenzioso, il danno e le possibili tutele 14.30 I profili giurisprudenziali della responsabilità del dirigente medico 15.15 I profili del contenzioso: il danno e le difese inappropriate 16.00 Pausa 16.15 I profili del contenzioso: le tutele appropriate ed efficaci 17.00 Presentazione di una polizza assicurativa sul rischio clinico di un'azienda ospedaliera: discussione delle criticità 18.00 Discussione in aula con i relatori 18.30 Compilazione test di apprendimento e di valutazione del corso 18.45 Chiusura del corso</p> <p>IL CCNL DELLA DIRIGENZA MEDICA: UNO STRUMENTO DI GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI San Gimignano 14 ottobre</p> <p>Entro 08.30 Registrazione dei partecipanti e firma d'ingresso 08.45 Presentazione del corso</p> <p>I SESSIONE – Gli istituti normativi del CCNL 09.00 I livelli di contrattazione e le relazioni sindacali 09.45 Gli elementi costitutivi il rapporto di lavoro della dirigenza medica 10.30 Gli incarichi dirigenziali e la graduazione delle funzioni. L'Ecm 11.15 Pausa 11.30 La verifica di attività e di risultato dei dirigenti e i suoi effetti 12.15 Confronto in aula con i relatori 13.30 Pausa pranzo</p> <p>II SESSIONE – Gli istituti economici del CCNL 14.30 La struttura della retribuzione del dirigente medico 15.15 I fondi aziendali: costituzione e destinazione 16.00 Pausa 16.15 La retribuzione di posizione, di disagio, di risultato; esclusività di rapporto 17.00 La previdenza del dirigente medico 17.45 Discussione in aula con i relatori 18.45 Compilazione test di apprendimento e di valutazione del corso 19.00 Chiusura del corso</p>
---	---	--

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa 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:
**Arianna Alberti, Eva Antoniotti,
Amedeo Bianco, Paola Camevale, Lucia Conti,
Stefano Simoni, Claudio Testuzza**
Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Periodico Associato

Editore
IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma
email: redazione@ihg.it - www.ie-p.it
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 luglio 2005