

SEMINARIO DI STUDIO
ANAAO ASSOMED SIMEU



L'EMERGENZA È IN... EMERGENZA

↳ Ester Maragò

Sono 30 milioni ogni anno gli accessi al Pronto Soccorso, 15 milioni le telefonate al 118 con un trend che cresce ogni anno del 3-4 per cento. È una mole di lavoro enorme quella gestita dall'Emergenza Urgenza, condotta spesso con organici ridotti all'osso. Un settore che cresce in fretta, così come aumentano con altrettanta rapidità le criticità. E con un sistema che resta sempre lo stesso. Insomma, è un sistema in "emergenza" sfibrato dalla scarsità di risorse umane, dalla difficoltà di reclutamento e soprattutto dall'indisponibilità dei posti letto. Che fatica a rispondere alla richiesta sempre più pressante di una popolazio-

ne che invecchia e patisce il decollo lento di un sistema efficiente delle cure primarie. In questo scenario, aprire un tavolo sull'organizzazione complessiva del sistema, sbloccare il fondo sanitario nazionale e affrontare seriamente il problema contrattuale e del reclutamento diventa urgentissimo.

Questi i temi al centro del seminario di Studio "Il sistema emergenza in Italia: presente e futuro" organizzato a Roma dall'Anaa Assomed e dalla Simeu, la Società italiana di Emergenza Urgenza. "Creare un'occasione per cominciare a parlarsi e a 'parlare' di tutto questo è fondamentale - ha sottolineato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed - e non è un caso che l'Anaa Assomed si sia concentrata

esclusivamente su questa specialità non su altre: perché le possibilità di sopravvivenza di una persona si giocano spesso in un lasso di tempo strettissimo. Quindi, la sicurezza dei medici dell'Emergenza Urgenza e la tutela dei diritti e delle loro condizioni di lavoro sono anche la nostra sicurezza".

Eppure, anche se questa figura professionale è la cartina di tornasole dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale, c'è da parte delle istituzioni una scarsa attenzione verso questa area. Basta pensare, ha ricordato Anna Maria Ferrari, Presidente nazionale della Simeu, che gli ultimi provvedimenti normativi risalgono al 1996

pagine 2-4

Sommario |

WELFARE

Sacconi presenta il suo Libro Bianco. Il Pd risponde con le sue proposte sulla salute *pagine 5-6*

AZIENDE

Parla il neopresidente della Fiaso, Giovanni Monchiero: la dirigenza medica va coinvolta *pagina 7*

TRAPIANTI

A dieci anni dalla legge un bilancio dell'attività di donazione e trapianto in Italia *pagine 8-9*

EUROPA

Focus sulle direttive europee in materia di orari di lavoro e sulla carta verde per gli operatori sanitari *pagine 10-13*

Seminario di studio ANAAO ASSOMED SIMEU

PAROLA D'ORDINE: RISTRUTTURARE IL SISTEMA DELL'EMERGENZA

Una partnership con la Simeu per risolvere le molteplici e pesanti criticità che gravano sul mondo dell'Emergenza Urgenza. È questa la proposta lanciata da Carlo Lusenti nel corso del seminario di studio "Il sistema emergenza in Italia: presente e futuro" organizzato a Roma dal sindacato

↳ Ester Maragò

Pronto soccorso degli ospedali italiani sono gli avamposti del sistema sanitario italiano. La cartina di tornasole dell'efficienza del sistema assistenziale pubblico.

Malgrado tutto ciò il sistema dell'Emergenza Urgenza ha ricevuto da parte delle istituzioni una scarsa attenzione. Eppure, le criticità sono molteplici: i ritmi lavorativi incalzanti, organici ridotti, strutture inadeguate e fatiscenti, scarsità di finanziamenti e una domanda di cure sproporzionata rispetto a quelle che sono le reali capacità di risposta del sistema. La riduzione dei posti letto per acuti, non supportata adeguatamente dalla creazione di posti letto per lungodegenti, ha ridotto notevolmente la disponibilità di quelli per il Pronto Soccorso. E non è stato sufficiente a ridurre questa criticità neanche l'aumentata capacità di filtro dei Ps supportati dai servizi di Osservazione breve intensiva e dalle Medicine d'urgenza. E ancora, troppe le differenze regionali che mettono a repentaglio l'uniformità delle cure sull'intero territorio nazionale; enorme le incombenze burocratiche da espletare che sottraggono tempo prezioso all'assistenza dei pazienti. Quindi, bisogna mettere ma-

no ad una riorganizzazione seria del settore.

Di questo e altro ancora si è parlato nel corso del seminario "Il sistema emergenza in Italia: presente e futuro" organizzato a Roma, il 21 maggio scorso, dall'Anao Assomed e dalla Simeu, la Società italiana di Emergenza Urgenza.

"Sulla figura del medico di emergenza urgenza si riverberano tutte le criticità dell'attuale disagio legato alle condizioni di lavoro di un Ssn in grave crisi economica" ha spiegato **Domenico Iscaro**, presidente dell'Anao Assomed. Nonostante quest'area, ha ricordato **Massimo De Simone** presidente della Simeu Lazio, rivesta una grande importanza nel sistema assistenziale in quanto non solo gestisce il 118 ma anche la metà dei ricoveri negli ospedali italiani, il livello di attenzione delle istituzioni è fin ora insufficiente. Ecco perché occorre attuare, e presto, profonde revisioni o sarà il sistema arriverà al collasso.

"Nonostante il nostro sia un sistema in rapidissima trasformazione - ha detto **Anna Maria Ferrari**, Presidente nazionale della Simeu e direttore del dipartimento di Emergenza Urgenza dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia - la normativa che regola il settore è ferma al 1996,

non ha seguito quindi quella che è stata l'evoluzione sul campo". Negli ultimi anni c'è stata, infatti, una richiesta di cure da parte della popolazione che ha superato l'ambito dell'emergenza tout court.

"Il settore - ha aggiunto **Ferrari** - soffre dell'eccessivo gradimento da parte della popolazione: in 10 anni gli accessi al Ps sono aumentati del 50% arrivando a toccare circa 30 milioni nel 2008. A questo aumentato lavoro non è seguito un adeguamento delle risorse professionali e spesso non sono state adeguate le strutture. Inoltre nonostante le eccellenze del sistema, non si è ancora verificata in molte Regioni una reale integrazione tra ospedale e i servizi territoriali. C'è una maggiore professionalità degli operatori e maggiori possibilità diagnostiche. Ma la riduzione dei posti letto per acuti - ha aggiunto - ha aggravato la situazione nel pronto soccorso. La richiesta di maggior appropriatezza nei ricoveri ha indotto a dimettere dal Ps con diagnosi, indicazioni terapeutiche e di percorso l'82,1% dei pazienti visitati nel 2005 contro il 77,3% nel 2000".

Eloquente è il caso Isernia. Medici e infermieri del pronto soccorso dell'ospedale Veneziale della città

molisana, stremati dal superlavoro causato dai tagli operati nella struttura di Venafro, hanno organizzato una singolare protesta on line: si sono fatti riprendere con le bocche chiuse da un cerotto su YouTube e poi si sono messi "in vendita" su eBay: con la dicitura: "Personale pronto soccorso Isernia esasperato e stressato da catastrofica gestione aziendale offresi per condizioni di lavoro normali".

Non solo negatività, la Simeu, dopo una lotta cominciata negli anni novanta, grazie alla collaborazione con l'Anao Assomed ha vinto un'importante battaglia: l'istituzione della scuola di specializzazione in medicina di Emergenza Urgenza e l'assegnazione di un considerevole numero di contratti per la scuola di specializzazione nell'ambito del riparto dei contratti di formazione specialistica 2008-2009 in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Ma il cammino comune Anao Assomed -Simeu non si conclude qui, **Carlo Lusenti** ha espresso al suo ferma intenzione di portare avanti, ai tavoli contrattuali, le istanze della Società. E ha lanciato ai medici della Simeu un invito: partecipare attivamente alla Commissione per i problemi dei medici dell'emergenza ur-

genza che l'Anao ha costituito due anni fa e che "ha senso di esistere solo se viene portata avanti da chi vive e tocca con mano ogni giorno la difficoltà del settore".

Non solo, Lusenti ha espresso la sua ferma intenzione di frenare la corsa degli anestesisti che per troppi anni hanno rivendicato il diritto di gestire, unici e soli, l'attività dell'emergenza-urgenza. Vediamo in sintesi quali sono stati i temi trattati nel corso del seminario.





FONDAMENTALE LA CONDIVISIONE

Far funzionare bene il sistema dell'emergenza urgenza si può. Come? Attraverso l'interazione degli specialisti e delle diverse strutture. "Il modello dipartimentale, in generale ha risposto solo in parte agli obiettivi per i quali è ideato - ha spiegato Luciano Strizzolo dell'ospedale Civile di Palmanova (Udine) e tesoriere della Simeu - invece pur con tutte le difficoltà di una lenta maturazione ha acquisito un fondamentale significato nel-

l'ambito dell'Emergenza-Urgenza: è stata sviluppata, infatti, la capacità di interagire con specialisti e strutture diverse. Tuttavia, fondamentale per questa interazione è la realizzazione di un atteggiamento collaborativo strutturato. Quando invece prevalgono gli aspetti di tipo conflittuale, favoriti in generale dalla situazione di sovraccarico e di difficoltà organizzativa nella quale versano quasi tutti i nostri Dea, diventa quasi impossibile creare quei percorsi fluidi che sono necessari per il buon

funzionamento della struttura. La condivisione esprime la sua massima capacità operativa quando comprende Strutture operative afferenti a diversi ospedali". E in ambito nazionale in alcune realtà privilegiate, ma restano ancora molte situazioni nelle quali non si è riusciti a superare le visioni particolaristiche, e dove di conseguenza, è ancora necessario effettuare un salto di qualità nell'interpretare in maniera più concreta il ruolo del Dipartimento di Emergenza.

LE CRITICITÀ DA RISOLVERE

Per quanto riguarda il fronte organizzativo, ha spiegato Simone Di Giorgi, presidente nazionale del Coordinamento Medici Emergenza Sanitaria (Comes), è necessario capire quale debba essere la collocazione delle Centrali operative del 118 rispetto ai Dea. "Una parte delle Regioni ha favorito in questi anni modelli in cui la Centrale 118, più o meno inserita in network in rete, ha una totale indipendenza organizzativa dalla strut-

ture del Dea. Questi impianti hanno sicuramente contribuito ad una più rapida implementazione dei sistemi, ma gli effetti di queste scelte sono da valutare con attenzione; è necessaria una riflessione sulle modalità di coordinamento tra sistemi di emergenza territoriale ed ospedaliero, soprattutto bisogna capire come favorire efficacemente la continuità dei percorsi clinici assistenziali. Serve inoltre la richiesta dell'istituzione immediata di una commissione che studi questi aspetti ed ela-

Seminario di studio ANAAO ASSOMED SIMEU

bori una proposta politica sanitaria per l'emergenza".

LA FORMAZIONE PRIMA DI TUTTO

La formazione ha avuto un ruolo fondamentale per la Simeu, soprattutto per riempire i vuoti creati dall'assenza di una scuola di formazione ad hoc. "Le competenze del Medico di Emergenza - ha detto **Cinzia Barletta**, dell'ospedale S. Eugenio di Roma e segretario nazionale Simeu - sono molteplici: partecipare alla risposta sanitaria e alla gestione organizzativa nelle maxiemergenze intra ed extraospedaliere; conoscere e gestire gli aspetti organizzativi e di comunicazione della centrale operativa 118; utilizzare le tecniche del management al fine di ottimizzare le risorse e applicare la metodologia Vrq/Mcq nella gestione clinica e organizzativa. Per questo - ha chiarito - abbiamo puntato come Società a creare e definire la figura professionale del medico di Emergenza e dell'infermiere di emergenza, ed anche a integrare le diverse figure professionali che partecipano alla cura del paziente nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera e le diverse figure specialistiche che concorrono alla stabilizzazione del paziente critico. Il risultato? Dal 2002 al 2008 abbiamo formato oltre 3.550 medici e più di 700 infermieri e sono stati erogati ben 40mila crediti Ecm". Ma c'è ancora molto da fare. Ora, ha concluso Barletta, bisogna puntare a conquistare un adeguato numero di contratti per la scuola di specializzazione in medicina di emergenza urgenza, ad adeguare gli organici Mcau in rapporto al volume di attività e servizi forniti e a stabilizzare gli organici esistenti.

IL CERTIFICATO INAIL

Quello del certificato Inail è un tema che entra prepotentemente nell'attività dei medici di Ps. In Italia il primo medico che visita una persona che dichiara di essersi ferito sul lavoro è obbligato dalla legge a redigere per conto dell'Istituto una specifica e particolare relazione. "Lavoriamo con pazienti che lottano contro il tempo, senza un rapporto di fi-

ducia con il paziente - ha ricordato **Mario Ravaglia**, direttore Mcau dell'ospedale di Lugo (Ravenna) - e senza alcuna gratificazione e con i minuti contati. Questa è un'attività che esula dall'assistenza sanitaria, di tipo notorio, e ci trasforma in semplici redattori". Va fatto formalmente all'esterno dell'orario di lavoro ed è pagato dall'Inail 27,5 Euro per certificato più 5 Euro per l'inoltro telematico. Una remunerazione ottenuta anche grazie alla battaglia sindacale portata avanti dall'Anao Assomed. Peccato, che nel contratto nazionale, ha aggiunto Ravaglia, non poteva essere stabilito il tempo certificato - invio in formato elettronico del certificato, tempo di identificazione del datore del lavoro, meccanismo di infortunio, prognosi click, stampa, verifica, firma dell'infortunato che dichiara la veridicità delle sue dichiarazioni - e su questo "le Amministrazioni locali ci giocano".

I NODI SINDACALI

Ma, tra le tante esistenti, quali sono le problematiche sindacali proprie di tutta la categoria, che trovano nella medicina d'urgenza, particolare rilevanza? Un aspetto importante è quello relativo al tema dei lavori usuranti "Inizialmente riconosciuta legislativamente ai medici della medicina e chirurgia d'urgenza e di rianimazione - ha spiegato **Giorgio Cavallero**, Vice segretario nazionale Anao Assomed - la qualifica di lavoro usurante per questi colleghi non ha trovato spazio ed applicazione pratica nei successivi decreti attuativi. È in discussione al parlamento una nuova delega al governo in materia. I medici non possono essere esclusi da questi benefici in quanto lavoratori notturni ed esposti a rischi fisici e biologici. C'è ora il rischio che il loro riconoscimento venga vanificato da un innalzamento consistente dell'età pensionabile". E ancora, occorre urgentemente riaprire la possibilità del passaggio alla dipendenza dei medici del 118, previsto dalla legge 229 e solo parzialmente realizzato dalle Regioni. Altro problema è quello legato al difficile reperimento di Dirigen-

ti Medici per le U.O. di pronto soccorso così come l'invecchiamento progressivo della classe medica. "Il primo problema - ha chiarito **Salvatore Manca**, Direttore Mcau, Ospedale San Martino di Oristano - Consigliere Nazionale Simeu - cioè quello del reperimento di nuovi medici motivati sicuramente subirà un impulso quando usciranno i primi medici specialisti della nuova scuola di specializzazione finalmente operativa da questo anno accademico. Da non trascurare anche la difficoltà connessa alla valorizzazione economica e all'applicazione dell'art. 55 comma 2 Ccnl 1998-2001 (libera professione). Così come andrebbe studiata con maggiore serietà dalla nostra classe politica - ha aggiunto - la gestione delle prestazioni non urgenti, mi riferisco ai cosiddetti codici bianchi, che

nizzazione, mi riferisco alla cosiddetta sindrome del Burn-out in aumento come incidenza proprio tra gli operatori dei servizi di emergenza-urgenza e che dovrebbe trovare attenzione così come il fenomeno del mobbing. È necessaria, quindi, ha aggiunto Cavallero "una maggiore flessibilità nei trasferimenti e nel passaggio tra sistema dell'emergenza e reparti di degenza sia tra discipline equipollenti che affini". Per quanto riguarda le problematiche contrattuali in agenda ci sono poi: la valorizzazione del lavoro disagiato notturno e festivo, l'applicazione e il rinnovo della convenzione Inail, l'accesso alle prestazioni aggiuntive, ripristino della reperibilità diurna per il sistema dell'emergenza, applicazione dell'allegato contrattuale sui piani delle guardie e delle reperibilità e sui

emergenza sono accessibili e gratuiti per tutti i cittadini. Nel mondo occidentale l'incremento degli accessi nei Ps è quasi una costante, ma le scelte di "politica sanitaria" e gli atteggiamenti della popolazione possono condizionare questo trend in modo importante". I dati raccolti, ha chiarito Baldi, non coprono tutte le Nazioni e qualche risposta è variabile all'interno dei singoli Paesi, ad esempio in Germania. Tuttavia è possibile tracciare un quadro della situazione. È emersa la tendenza sia alla chiusura dei Dea piccoli perché troppo cari e ad affidabilità limitata (expertise) sia a dare stabilità ed autonomia agli staff medici nei Dea. Mentre l'Obi, anche se con caratteristiche diverse, è diffusa in tutti i Paesi, ad eccezione della Germania e della Repubblica Ceca. Invece la Medici-

I numeri dell'Emergenza Urgenza

In base all'ultimo censimento della Simeu (2005) sono 234 i presidi ospedalieri distribuiti su tutto il territorio nazionale: 35% al Nord, il 35% al Centro, il 23% al Sud ed il 7% nelle Isole. Ma anche se rappresentano un terzo di tutte le strutture ben fotografano lo stato dell'arte del sistema dell'Emergenza Urgenza. In Italia il processo di aziendalizzazione è completo nel 75% degli

ospedali con formulazione dell'atto aziendale istituzione dei dipartimenti; tuttavia nel Sud l'aziendalizzazione è compiuta solo nel 52% degli ospedali considerati. I Pronto soccorso dotati di un'area di Osservazione breve intensiva sono 143 su 226, 61 su 81 al Nord, 32 su 52 al Centro e 38 su 79 al sud e 12 su 14 nelle isole. La media degli accessi in Ps è 68.732 nei Dea di II livello, 41.816 nei Dea di I livello, 23.398 nei Pronto

soccorso ospedalieri. Il valore medio complessivo degli accessi è 38.653 nel 2005 e 37.899 nel 2002. La media nazionale dei ricoveri da Pronto soccorso è pari al 17,9% e rappresenta il 45,6% dei ricoveri ospedalieri. Nelle Regioni del Sud la percentuale di ricoveri da Ps risulta superiore (23%). Nel 2002 i ricoveri negli ospedali per acuti da Pronto soccorso rappresentavano il 19%, e costituiva il 44,5% dei ricoveri ospedalieri.

mi pare non sia affrontata con rigore scientifico, sollevando molti dubbi il fatto che il problema possa essere risolto dandolo in gestione ai medici di Medicina generale". Altro argomento che andrebbe affrontato e fatto proprio anche dalle organizzazioni sindacali, ha specificato Manca, è il problema legato alle nuove patologie causate dal sovraffollamento, da una complessità crescente della tipologia del lavoro, dai carichi di lavoro crescenti a fronte di dotazioni organiche incongrue e speso dall'inadeguatezza dell'orga-

mi pare non sia affrontata con rigore scientifico, sollevando molti dubbi il fatto che il problema possa essere risolto dandolo in gestione ai medici di Medicina generale".

L'EMERGENZA NEI PAESI EUROPEI

Se questo è il quadro in Italia, come funziona nel resto d'Europa? "L'organizzazione dei Dea nei diversi Paesi europei - ha spiegato **Giovanni Baldi**, Dg del Rizzoli di Bologna che ha condotto uno studio ad hoc - deriva da differenti tradizioni, economie, abitudini, ed è comprensibile che sia diversa da Paese a Paese. Comunque, di norma, i servizi di

mi pare non sia affrontata con rigore scientifico, sollevando molti dubbi il fatto che il problema possa essere risolto dandolo in gestione ai medici di Medicina generale".

di emergenza con letti monitorati è presente in pochi Stati. Il carico di lavoro è variabile, sia in dipendenza delle dimensioni dei Dea che in funzione della presenza o meno di Ospedali di insegnamento. Anche i costi del personale variano per importo, tassazioni, grant aggiuntivi rispetto alla retribuzione di base, possibilità di lavorare o meno fuori dall'Ospedale. Il sistema preospedaliero di emergenza, ha concluso Baldi, per quanto presente e funzionante in tutti i Paesi, è raramente integrato con i Dea e talvolta è in conflitto.

Il LIBRO BIANCO DI SACCONI e la ricetta del Pd a confronto

DUE PERCORSI per la sanità

Non è una risposta diretta al Libro Bianco di Sacconi. Ma certamente la presentazione a così breve distanza del documento del Welfare e di quello elaborato dal Partito Democratico ha reso inevitabile un confronto e anche un botta e risposta tra l'esponente di Governo e il segretario del Pd, Dario Franceschini.

Il segretario del Pd ha accusato il ministro del Welfare di voler privatizzare la sanità per crearne una per i ricchi e una per i poveri. Un doppio binario con disparità di accesso e di qualità. Il ministro del Welfare ha accusato Franceschini di voler difendere le Regioni che sperperano il denaro degli italiani con gestioni della sanità inefficienti e di poca qualità. D'altra parte, pur concentrandosi su una propria visione della sanità anziché sulla critica al Governo, il documento del Pd esordisce prendendo di mira la politica di Berlusconi, che tenderebbe a trasformare

“il diritto alla tutela da individuale/personale a categoriale, diverso cioè da cittadino a cittadino a seconda dell'attività svolta e del ruolo sociale”. Il Libro Bianco di Sacconi, dal canto suo, parla di un welfare universalistico. Ma un “universalismo selettivo”, che sappia “valorizzare pienamente la responsabilità degli individui e la capacità dell'attore pubblico di stabilire ordini di priorità, dosando le risorse per mantenere il più possibile ampia la platea delle prestazioni e dei beneficiari”. E siccome la crescita dell'indice di vecchiaia comporta ovviamente più spese per cura e assistenza, secondo Sacconi bisognerà prevedere la nascita di un secondo pilastro assistenziale a “capitalizzazione reale”. In sostanza una sanità a due gambe, in parte pubblica e in parte privata favorendo il progressivo spostamento di quote di finanziamento dalla prima alla seconda. Ecco una sintesi dei due testi

Libro Bianco: la vita buona nella società attiva

IL SSN CURA, MA NON È EFFICIENTE

Il sistema sanitario italiano è uno dei primi al mondo, ma non mancano situazioni di estrema inefficienza, dovute non alla mancanza di mezzi, bensì a un differente impiego delle risorse. Alcune Regioni, soprattutto al Sud, hanno mantenuto o addirittura implementato modelli organizzativi obsoleti per cui a elevati livelli di spesa corrisponde una bassa qualità dei servizi. Gli stessi Lea sono diventati talora l'alibi per coprire inefficienze e sprechi, anche perché privi di efficaci meccanismi di controllo.

LASALUTE È UN DIRITTO, NON UN MERCATO DEI DESIDERI

Il Libro Bianco vuole riaffermare l'assoluta primarietà del diritto alla salute. Se tuttavia esso coincide ad esempio con il “diritto” al figlio sano o con il “diritto” a morire, o anche con la richiesta di conservare per sé le proprie cellule e tessuti, allora il principio secondo cui le risorse seguono la scelta del paziente seguirà inevitabilmente i criteri di un nuovo mercato dei desideri che si costruisce intorno al corpo umano.

Se non è più possibile né utile distribuire ai cittadini beni e servizi in forma assistenziale e paternalistica, è però necessario saper individuare i bisogni e le modalità appropriate per rispondervi, tenendo presente il bene comune. In questo contesto occorre introdurre un “universalismo selettivo” che valorizzi la responsabilità degli individui e la capacità dell'attore pubblico di stabilire ordini di priorità e dosare le risorse per mantenere il più possibile ampia la platea delle prestazioni e dei beneficiari. *segue a pag. 6* ➔



Maurizio Sacconi

Pd: la sanità che vogliamo

SOSTENIBILITÀ E MODELLI DI FINANZIAMENTO

Va confermata la scelta di garantire l'assistenza sanitaria mediante un Servizio sanitario nazionale finanziato con la fiscalità generale e operante attraverso una organizzazione aziendale. Lo sviluppo dei fondi integrativi va regolamentato tenendo conto che la loro funzione non è quella di migliorare la sostenibilità del sistema sanitario per la finanza pubblica, ma di migliorare l'accesso alle prestazioni “aggiuntive” richieste dai cittadini. E se la regolazio-

ne tra erogatori pubblici e privati non implica una produzione esclusivamente pubblica dei servizi, si deve però conservare il ruolo chiave pubblico di governo e di regolazione del sistema delle prestazioni, con l'instaurazione di una vera competizione nei risultati di efficacia ed efficienza tra erogatori, sia pubblici che privati.

SSN E FEDERALISMO FISCALE

Sviluppare un sistema di valutazione comparativa delle performance delle Regioni e delle Aziende sanitarie e, su questa base, procedere alla definizione condivisa Stato-Regioni dei Lea e delle risorse necessarie in condizioni di efficienza. Va definita una programmazione pluriennale delle risorse per il Ssn, con meccanismi di erogazione dallo Stato alle Regioni che diano certezza di risorse e tempi rapidi.

Il sistema di governance nei confronti delle Regioni con elevati disavanzi deve superare l'eccesso di intromissione ex ante del Tavolo di verifica centrale sulle delibere regionali, realizzando piuttosto un reale affiancamento da parte di una task-force centrale e il tutoraggio da parte delle altre Regioni. *segue a pag. 6* ➔



Dario Franceschini

Libro Bianco: la vita buona nella società attiva

segue da pag. 5

IL FEDERALISMO FISCALE: DALLA SPESA PER INEFFICIENZA A QUELLA PER EFFICIENZA

Il passaggio dal finanziamento dalla spesa storica (che finanzia i servizi e l'inefficienza) a quello del costo standard (che finanzia solo i servizi) permetterà, in un quadro che non pregiudicherà i livelli essenziali dei servizi, una razionalizzazione della spesa pubblica diretta a evitare che si confonda la solidarietà con la difesa di clientele, sprechi e rendite.

La spesa eccedente rispetto al livello efficiente dovrà rimanere a carico delle Regioni ed essere coperta attraverso gli aumenti della pressione fiscale, lo spostamento di risorse all'interno del bilancio o la compartecipazioni da parte dei fruitori. I Lea devono trovare una dimensione oltre che qualitativa anche quantitativa, correlata alle migliori pratiche diagnostiche e terapeutiche, alla medicina basata sulla evidenza, a processi di benchmarking almeno interregionali sui costi delle principali funzioni assistenziali.

Pubblico e privato debbono porsi in posizione sinergica rispetto ai bisogni di salute e pertanto adeguarsi alla programmazione sanitaria in termini di tipologia della offerta, modalità di erogazione e dei volumi di attività congrui ai bisogni.

LE POLITICHE INTEGRATE SULLA VITA

L'integrazione socio-sanitario-assistenziale è il principio cardine per garantire il passaggio da un Welfare assistenziale a un Welfare delle responsabilità condivise. L'ospedale come luogo di risposta predominante ai bisogni di salute e assistenza, lascia spazio a una filiera di servizi in ambito territoriale, in grado di rispondere con appropriatezza e puntualità alle richieste dell'utente, con un minore costo del sistema.

Lo sviluppo delle politiche di integrazione deve portare al superamento della distinzione tra pubblico e privato attraverso il riconoscimento alle formazioni sociali di una soggettività di rilievo pubblico anche nella programmazione dei servizi.

L'INCLUSIONE DI ANZIANI E DISABILI NELLA SOCIETÀ ATTIVA

L'integrazione del reddito resta una necessità imprescindibile. La permanenza nel mercato del lavoro con l'utilizzo di adeguate flessibilità (contratti a tempo parziale, lavoro ripartito, buoni lavoro per prestazioni accessorie) rappresenta la strategia centrale per combattere il disagio sociale ed economico. Si impone una programmazione chiara e uniforme, favorendo l'integrazione

funzionale tra servizi a patologia limitrofa, miglioramenti organizzativi e percorsi differenziati per tipo di patologia e bisogno assistenziali.

Considerate le limitate disponibilità della finanza pubblica, un fondo per la non autosufficienza va costruito mediante il combinarsi di risorse pubbliche e risorse private, la previsione di forme specifiche di assicurazioni private, nonché la valorizzazione dei patrimoni immobiliari pubblici e privati.

UNA PLURALITÀ DI FONTI DI FINANZIAMENTO PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

All'incremento dei contribuenti e alla efficienza delle prestazioni si deve aggiungere la promozione di una pluralità di fonti e di modalità di finanziamento anche allo scopo di organizzare in termini più convenienti la spesa sociale privata che comunque si induce dai limiti della offerta pubblica.

Un ruolo crescente spetta alla contrattazione collettiva, che già oggi ha avviato esperienze di gestione condivisa tra le parti di fondi dedicati alla previdenza complementare, alla sanità integrativa e alla protezione della non autosufficienza.

Occorre definire, accanto al finanziamento per "ripartizione", ambiti di finanziamento a "capitalizzazione reale" che, se opportunamente indirizzati, possono attivare investimenti che alimentano il processo di produzione e contribuiscono a generare sviluppo. Pensioni e prestazioni sanitarie integrative sono i primi due capitoli del pilastro a capitalizzazione, che può realizzarsi anche attraverso i cittadini che, come singoli o in formazioni associate, vogliono partecipare alla definizione degli interventi e alla loro organizzazione funzionale.

Se per le persone il concorso obbligatorio alla ripartizione è assimilabile al prelievo fiscale, la contribuzione a piani di investimento privati rimane una scelta volontaria di risparmio.

CLINICAL GOVERNANCE, E-MEDICINE, HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, RISK MANAGEMENT

Il principio di competenza all'accesso e la valutazione periodica dei risultati e degli obiettivi devono diventare una costante per direttori generali, per i direttori di unità operativa e di dipartimento nonché per gli incarichi dirigenziali. Si dovranno potenziare gli investimenti di edilizia sanitaria e ospedaliera e delle relative tecnologie impiantistiche che hanno un ruolo insostituibile nel razionalizzare i processi di cura, comprimendone i costi fissi e la duplicazione dei servizi e dei presidi ospedalieri.

Pd: la sanità che vogliamo

segue da pag. 5

NOMINE, POLITICA E GOVERNO CLINICO

Va potenziata la formazione per garantire solide basi formative ad una nuova classe di manager sanitari.

Si concorda sulla costituzione di un albo nazionale dei direttori generali. La nomina deve però restare competenza del presidente della Regione. Il direttore generale dovrà essere obbligato ad acquisire preliminarmente il parere del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione sugli atti fondamentali di programmazione, organizzazione e valutazione qualitativa dei servizi.

Per la nomina dei direttori sanitari e dei direttori amministrativi, il controllo dei requisiti deve essere effettuato da un organismo regionale in maniera sistematica; la scelta deve essere motivata e rapportata agli obiettivi strategici aziendali e, in caso di bando, comparativa.

Per la selezione dei direttori di struttura complessa, le direzioni aziendali devono però indicare nel bando di selezione le caratteristiche richieste e gli obiettivi prioritari. La scelta deve comunque essere motivata mediante la comparazione tra tutti coloro che vengono ritenuti idonei dalla commissione prevista. Si esprime una forte contrarietà alla ipotesi di riproporre la presenza di un docente universitario in tale commissione.

Il numero dei componenti del Consiglio dei Sanitari va ridotto e va riequilibrata la componente delle altre professioni sanitarie e sociali in rapporto a quella medica. Deve essere definito l'obbligo di consultazione preventiva su una serie di atti e la convocazione almeno mensile.

Deve essere inoltre previsto l'obbligo di discutere preventivamente gli argomenti relativi all'organizzazione sanitaria nel Collegio di Direzione, dove deve essere prevista anche una componente elettiva, eventualmente proveniente dal Consiglio dei Sanitari.

GLI OPERATORI SANITARI

Per i giovani medici si devono individuare percorsi di entrata più precoci, con responsabilità e progressione più coerenti con il sistema europeo.

Istituire quindi gli albi e gli ordini professionali non ancora istituiti, procedendo contestualmente alla riforma degli stessi albi ed ordini professionali. Quindi regolamentare i rapporti tra operatori appartenenti a diverse professioni sanitarie, anche attivando la dirigenza delle professioni sanitarie.

Nei Contratti collettivi nazionali le rela-

zioni sindacali sono ben definite, ma a livello locale potrebbe essere di stimolo e condizionamento per le direzioni aziendali prevedere che nell'ambito delle periodiche valutazioni del direttore generale venga dato grande rilievo al rispetto delle corrette relazioni sindacali.

Per i dipendenti della Sanità privata bisogna favorire la creazione di sistemi di selezione, di sviluppo di carriera, di remunerazione contrattuale sempre più simili a quelli dei dipendenti delle strutture pubbliche.

LE FACOLTÀ DI MEDICINA

La rete della formazione specialistica deve comprendere, come previsto dalle attuali norme quasi mai applicate, anche le strutture del Ssn accreditate a garantire il percorso formativo, d'intesa con le Università. La programmazione deve tener conto delle esigenze reali del Ssn per evitare che si perpetuino le attuali sperequazioni che comportano la carenza di alcuni specialisti. Per i docenti convenzionati con il Ssn deve esserci piena omogeneità di regole con gli specialisti ospedalieri per quel che riguarda le valutazioni professionali, l'accesso alla libera professione, le progressioni di carriera e l'età pensionabile.

Istituire una specifica Facoltà delle scienze infermieristiche e delle altre professioni sanitarie.

NUOVI (E VECCHI) BISOGNI

Finanziare il Fondo per la non autosufficienza rivedendo anche l'indennità di accompagnamento, che nel nostro Paese è indifferenziata, al contrario di quanto accade in Francia e Germania.

Recuperare l'impegno per la tutela delle disabilità.

Riprendere l'iniziativa su Invalidità e semplificazione burocratica, prevedendo norme severe ma aperte ai cittadini, ai loro diritti e alle loro necessità.

Ridefinire i Lea e definire i livelli essenziali di assistenza sociale, collocandoli con determinazione al di fuori della logica prestazionale e dentro l'approccio che garantisce la presa in carico integrata.

Rilanciare la battaglia per la costruzione della dimensione territoriale della offerta di assistenza.

Riprendere la battaglia su Terapia del dolore e cure palliative con la semplificazione del ricettario, del rispetto degli standard fissati dai Lea, del rafforzamento della rete degli hospice e dell'investimento in assistenza domiciliare, dello sviluppo della rete delle cure palliative.

Intervista a **GIOVANNI MONCHIERO**, neo presidente della Fiaso

COINVOLGERE LA Dirigenza Medica

Presidente Monchiero, il quadro politico generale non è tra i più rosei: il sottofinanziamento della sanità continua a generare un contenzioso infinito tra Regioni e Stato centrale. Un clima di ristrettezze che investe, inevitabilmente, anche le Aziende. Come vi muovete in questo scenario?

È fuori dubbio che esista un sottofinanziamento storico della sanità, ma è anche vero che dobbiamo fare i conti con una crisi economica mondiale che non ci consente di spendere di più. Quindi, dobbiamo attrezzarci e raccogliere questa sfida. Non dobbiamo però dimenticare che il nostro servizio sanitario costa molto poco rispetto a quello che offre. Questa è una verità che ogni tanto va riaffermata, anche perché non solo è ignota all'opinione pubblica, ma talvolta viene rimossa anche dai decisori politici e dagli operatori stessi della sanità. Nel nuovo Patto per la salute si ventila un taglio di 27mila posti letto. Pensa che questo produrrà realmente un risparmio?

Innanzitutto, bisogna capire come questa misura verrà attuata. Finché si tradurrà in una semplice azione di facciata è chiaro che non porterà a nulla. Mi spiego, se in un'Azienda con 1.500 posti letto puntiamo a tagliarne 300, ma ne leviamo solo due in ognuno dei 150 reparti esistenti non abbiamo risparmiato neanche un centesimo. E purtroppo, fin ora in molte realtà è stata applicata questa formula. Comunque, non credo che abbia particolare senso agire sui posti letto. Il vero nodo è avere il coraggio di chiudere del tutto alcuni ospedali. Cosa che nessuno, di fatto, ha voglia di realizzare. In Italia ci sono circa 532 ospedali con meno di 120 posti letto che in base ad una norma di legge, non ad un atto di generica programmazione, dovevamo essere chiusi 15 anni fa. Se le leggi vengono disattese per così lungo tempo, temo che anche questo tipo

Sottofinanziamento della sanità, taglio dei posti letto e l'incompiuta aziendalizzazione. E poi ancora, rapporti con i medici e con le Regioni. Di questo e altro ancora abbiamo parlato con Giovanni Monchiero il nuovo presidente della Fiaso

↳ Ester Maragò

di programmazione fallirà. **Passiamo ad un altro argomento, l'aziendalizzazione ha raggiunto qualche obiettivo o è stata un flop?**

L'aziendalizzazione ha consentito la sostenibilità del sistema. Non dimentichiamo perché era stata inventata: dopo 10 anni di riforma il sistema appariva destinato al fallimento. Prima di rimetterla in discussione, quindi, bisognerebbe capire qual è l'alternativa.

È tuttavia evidente che siamo di fronte ad una aziendalizzazione incompiuta. Le nostre Aziende sono rimaste in molti casi delle "incompiute", con molte differenze di efficienza da un'Azienda all'altra, non sempre note e assolutamente incomprensibili. Il costo per punto di Drg prodotto da un'Azienda di medie dimensioni virtuosa e una metropolitana di grande dimensioni varia del 50 per cento, magari anche di più. Tutto questo dipende dal fatto che non si è riusciti a governare il processo di aziendalizzazione.

Quali sono le cause?

L'incapacità del sistema politico di portare l'aziendalizzazione alle sue logiche conseguenze. Aziendalizzazione che era finalizzata all'esclusione dal mercato di quelle strutture che si dimostravano inefficienti. A questa conclusione il sistema politico non è voluto arrivare, per difficoltà oggettive.

Non si è arrivati, di fatto, neanche alla verifica dei Dg?

È più facile verificare le Aziende che i Direttori generali. Se non siamo capaci a verificare le prime come possiamo valutare i secondi? La nostra Associazione sta chiedendo da tempo l'avvio di sistemi di verifica attendibili, e in qualche Regione si sta già lavorando su questo fronte. Noi non abbiamo paura di questo. Anzi, riteniamo che la verifica sia più che necessaria per la nostra qualificazione professionale. Dobbiamo però considerare che possono esistere manager geniali in Aziende fallimentari.

Siete quindi in linea con gli obiettivi dell'Agenas che intende attivare sistemi di verifica per misurare le performance delle Aziende sanitarie ed ospedaliere pubblicandone poi i risultati on line?

Sposiamo in pieno gli obiettivi dell'Agenas. Solo mettendo in rete dati veri si può arrivare ad un serio confronto. L'unico timore è che i dati di alcune Aziende potrebbero essere inattendibili proprio perché non in tutte le realtà l'aziendalizzazione è stata portata a compimento. Non credo che tutte le strutture sanitarie abbiano una contabilità analitica confrontabile e con lo stesso tasso di attendibilità. Lavoriamo quindi per consolidare alcuni passaggi.

Rapporti con i medici: quello tra voi e la dirigenza medica e la direzione generale è sicura-

mente un fronte caldo. Perché si è arrivati a questo?

Le responsabilità sono da entrambe le parti: sono indiscutibilmente due categorie "difficili".

Alcuni Direttori generali hanno gestito le Aziende in maniera autocratica e i medici, in particolare quelli delle aziende ospedaliere, hanno accumulato nel tempo molte responsabilità sulle difficoltà in cui versa la sanità in Italia. Personalmente sono portatore di esperienze diverse: prescindendo dalle difficoltà generali del sistema, ritengo sia impossibile gestire bene un'Azienda senza il coinvolgimento della dirigenza medica. La costruzione di un'alleanza positiva è possibile, ma occorre maggiore umiltà.

La strada indicata nel testo unico sul governo clinico è quella giusta?

Sicuramente. Inoltre, il provvedimento tiene in considerazione alcune osservazioni presentate dalla Fiaso. Penso che dare maggiore potere al collegio di direzione sia una soluzione ottimale. Ma possono essercene anche altre. Ad esempio?

Ricorrere ad un Consiglio di amministrazione. Anche se credo che le Regioni non vedrebbero di buon occhio la costituzione di un organo forte che incrementi il livello di autonomia dell'Azienda sulle quali vogliono mantenere un controllo totale.

La Fiaso ha ciclicamente



Giovanni Monchiero

espresso l'intenzione di sedersi al tavolo contrattuale ...

Voglio precisare che la nostra non è una richiesta, ma una dichiarazione di disponibilità ad assumerci, con spirito di servizio, responsabilità precise in un campo dove crediamo di avere acquisito un buon livello competenza.

Ci sono state resistenze? Da parte delle Regioni?

Solo incomprensioni. Di fatto noi siamo le Regioni, abbiamo con loro un rapporto fiduciario, quindi dovrebbe essere nella natura delle cose avere un manager al tavolo delle trattative. Credo che in particolare per gli accordi collettivi nazionali con i medici di medicina generale la nostra presenza sarebbe un atout vincente. La convenzione è stata gestita negli anni con particolare leggerezza, mentre nelle Aziende territoriali sarebbe indispensabile vivificare il rapporto con questi professionisti: ho potuto constatare che quando abbiamo presentato ai medici di medicina generale proposte innovative anche impegnative che riconfermano il loro ruolo, potenziandolo, abbiamo sempre avuto riscontri positivi.

L'Italia celebra 10 ANNI DI LEGGE SUI TRAPIANTI

I TRAPIANTI RALLENTANO LA LORO CORSA

Anche se i primi dati 2009 del Centro nazionale trapianti (Cnt) mostrano una tendenza positiva per tutte le fasi del processo donazione/trapianto. A dieci anni dalla legge 91, un quadro della situazione del sistema dei trapianti in Italia. Una rete di eccellenza che fa scuola in Europa, ma le donazioni sono ferme e crescono le opposizioni. Tuttavia il sistema informatico dell'Aido (Associazione italiana donatori di organi) registra, da solo, circa un milione di consensi alla donazione

Era il 1° aprile 1999 quando il Parlamento approvò la legge n. 91, Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti. In questi anni, il sistema trapianti in Italia è cresciuto, passan-

do dai 1.498 interventi del 1994 agli oltre 3.300 che il Cnt stima di effettuare nel 2009 (vedi tabella).

Tuttavia qualcosa si è inceppato: se il coordinamento dei Centri sparsi in tutta Italia permette di identificare un

numero sempre maggiore di potenziali donatori, nel 2008 il numero di trapianti effettuati è sceso a 2.932. A preoccupare ancora di più è l'aumento delle opposizioni al prelievo, che registrano un +11,2% dal 2005 al 2008.

Ma secondo il direttore del Cnt, Alessandro Nanni Costa, la macchina organizzativa funziona e questa tendenza negativa sarà smentita nel 2009 che, in base alle proiezioni sul primo trimestre, dovrebbe chiudersi con un'im-

pennata di trapianti e una diminuzione del 3,5% delle opposizioni.

Dall'Aido arriva una forte espressione di soddisfazione per tutto quello che è stato fatto in questi anni. "L'Italia era all'ultimo posto in Euro-

Intervista ad **ALESSANDRO NANNI COSTA** direttore del Cnt

Obiettivo: aumentare il numero di donazioni, ridurre quello delle opposizioni

"Abbiamo una situazione di eccellenza, che in qualche modo ha fatto da modello per la direttiva europea".

Così il direttore del Cnt, che scommette su crescita di donazioni e trapianti per il 2009 dopo la flessione dello scorso anno. I trapianti costano? Sì, ma salvano la vita e in alcuni casi fanno anche risparmiare

Dottor Nanni Costa, cresce il numero di potenziali donatori ma non aumentano le donazioni. In pratica gli organi ci sono, ma poi non si arriva all'espianto. Quali sono le ragioni di questa che sembra una contraddizione? Il primo dato è certamente un fatto molto positivo: vuol dire che nelle rianimazioni sono stati effettuati più accertamenti di morte cerebrale e dunque più segnalazioni. In altre parole, c'è stata maggiore attenzione alla donazione e al quadro normativo in cui si realizza. Per spiegare perché, da questo rilevante aumento dei donatori segnalati, si sia avuto un aumento più ridotto del

numero di donatori che entravano in sala operatoria occorre prendere in esame diversi elementi. Il primo è che a questo incremento dei donatori segnalati si è accompagnato un aumento delle opposizioni.

E infatti il Centro ha avviato uno studio proprio sul tema delle opposizioni alla donazione.

Per 3 mesi tutti i rianimatori d'Italia hanno raccolto dei questionari, nei quali si indagano varie caratteristiche legate al momento del consenso alla donazione: chi conduce il colloquio, chi assiste, quali familiari partecipano, dove si volge e altro ancora. Inoltre abbiamo cercato di

capire le ragioni del rifiuto, espresso in vita o espresso dai familiari.

Avete già dei risultati?

Non ancora. Ma questo lavoro ci servirà per il futuro, sia per preparare una campagna di informazione più mirata, sia per migliorare alcuni aspetti che interessano le modalità del colloquio.

Viceversa i dati sembrano indicare un buon funzionamento della rete dei trapianti in Italia.

La macchina organizzativa ha funzionato di più e meglio e, soprattutto, si è ridotta la differenza tra Nord e Sud. Per fare un solo esempio: rispetto al numero degli abitanti, abbiamo più

donatori segnalati in Calabria che in Lombardia.

Restando sull'esempio, come si spiega questo dato in una Regione efficiente ed "europea" come la Lombardia, dove esistono da tempo strutture dedicate?

Credo che sia legato alla vastità del territorio lombardo, grande e popoloso, che richiede uno particolare sforzo organizzativo. In che misura in Italia si riesce a rispondere positivamente alla domanda di trapianti?

Abbiamo 9.500 pazienti in lista e facciamo circa 3.000 trapianti all'anno. Per poter dare maggiori risposte, la priorità in questo momento

sono le segnalazioni, perché se venissero a mancare le segnalazioni il processo si fermerebbe.

Lo sforzo del 2009 sarà di mantenere, e possibilmente aumentare, il numero di donazioni, ma soprattutto ridurre il numero di opposizioni. Sia chiaro che i dati non sono drammatici, non c'è stato nessun segnale brusco, ma piuttosto un'erosione che ha fatto salire le opposizioni dal 28 al 32%.

Diceva prima che ci sono altre ragioni che spiegano la minore crescita di donazioni a fronte dell'aumento delle segnalazioni.

La seconda causa è che oggi abbiamo donatori più anziani,

pa, ma dopo la legge del '99 e l'istituzione del Centro nazionale trapianti siamo passati in una posizione d'avanguardia", afferma il presidente dell'Associazione, Vincenzo Passarelli. E pur confermando l'esistenza di una quota di opposizioni alla donazione, Passarelli sottolinea come l'Aido abbia raccolto e consegnato al Cnt un milione di consensi da inserire nel sistema nazionale dei trapianti.

ICOSTI

Ma quanto costa un trapianto? "La stima dei costi dei trapianti è difficile da ottenere, tuttavia riveste una notevole importanza in quanto rappresenta, insieme con l'analisi delle condizioni della domanda e dell'offerta, il presupposto per razionalizzare ed organizzare al meglio il si-

con un'età media di 53 anni, quindi con maggiore rischio di arresto cardiaco e organi mediamente meno idonei al trapianto. La terza è invece che da un anno e mezzo stiamo utilizzando protocolli più rigidi per quanto riguarda il rischio di trasmissione di infezioni. Questo determina, anche nei gruppi chirurgici, un atteggiamento di minore utilizzo di organi che potrebbero esporre a qualche rischio. Sono protocolli nazionali, ma il fatto che ci sia una direttiva europea rivolta proprio alla qualità e alla sicurezza degli organi nei trapianti ci dice che il problema è generale. Donatori più anziani, minore qualità degli organi, maggiore severità nei protocolli di sicurezza: queste condizioni fanno sì che da più donatori ci siano meno trapianti. Non si tratta di una contraddizione, ma di un passaggio in un lungo percorso, che oggi ci ha portato ad una consapevolezza maggiore sulla nostra attività. Secondo le nostre stime il costo complessivo di un trapianto

stema dei trapianti", spiega la ricercatrice del Ceis, Lara Gitto.

Esistono alcune stime, piuttosto risalenti nel tempo e state per lo più all'estero. "In Italia, le analisi sull'argomento mancano quasi del tutto", ma secondo la ricercatrice è possibile fare una stima, seppur molto approssimativa, sulla base degli studi statunitensi. Tenendo conto dei costi specializzabili, che sono, cioè, direttamente imputabili al trapianto (lo staff medico, la diagnostica, l'unità di terapia intensiva, i farmaci, gli interventi terapeutici post operatori), i costi generali dell'Unità di Trapiantologia Epatica (la sala operatoria, le utenze, gli ammortamenti delle apparecchiature, etc.), i costi generali dell'Ospedale, e considerato che i costi dell'intervento chirurgico del tra-

varia dai 111 mila ai 185 mila euro. Come valuta questi dati? Francamente credo che queste stime siano troppo elevate, almeno per l'Italia. In ogni caso, sebbene, il singolo intervento appaia costoso, il costo complessivo del sistema trapianti è relativamente "insignificante" rispetto al complesso dei costi della sanità pubblica perché di trapianti se ne effettua comunque un numero limitato. In certi casi, poi, può anche comportare dei risparmi per il sistema sanitario. Ad esempio, il trapianto di rene è più economico del costo della dialisi. E soprattutto, bisogna considerare che il trapianto è l'unico modo per curare persone altrimenti destinate a morire in breve tempo. Parlava prima di una direttiva europea sulla sicurezza dei trapianti. L'Italia riuscirà ad adeguarsi? Non dovrei forse dirlo io, ma noi abbiamo una situazione di eccellenza, che in qualche modo ha fatto da modello per la direttiva europea. Quindi non è davvero un problema quello di adeguarsi. Anche per quanto riguarda i

La donazione di organi

(dati per milioni di abitanti, confronto 2008-2009, e percentuale di opposizioni su donatori segnalati. Le proiezioni per l'anno 2009 sono elaborate sulla base dei dati rilevati nel primo trimestre)

	Donatori segnalati (potenziali donatori individuati nei reparti di rianimazione)		Donatori effettivi		Opposizioni (dati in percentuale)		
	2009	2008	2009	2008	2009	2008	Diff. %
Italia	40,3	40,3	22,4	22,1	29,1	32,6	-3,5
Abruzzo-Molise	32,1	41,1	12,3	11,4	46,2	44,6	1,5
Basilicata	13,7	35,1	13,7	15,1	0,0	47,6	-47,6
Calabria	12,1	29,8	4	12,9	50,0	38,3	11,7
Campania	32,1	24,4	16,7	9,5	37,0	46,8	-9,8
E. Romagna	43,6	53,5	27,5	32,1	28,3	33,3	-5,1
Friuli V.G.	49,8	50,7	36,5	33,8	13,3	25,0	-11,7
Lazio	53,2	46,4	27	20,9	27,3	27,8	-0,5
Liguria	55,4	47,7	35,3	30,5	16,0	28,0	-12,0
Lombardia	31,5	29,1	23,1	18,7	26,7	25,5	1,2
Marche	39,2	39,4	26,1	18,4	35,1	36,2	-1,1
Piemonte-V.Aosta	51,1	53,3	25,1	31,4	0,0	28,6	-28,6
P.A. Bolzano	41,1	15,1	32,8	6,5	0,0	0,0	0,0
P.A. Trento	47,4	31,4	47,4	18,9	29,4	0,0	29,4
Puglia	33,8	29,1	14,9	11,7	23,1	35,0	-12,0
Sardegna	31,7	44,1	17	19	50,0	34,7	15,3
Sicilia	25,8	33,8	10,5	13,7	27,5	51,8	-24,2
Toscana	76,1	75,2	37,5	4,6	25,0	31,9	-6,9
Umbria	18,3	32,7	9,2	10,9	33,9	22,2	11,7
Veneto	49,5	45,9	26	28,7	28,9	21,6	7,3

Fonte: Il Bisturi su dati Cnt - Centro nazionale trapianti

pianto rappresentano solo un terzo del costo totale, avremmo che il costo finale di un trapianto di cuore, escludendo eventuali complicanze, salirebbe a circa 151.500 euro, un trapianto di fegato costerebbe circa 185mila euro ed un trapianto renale circa 111mila euro.

registri delle donazioni, noi abbiamo sviluppato un sistema di grande efficienza e spesso abbiamo difficoltà a confrontare i dati con altre realtà europee dove il metodo delle registrazioni è meno rigoroso. Abbiamo creato un valore: oggi abbiamo una rete con centri di eccellenza e centri di coordinamento che seguono regole comuni. Questo è un elemento che qualche anno fa non c'era. Qual è la situazione della formazione del personale sanitario sul tema dei trapianti? Forse dobbiamo concentrarci ancora di più sulla formazione dei rianimatori, che sono la chiave di volta del trapianto. Il Centro nazionale organizza ogni anno molti corsi rivolti alle professionalità che si occupano del prelievo (rianimatori, personale dei coordinamenti, ecc). Si tratta di corsi gratuiti per chi vi partecipa, mirati alla crescita professionale di questi operatori e allo sviluppo di un'organizzazione che lavora con criteri omogenei. È molto importante anche il coinvolgimento dei medici di

I trapianti effettuati in Italia

(dati in valore assoluto, confronto 2008-2009. Le proiezioni per l'anno 2009 sono elaborate sulla base dei dati rilevati nel primo trimestre)

	Trapianti effettuati		Pazienti in lista d'attesa (al 28 febbraio 2009)	
	2008	2009	2009	Tempo di attesa
Totale	3.382	2.932	9.777	
Rene	1.720	1.533	6.988	3,05 anni
Fegato	1.152	996	1.495	2,03 anni
Cuore	406	326	727	2,24 anni
Polmone	126	94	327	2,17 anni
Intestino	4	5	-	-
Pancreas	85	69	263	3,62 anni

Fonte: Il Bisturi su dati Cnt - Centro nazionale trapianti

medicina generale, che possono dare un grande contributo allo sviluppo di una cultura della donazione tra la gente. Per questo abbiamo apprezzato molto la collaborazione che c'è stata negli anni scorsi con la Fimmg e contiamo di poter sviluppare nuovi progetti simili. Così come crediamo molto nella professionalizzazione degli infermieri, che hanno un rapporto particolare anche con i familiari dei pazienti, possono svolgere mansioni di tipo organizzativo e danno un grande contributo alla crescita della rete dei trapianti. Più o meno spesso si torna a parlare di traffico illegale di organi. È davvero possibile che questo orrore coinvolga anche il nostro Paese? Noi abbiamo una tracciabilità assoluta degli organi e quando un organo viene dall'estero deve arrivare attraverso un nostro organismo ed avere una precisa identificazione. Nella rete senza la carta di identità non si entra. Francamente mi sembra difficile. E, già che parliamo di orrori, sfatiamo un altro mito:

gli adulti non possono usare organi prelevati da bambini. Quindi l'allarme su possibili omicidi di bambini di strada per prelievo d'organi sembra non avere fondamento. A livello internazionale un vero problema è, invece, il cosiddetto turismo trapiantologico, perché ci sono Paesi dove è possibile comprare organi da donatori viventi. E questo fenomeno della pay donation è piuttosto preoccupante, anche perché si realizza in situazioni dove i controlli e la sicurezza sono scarsi. Ma, per il momento, non abbiamo notizia di broker italiani. (E.A.)



Alessandro Nanni Costa

Orario DI LAVORO

Purtroppo a molti anni di distanza dalla prima Direttiva europea (1993) sull'orario di lavoro dobbiamo ancora assistere ad un tentativo ostinato, ma giuridicamente maldestro di confinare, strumentalmente, il suo significato al semplice ottenimento di una maggiore flessibilità del lavoro a favore dell'azienda; nomi celebri senza vergogna hanno sostenuto questa tesi.

Niente di più inesatto. Le direttive (93/104, 00/34 e 2003/88 Ce) sono state promulgate a tutela della salute dei lavoratori (intesa in tutte le sue accezioni, quindi anche come salute della vita di relazione) per consentire agli stessi una maggior conciliazione tra attività lavorativa e vita familiare (di cui al considerato n. 5 della direttiva 2003/88 Ce) in particolare con specifico riferimento alla attività delle donne/madri/lavoratrici. Cercando un equilibrio tra standard "produttivi" ed esigenze familiari e di vita di relazione del lavoratore.

Niente a che vedere con quanto ci vogliono far credere con il neologismo "flessicurezza" (che potrebbe essere in realtà così interpretato: flessibilità ad accettare turni abnormi e sicurezza del guadagno da parte del datore di lavoro).

La categoria dei (medici) reietti in Italia, istituita ufficialmente con la finanziaria 2007 con l'ormai arcinoto emendamento Ventura, è stata successivamente ampliata e ribadita da un altro governo e di bandiera opposta con la L. 133/08 che vuole disapplicare, alla nostra categoria, i benefici del D.Lgs 66/2003 sul riposo giornaliero e sulla durata massima dell'orario di lavoro settimanale lasciando i medici stessi in un limbo legislativo senza regole che il Ccnl purtroppo non ha potuto colmare e che alcune Regioni tentano strumentalmente di riempire.

Ma le Direttive europee sono finalizzate al conseguimento di un determinato "risultato" da parte degli Stati membri che sono, quindi, vincolati a tale obiettivo (istituire una omoge-

nea previsione nelle norme sull'orario di lavoro e sui riposi; previsione che valga in tutti gli Stati membri e per tutti i cittadini della Comunità ovunque risiedano e per qualunque nazionalità).

La Corte di Giustizia Europea ha individuato alcune direttive come direttamente applicabili, riconnettendo a queste le stesse conseguenze che si riconoscono ai regolamenti Ue: devono essere applicate senza discussione, (direttive autoapplicative). Le direttive sull'orario di lavoro (94/103 Ce, 2000/34 Ce, 2003/88 Ce) sono dotate di questo potere: sono sufficientemente chiare e precise per poter essere applicate direttamente in qualunque Stato della Comunità (sentenze Simap ed Jaeger).

In Italia la Corte Costituzionale, in sintonia con la Corte di Giustizia europea, è stata, infatti, molto chiara sull'argomento: "tutte le autorità nazionali, e perciò non solo i giudici in sede di contenzioso, ma anche tutte le amministrazioni centrali, regionali e locali, sono tenute ad assicurare l'immediata applicazione delle norme comunitarie dotate di effetto diretto" (sentenza n. 389/1989). La Corte di Giustizia europea ha anche riconosciuto l'obbligo degli Stati membri di risarcire ai cittadini i danni provocati dalla mancata o dalla non corretta attuazione delle direttive.

Non possono quindi coesistere Leggi precedenti che neghino i presupposti di una Direttiva europea né tanto meno Leggi successive che ne vogliono limitare la portata o che ostacolano il principio trainante che nelle Direttive stesse è contenuto

Quindi appare già discutibile l'esclusione dai benefici di una Direttiva europea di una categoria (quella dei medici) per legge (133/08).

La norma introdotta stabilisce quindi una differenza, inaccettabile per la Comunità Europea, con gli altri Paesi e quindi anche palesemente discriminante nei confronti non solo dei medici italiani ma anche dei medici comunitari residenti in Italia ed operanti nel Ssn.

Importante è soprattutto il ri-

ferimento al solo D.Lgs 66/2003 e non alla Direttiva europea 2003/88 Ce attualmente vigente (che ricordiamo è dotata di effetto diretto) alla quale i cittadini comunitari possono appellarsi.

La recente revisione del Parlamento Europeo della 2003/88 Ce ha recentemente riaffermato il principio delle 11 ore minime di riposo continuativo nelle 24 ore. (17/12/08)

Non possono coesistere Leggi precedenti che neghino i presupposti di una Direttiva europea né tanto meno Leggi successive che ne vogliono limitare la portata.

La previsione, obbligata, del Ccnl di destinare alla contrattazione locale la norma sui riposi appare curiosa come spiega in modo esaustivo in Forum Europa Roberto Franci:

"In primo luogo, se si pone la

questione su un piano logico e sistematico, nel caso in cui si riconoscesse la facoltà di determinare la regolamentazione di un istituto certamente assai delicato, per le implicazioni che ne derivano alla stessa integrità psicofisica del prestatore d'opera, anche ad accordi, come quelli aziendali, conclusi con ristretta partecipazione e, probabilmente, non insensibili all'influsso di situazioni contingenti – ma tuttavia idonei a porsi addirittura in contrasto con i principi generali delineati in contratti di livello nazionale – si favorirebbe la proliferazione di situazioni ampiamente eterogenee e, in definitiva, anche tali da non garantire una sufficiente tutela dei lavoratori. È, infatti, presumibile che gli interessi della collettività dei prestatori d'opera trovino più qualificata tutela in accordi di maggior livello e che la trattativa territorialmente circoscritta, tanto più quella aziendale, debba considerarsi funzionalmente idonea a riempire di contenuto posizioni marginali e di dettaglio, nell'ambito delle direttive di carattere generale provenienti da fonti che prevedono la più ampia partecipazione".

Del resto, è lo stesso Decreto legislativo (66/2003 Ndr) ad esordire (articolo 1, primo comma) chiarendo che le sue disposizioni «sono dirette a regola-

mentare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, e nel pieno rispetto del ruolo dell'autonomia negoziale collettiva, i profili di disciplina del rapporto di lavoro connessi all'organizzazione dell'orario di lavoro».

Ebbene, se la finalità è quella di creare una disciplina uniforme a livello nazionale, non pare seriamente contestabile il rilievo che, indipendentemente dalla fonte (legislativa o contrattuale), i principi e i criteri da applicarsi nella realtà concreta per garantire la dichiarata uniformità debbano trovare la medesima applicazione, indipendentemente dalla porzione territoriale o, addirittura, dalla singola impresa, in cui vengono a collocarsi. Il riconoscimento dell'autonomia negoziale collettiva non può quindi porsi in contraddizione con l'esigenza primaria di uniformità; sicché anche da questa fonte normativa è necessario pretendere una validità a livello nazionale. Nulla vieta, del resto, che un Ccnl possa prendere in considerazione situazioni che caratterizzano ambiti territoriali diversi, ove se ne ravvisasse l'opportunità. Ma vediamo nel dettaglio quanto prevedono le Leggi italiane (di recepimento delle direttive europee):

Legge 29 dicembre 2000, n. 422 "Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia al-

DIRETTIVE EUROPEE AL PALO

Nel nostro Paese non vengono applicate le Direttive europee in materia di orario di lavoro: una disapplicazione opportunistica.

Si discriminano così non solo i camici bianchi italiani, ma anche i medici comunitari residenti in Italia e che operano nel Servizio sanitario italiano

↳ Sergio Costantino - Segretario Aziendale Anao Assomed Policlinico di Milano



le Comunità europee legge comunitaria 2000" (recepisce la direttiva 93/104 Ce)

«Art. 2 (Criteri e principi direttivi generali della delega legislativa)

c) salva l'applicazione delle norme penali vigenti, ove necessario per assicurare l'osservanza delle disposizioni contenute nei decreti legislativi, saranno previste sanzioni amministrative e penali per le infrazioni alle disposizioni dei decreti stessi... le sanzioni sopra indicate sono determinate nella loro entità, tenendo conto della diversa potenzialità lesiva dell'interesse protetto che ciascuna infrazione presenta in astratto, di specifiche qualità personali del colpevole, comprese quelle che impongono particolari doveri di prevenzione, controllo o vigilanza, nonché del vantaggio patrimoniale che l'infrazione può recare al colpevole o alla persona o ente nel cui interesse egli agisce. (identica nel 2005)

f) i decreti legislativi assicureranno in ogni caso che, nelle materie trattate dalle direttive da attuare, la disciplina disposta sia pienamente conforme alle prescrizioni delle direttive medesime». (identica nel 2005)

Nella Legge Comunitaria 2004 del 18 aprile 2005 n. 62 «Art. 2. Principi e criteri direttivi generali della delega legislativa.

1, c) salva l'applicazione (idem art. c della 422/2000) sono (diventa indicativo presente e non più futuro) previste sanzioni amministrative e penali per le infrazioni alle disposizioni dei decreti stessi. Le sanzioni penali, nei limiti, rispettivamente, dell'ammenda fino a 103.291 euro e dell'arresto fino a tre

anni, sono previste, in via alternativa o congiunta, solo nei casi in cui le infrazioni ledano o esponano a pericolo interessi costituzionalmente protetti. (NB la tutela della salute è interesse costituzionalmente protetto)...

f) identica

h) i decreti legislativi assicurano che sia garantita un'effettiva parità di trattamento dei cittadini italiani rispetto a quelli degli altri Stati membri dell'Unione europea... ed evitando l'insorgere di situazioni discriminatorie a danno dei cittadini italiani nel momento in cui gli stessi sono tenuti a rispettare, con particolare riferimento ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività commerciali e professionali, una disciplina più restrittiva di quella applicata ai cittadini degli altri Stati membri».

Esiste comunque, a nostra tutela, un riferimento di garanzia quello del riposo adeguato (art.1, comma 2,j D.Lgs 66/2003). Infatti, non è stato modificato od emendato dalla 133/08 e prevede:

«periodi di riposo regolari... sufficientemente lunghi e continui per evitare che (i lavoratori), a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi, ad altri lavoratori o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine, i terzi nella nostra professione sono i pazienti.

È facoltà della Regione negare gli studi scientifici che la Co-

munità Europea ha portato a sostegno per stabilire il limite minimo di 11 ore di riposo?

E in un eventuale futuro contenzioso non sarebbero autorizzati i medici a chiedere conto alla Regione stessa di misure riduttive adottate rispetto a quelle previste dalla Comunità Europea?

Studi effettuati a Harvard di-

et al. PLoS Med 3 (12): e 487; 2006).

In particolare sembra atto poco accorto non concedere tale misura nelle aree di maggior stress lavorativo (ad es. quelle intensive) nelle quali l'attività, specie nei grossi centri, non scema neppure di notte. Occorre allertare la società civile rispetto a questa pericolosa scelta delle amministrazioni regionali che vogliono controllare il management lasciando a noi il solo risk

La motivazione esclusivamente economica non ci appare sufficiente a voler mantenere degli organici inadeguati nonostante le parole contrarie spese in passato in varie sedi per rabbonirci.

Promesse mai mantenute.

Questa pressione incombente ben si correla all'attacco bipartisan alla sanità pubblica in atto oramai da quasi tre anni, ed è un'ulteriore espressione della volontà di smantellare il Ssn tradendo sia il dettame costituzionale sia il patto a suo tempo stabilito con i cittadini italiani. Le "fondamenta" unitarie e solidaristiche vengono ogni giorno smentite lasciando sempre più posto a visioni di basso profilo proprie di gran parte della attuale classe politica. Vedi il taglio di oltre 27mila posti letto nei prossimi 5 anni (Sole 24ore del 14/4/09)

Il riconoscimento dell'autonomia negoziale collettiva non può porsi in contraddizione con l'esigenza primaria di uniformità

mostrano risposte alterate agli stimoli esterni già dopo solo 12 ore di veglia e rivelano, nell'attività delle ore finali di turni prolungati, circa un 30% di errori evitabili (dato onnicomprensivo) e nella reiterazione di turni prolungati, nell'arco di un mese, un netto peggioramento delle performance dei medici (Barger L.K.

La voragine di costi legati alla sanità troppo spesso esula dalle spese sostenute per la cura dei pazienti (come i numerosi esempi di "allegra gestione" portati alla ribalta dalle cronache giudiziarie di questi due ultimi anni hanno dimostrato) e si possono sempre più classificare come dovute ad un sistema eticamente improprio che pone come centrale la visione del guadagno relativo alla patologia e non l'uomo, la sua sofferenza e la necessità di cura. Il maggior paradosso è che la nazione più potente del mondo (Usa) che ha un sistema sanitario, basato sulle assicurazioni private, globalmente poco efficiente ed ad alto costo (nettamente più dispendioso del nostro) ma che viene preso a modello dai nostri amministratori e che spesso ne ispira idealmente le scelte, a sua volta sta prendendo a modello il nostro sistema sanitario nazionale per una riforma epocale nella terra della libera concorrenza orientando l'assistenza verso un sistema solidaristico.

Come dice il Presidente degli Stati Uniti d'America:

"Un sistema universale per garantire la salute. Questo è il nostro obiettivo. Io voglio dare l'assistenza sanitaria a tutti. Se poi lo faremo secondo il modello europeo o canadese, questa è un'altra faccenda. Intanto bisogna ridurre i costi sanitari attraverso le tecnologie, pagare i medici in base ai risultati e non al numero di interventi (quale più autorevole e precisa critica al sistema Drg /Sdo che governa attualmente la nostra sanità? ndr); investire nella prevenzione".

In merito infine ad una sanità (futuribile) gestita dalle assicurazioni rammento come in nessuna struttura italiana, per ora, i medici hanno sentito dire al paziente "dottore quell'esame io non posso farlo" (come avviene tuttora negli Usa) ed alla replica stupita dei "forestieri" poco illuminati sugli usi locali che ne chiedevano le motivazioni udire la risposta umiliata e da cittadini di serie B "perché la mia assicurazione non lo prevede e dovrei pagarlo di tasca mia e non posso". Vogliamo veramente questo? Allora tutto bene, barra a dritta e vai.

Commissione EUROPEA

CARTA VERDE PER GLI OPERATORI EUROPEI DELLA SALUTE

Come affrontare le grandi sfide come la demografia, la gestione della mobilità, le strategie di reclutamento e di trattenimento e quali informazioni sono necessarie per una politica basata sull'evidenza. Sono questi i temi di discussioni contenuti nella "Carta Verde per la forza lavoro europea per la salute" elaborata dalla Commissione Europea e posti all'attenzione dei Paesi Membri

↳ Enrico Reginato - Delegato Anao Assomed presso la Fems

La Commissione Europea ha elaborato una bozza di documento, che aveva inviato per consultazione a diversi organismi rappresentativi dei Medici Europei, su un progetto di "Carta Verde per la forza lavoro europea per la salute", in considerazione che la salute è riconosciuta non solo come un valore in sé, ma un fattore chiave che sostiene la crescita economica e rappresenta un investimento importante.

Recentemente la bozza si è trasformata in un documento ufficiale e sono iniziate le consultazioni della Commissione Europea con gli organismi rappresentativi interessati.

Gli argomenti trattati affrontano sfide come la demografia, la gestione della mobilità, le strategie di reclutamento e di trattenimento e quali informazioni sono necessarie per una politica basata sull'evidenza.

Lo scopo della Carta Verde è quello di aprire un ampio processo di consultazione e di lanciare un'approfondita discussione che coinvolga le istituzioni europee, i Paesi membri e la Società Civile per

identificare le azioni necessarie, sia a livello dei singoli Paesi, sia a livello europeo, per affrontare gli aspetti descritti nella carta verde. Inviterà quindi tutte le organizzazioni interessate a fornire il loro contributo.

Questa la sintesi degli argomenti presi in considerazione dalla Commissione.

DEFINIZIONE DI "FORZA LAVORO PER LA SALUTE"

La forza lavoro per la salute è costituita da: medici, infermieri, farmacisti e dentisti, specialisti in sanità pubblica e scienziati in campo medico, gestori di servizi sanitari e personale docente.

DEMOGRAFIA

I cittadini europei vivono più a lungo, in migliori condizioni, ed hanno molte aspettative dal loro sistema sanitario. L'aspettativa di vita è cresciuta, dagli anni '50, di circa 2,5 anni per decade e ci si attende un ulteriore incremento. Nello stesso tempo, secondo quanto riportato dal servizio statistico della Commissione Europea, per il 2050 si prevede un decremento della popo-

lazione dell'11,7% per i Paesi Membri più recenti, per migrazione e ridotta fertilità. La combinazione di questi dati e l'invecchiamento della generazione del "baby boom" porterà a mutamenti drammatici nell'aspetto demografico europeo di prossimi 50 anni. La sfida maggiore sarà dovuta al declino del numero di abitanti in età lavorativa, già a partire dagli anni successivi al 2010. Per il cambiamento delle dinamiche familiari, laddove la famiglia non potrà più prendersi carico di familiari bisognosi di assistenza, si prevede un'enorme richiesta di cure extraospedaliere per malattie croniche da parte di personale dedicato.

Si rende quindi necessario un aumento di personale sia per cure formali che informali, con il problema di attrarre forza lavoro disposta ad assumersi questi compiti, a fronte di un mercato del lavoro che offre condizioni e retribuzioni

migliori in altri campi. Si può inoltre verificare l'esigenza di un diverso iter formativo e di qualificazione e di un diverso sviluppo di carriera. Nel mondo sanitario vi è un'elevata femminilizzazione della popolazione lavorativa che copre fino al 77% della forza lavoro; in campo medico, in alcuni paesi membri, le studentesse di Medicina superano il 50%. Questo comporta sicuramente interruzioni di carriera o richiesta di lavoro part-time per la donne che desiderano e necessitano di occuparsi anche della fami-

glia, ma non è solo un problema femminile, dato che anche gli uomini cercano un diverso equilibrio fra lavoro e vita sociale.

L'aumento dei lavoratori part-time implica la necessità di un numero maggiore di persone per fornire lo stesso servizio.

LA FORZA LAVORO SANITARIA

I lavoratori del settore sanitario, nel senso più ampio, rappresentano uno dei settori più significativi dell'economia del-



l'Unione Europea, pari al 9,7% della forza lavoro complessiva. La salute, in Europa, consuma dal 7 al 11% del prodotto interno lordo dei Paesi Membri ed il 70% del budget è rappresentato da stipendi ed altri costi direttamente legati al personale. La forza lavoro sanitaria europea sta invecchiando e ciò aggraverà quanto avvenuto negli anni 1995-2000, dove il numero di medici europei con meno di 45 anni è diminuito del 20% e quello dei medici con più di 45 anni è aumentata di oltre il 50%.

MIGRAZIONE DEI LAVORATORI DELLA SALUTE

Molti professionisti della sanità colgono l'opportunità di muoversi verso altri Paesi membri, in cerca di migliori condizioni di lavoro e migliori salari, oltre che migliore sviluppo della loro professionalità. I risultati sono che, essendo impossibile contenere questo fenomeno, in alcuni Paesi sta diventando problematico assicurare adeguata assistenza, specialmente in aree periferiche e rurali.

A questo fenomeno migratorio comunitario si aggiunge la migrazione verso altri Paesi, come gli Stati Uniti, Canada, Australia e Nuova Zelanda, grazie anche a campagne di reclutamento, che offrono buone condizioni di lavoro e buoni salari.

La migrazione nel mercato interno può avere aspetti positivi, consentendo di assicurare il personale necessario laddove ve ne sia scarsità, ma esiste il grande rischio che i Paesi più poveri dell'Unione ne risentano pesantemente, dati i bassi salari esistenti, le risorse stanziare per la formazione potrebbero essere ridotte, dato che c'è uno scarso ritorno dell'investimento se non vi è possibili-

tà di trattenere le persone formate.

Elevato anche il danno per i Paesi extracomunitari, da cui possono provenire lavoratori della sanità attratti dalle condizioni di lavoro e di salario, con possibilità di inviare denaro a casa, o costretti a migrare da situazioni di guerra.

CAPACITÀ FORMATIVA IN MATERIA SANITARIA

La capacità formativa è, anch'essa, un aspetto da considerare nella pianificazione della forza lavoro sanitaria.

Il Bologna Process, iniziato nel 1999, ha l'obiettivo di creare un'area europea di formazione superiore per il 2010 e renderla più compatibile e comparabile. Una delle aree considerate è quella della formazione in campo sanitario e la Commissione Europea sta sviluppando una cornice europea di qualificazione per l'apprendimento continuo (Eqf).

L'Eqf è uno strumento di riferimento per confrontare i livelli di qualificazione dei diversi Paesi e i diversi sistemi formativi e di addestramento che esaminano i risultati della formazione, piuttosto che il numero di ore utilizzate per la formazione.

Lo sviluppo professionale continuo in campo sanitario (Cpd) è materia importante quanto la qualificazione professionale. È attraverso la Cpd che un possibile datore di lavoro può capire quanto aggiornata sia l'abilità e la preparazione professionale. Ma differenti standard formativi nei diversi Paesi rendono difficile capire, per un datore di lavoro, quale livello di esperienza, capacità ed abilità professionale, qualità e sicurezza delle cure forniscono i lavoratori della salute.

È quindi necessaria una maggiore cooperazione a livello europeo.

CAPACITÀ NEL CAMPO DELLA SALUTE PUBBLICA

Oltre alla pianificazione per

le cure cliniche, nel campo della salute pubblica, è necessario che l'Europa sviluppi la funzione di salute pubblica per valutare i bisogni sanitari, il loro impatto, la promozione della prevenzione, l'economia sanitaria, la raccolta dati epidemiologici e la programmazione per combattere le infezioni. Igienisti, virologi, microbiologi ed epidemiologi, fra molti altri, sono necessari per pianificare il contenimento delle emergenze sanitarie, il diffondersi di malattie infettive e pandemiche e pianificare la risposta sanitaria pubblica ai disastri. È necessario costruire una capacità di Medicina Pubblica e questo implica una aumentata capacità formativa ed, ovviamente, un maggior numero di formatori.

LA DIRETTIVA EUROPEA SUL TEMPO DI LAVORO

Il 17 dicembre 2008 il Parlamento Europeo ha confermato la propria direttiva sul tempo massimo di lavoro, in particolare per quanto riguarda il diritto al riposo immediatamente successivo ad un turno di lavoro superiore a 13 ore, ed al riconoscimento del tempo impegnato sul posto di lavoro come orario a tutti gli effetti, senza abbattimenti di orario.

L'IMPATTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE

L'introduzione di nuove tecnologie può aiutare a risolvere alcuni problemi in materia di attività sanitarie in aree dove esiste carenza di personale. La Telemedicina è definita come la fornitura di servizi di cura ai pazienti, utilizzando le tecnologie della comunicazione, in situazioni dove il medico ed il paziente sono sempre nella stessa area. La telemedicina include la trasmissione di immagini, audio, video o altri dati per aiutare la diagnosi, il controllo ed il trattamento dei pazienti.

L'introduzione di nuove tecnologie può aiutare a risolvere alcuni problemi in materia di attività sanitarie in aree dove esiste carenza di personale. La Telemedicina è definita come la fornitura di servizi di cura ai pazienti, utilizzando le tecnologie della comunicazione, in situazioni dove il medico ed il paziente sono sempre nella stessa area.

LA CARENZA DI DATI COMPARABILI PER I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

La mancanza di dati confrontabili sui professionisti che operano in campo sanitario impedisce, attualmente, lo sviluppo di politiche basate sull'evidenza.

Dato che la potenziale carenza di una parte dell'Europa si ripercuote altrove, una informazione a tutto campo europeo sul numero dei professionisti sanitari, le specializzazioni, l'età, anzianità di servizio, tempo di lavoro e la loro distribuzione, è la chiave per pianificare e fornire servizi sanitari a tutte le autorità sanitarie della Unione Europea. La mancanza di dati sui professionisti sanitari non è un problema solo a livello europeo, ma anche un problema a livello dei singoli Paesi membri per lo sviluppo di politiche sanitarie basate sull'evidenza da parte di chi decide sulle politiche della forza lavoro sanitaria.

PIANIFICAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Una buona pianificazione delle risorse umane e della loro organizzazione ha un ruolo vitale nel trattenimento del personale ed è un beneficio economico per le strutture la riduzione del turnover del personale. Le motivazioni che inducono il personale a non trasferirsi non sono solamente di tipo economico, anche se questo certamente gioca un ruolo importante. Il personale ha la necessità, anche, di sentirsi valutato, e questo avviene so-

lo se gli si offrono possibilità di sviluppo, anche attraverso un processo di sviluppo professionale continuo.

Il personale è un consumatore sempre più attivo, con una maggiore consapevolezza di vantaggi, opportunità formative ed opzioni lavorative. Una favorita mobilità nel mercato interno aumenta il potere contrattuale e ridefinisce i rapporti fra datore di lavoro e prestatore d'opera.

I dirigenti di risorse umane, i pianificatori e i datori di lavoro dovranno riconoscere la relazione fra una buona pratica di impiego e l'attrattiva a lungo termine nel mercato locale del lavoro. Lo scopo dovrebbe essere quello di diventare il datore di lavoro di scelta, di coinvolgere il personale, renderlo soddisfatto ed orgoglioso di appartenere alla loro organizzazione. Per raggiungere questo scopo i leader e i responsabili delle risorse umane dovranno avere la capacità e la competenza richieste per assicurarsi una disponibilità di lavoratori capaci nel lungo termine.

Le campagne di reclutamento potranno aver vantaggio dalla crescita del mercato dei lavoratori di oltre 55 anni di età. Possono essere utilizzate campagne di "ritorno al lavoro" dirette a coloro che avevano lavorato nel campo sanitario o coloro che non hanno lavorato per qualche tempo, per motivi, forse, familiari, o hanno abbandonato per insoddisfatti salari o condizioni di lavoro, con l'impegno ad istituire speciali corsi di formazione mirata.

Previdenza

↳ Claudio Testuzza

Richiesta di aspettativa: tutte le opportunità per i medici

Per i medici dirigenti, dipendenti dalle Aziende sanitarie, il contratto di lavoro prevede, in caso di malattia, la conservazione del posto per un periodo di diciotto mesi nell'arco di un triennio, mantenendo il trattamento economico dell'intera retribuzione per i primi nove mesi di assenza, il 90% della retribuzione per i successivi tre mesi, e il 50% per gli ulteriori sei mesi. In questo caso vengono mantenute sia la progressione dell'anzianità di servizio sia la contribuzione previdenziale. Ma esistono diverse condizioni di possibili aspettative ove, però, al sanitario assente non viene attribuita alcuna retribuzione e contribuzione previdenziale con anche perdita dell'anzianità di servizio, ma che danno, comunque, la possibilità di mantenere il posto di lavoro e, quindi, poter riprendere la propria attività di dipendenza allo scadere del periodo concesso.

Al dirigente, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato che ne faccia formale e motivata richiesta, compatibilmente con le esigenze di servizio, possono essere concessi periodi di aspettativa per diverse condizioni.

Una delle più frequenti richieste riguarda quella che genericamente viene definita aspettativa per gravi motivi di famiglia ovvero personali. Si tratta di una condizione che permette al dipendente di potersi assentare per assistere propri familiari colpiti da patologie gravi o in condizione di handicap. È fruibile anche frazionatamente e non si cumula con le assenze per malattia. La stessa richiesta di aspettativa può essere prodotta per l'educazione e l'assistenza dei figli fino al sesto anno di età. Ma in questo caso i periodi concessi sono utili ai fini degli accrediti figurativi per il trattamento pensionistico. L'aspettativa può essere concessa per una durata complessiva di dodici

mesi in un triennio. Esiste, comunque la possibilità di ottenere per gravi e documentati motivi di famiglia (ex legge n. 53/2000) un'aspettativa della durata di due anni ma per una sola volta nell'arco della vita lavorativa. Tale aspettativa può essere usufruita anche frazionatamente e cumulata con l'aspettativa concessa per i di 12 mesi. Il dirigente rientrato in servizio non può usufruire di un ulteriore periodo di aspettativa per motivi di famiglia, anche per cause diverse di quelle indicate precedentemente, se non siano intercorsi almeno quattro mesi di servizio attivo.

L'azienda, qualora durante il periodo di aspettativa vengano meno i motivi che ne hanno giustificato la concessione, invita il sanitario a riprendere servizio con un preavviso di 10 giorni. Nel caso in cui il dirigente, salvo casi di comprovato impedimento, non si presenti per riprendere servizio, alla scadenza del periodo, il

rapporto di lavoro sarà risolto senza diritto ad alcuna indennità sostitutiva del preavviso. Altra aspettativa prevista contrattualmente (vedi Ccnl integrativo del 10 febbraio 2004), per la durata massima di sei mesi, riguarda la condizione del dipendente che sia assunto da altra Azienda ovvero ente o amministrazione di comparto diverso con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed incarico di direzione di struttura complessa.

La stessa tipologia di aspettativa è richiedibile, ma in questo caso per tutta la durata del nuovo contratto di lavoro, ove lo stesso fosse conferito a termine. Tale condizione è possibile anche per rapporti di lavoro in organismi della Comunità Europea. Le aspettative relative a tali ultime condizioni sono d'obbligo da parte dell'amministrazione mentre le aspettative per motivi di famiglia sono soggette ad un provvedimento discrezionale di concessione. Tuttavia in assen-

za di un provvedimento esplicito di diniego da parte dell'Azienda entro i 30 giorni successivi alla domanda - salvo diverso accordo fra le parti - il sanitario avrà diritto a godere dei periodi richiesti in virtù del principio del "silenzio/assenso" desumibile dall'interpretazione del testo contrattuale. Il dirigente medico che non intendesse alla scadenza dell'aspettativa, riprendere servizio è esonerato dal preavviso purché manifesti, per iscritto, la propria volontà almeno 15 giorni prima della scadenza dell'aspettativa concessa.

Infine ricordiamo che esistono altre aspettative previste da specifiche leggi. Si tratta dell'aspettativa in caso di elezione a cariche pubbliche, per la cooperazione con i Paesi in via di sviluppo, per motivi sindacali, per motivi di studio (borse di studio, dottorato di ricerca) e per il ricongiungimento con il coniuge che svolga attività lavorativa all'estero.

Uno scenario futuro negativo per le pensioni

La Ragioneria Generale dello Stato ha prodotto un rapporto sulle tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico. Il rapporto sostiene che in soli tre anni, dal 2008 al 2010, la spesa per le pensioni aumenterà di circa un uno per cento in più rispetto al prodotto interno lordo. In gran parte l'effetto di questa non prevista crescita dipenderà dalla recessione in cui è caduta l'economia italiana che comporta una valutazione al ribasso delle stime della crescita del Pil in questo triennio. Le stime prevedono un calo del Pil medio annuo dell' 0,8 per cento, condizione che lo stesso Governo ha previsto nel proprio programma di stabilità. Per alcuni si tratta di una pre-

visione ottimistica. Gli effetti sulla spesa pensionistica saranno, comunque, importanti facendo salire al 15, 15, 5 per cento la spesa complessiva per questo settore, almeno fino al 2038. La stima della Ragioneria prevede che da quella data si potrà realizzare una decrescita del rapporto fra spesa pensionistica e Pil che potrebbe raggiungere un livello intorno al 13 per cento.

A far crescere la spesa per pensioni è stata, anche, la revisione dei requisiti di accesso alla pensione di anzianità intervenuti con la legge n. 247 del 2007. Infatti l'incremento complessivo appare essere rimasto in linea con i tassi di variazione registrati tra il 2000 e il 2007,

ma per gli anni successivi l'incremento sarà inevitabile.

Lo studio della Ragioneria identifica una differenza fra il settore privato e quello pubblico. Per i dipendenti privati la spesa in rapporto al Pil, dopo l'impenata degli anni 2008 e 2009, dovuta alla recessione, dovrebbe mantenersi piuttosto stabile per un quinquennio, attestandosi ad un 8,9% per poi scendere leggermente fino a raggiungere un 8,6 % nel 2012. Dal 2012 la curva riprenderà a crescere più rapidamente raggiungendo livelli prossimi al 10 per cento (9,8%) nel 2043.

Per il settore pubblico il rapporto fra spesa pensionistica e Pil crescerà, nel-

la prima parte del periodo di previsione, dal 3,3% del 2007 fino ad un massimo del 3,8% del 2019, per decrescere, in maniera significativa, raggiungendo circa il 2,6% nel 2060. Questa condizione è riferibile alla crescita del numero delle pensioni dei dipendenti pubblici che passeranno dagli attuali 2 milioni e seicento mila ai tre milioni e mezzo nel 2037 e dovuta al fenomeno del ritiro dalla vita lavorativa dei famosi baby boomers assunti nel periodo a cavallo degli anni settanta e ottanta del secolo scorso.

Nel suo rapporto la Ragioneria considera, anche, tutti gli interventi adottati negli ultimi anni che hanno, comunque,

Previdenza

↳ Claudio Testuzza

Per dipendenza e professione una pensione totalizzata

Nel mondo sanitario e medico sempre più spesso si assiste ad una variazione della tipologia del lavoro svolto. Molte figure professionali modificano la loro attività nel corso della vita lavorativa.

Dal rapporto privato a quello pubblico o viceversa, dalla dipendenza alla libera professione, l'incostanza dell'attività si riflette sul sistema previdenziale. Contributi finiscono in diversi istituti pubblici o enti privatizzati, spesso senza raggiungere, in uno di essi, i requisiti per il trattamento pensionistico. A cercare di soddisfare questa non secondaria necessità dovrebbe pensarci la totalizzazione. Il lavoratore che ha contributi versati in due o più enti di previdenza può cumularli presso un unico ente. In questo modo può raggiungere i requisiti minimi per la pensione di vecchiaia, di anzianità o di inabilità, oppure aumentare la base contributi-

va su cui queste vengono calcolate.

La convenienza è particolarmente significativa per coloro che senza il cumulo dei diversi spezzoni resterebbero senza pensione, ma anche per chi possa ottenere con la totalizzazione il trattamento pensionistico usufruendo del calcolo retributivo sulla quota di pensione dove ha maturato l'anzianità di più lunga durata. La totalizzazione ha come obiettivo primario quello di garantire l'accesso alla pensione di vecchiaia con i requisiti minimi che sono quelli del regime di previdenza pubblica: 20 anni di contributi e 65 anni sia per gli uomini che per le donne. Ma il trattamento pensionistico, in questo caso di anzianità, è esigibile, anche, da chi, sempre grazie alla somma degli spezzoni contributivi, possa fare valere almeno 40 anni di contributi. La legge n. 247 del 2007 ha facilitato la totalizzazione avendo ridotto a tre an-

ni il periodo minimo degli spezzoni da poter utilizzare, prima previsto di sei anni. Peccato che non siano, ancora, considerati validi, al fine della totalizzazione, i contributi versati alla gestione separata dell'Inps, quella di cosiddetti co.co.co., fra i quali rientrano anche i medici in formazione di specializzazione universitaria.

Non possono essere utilizzati ai fini dell'anzianità contributiva i periodi assicurativi coincidenti, ma che, tuttavia, saranno pienamente utilizzati ai fini del calcolo della pensione. Chi non sia più in grado di svolgere alcuna attività lavorativa può utilizzare la totalizzazione per ottenere la pensione di inabilità e può cumulare anche spezzoni di contribuzione inferiori ai tre anni. Il diritto è correlato ai requisiti previsti dal fondo pensionistico al quale si è iscritti nel momento in cui verifica l'evento invalidante. Anche il diritto alla pensione ai super-

stiti spetta in base ai requisiti di assicurazione e di contribuzione previsti nella gestione assicurativa nella quale il lavoratore era iscritto al momento del decesso. La totalizzazione può essere utilizzata anche dai familiari superstiti dell'iscritto che sia deceduto prima di aver maturato il diritto a pensione. In questo caso i requisiti saranno accertati dalla gestione dove era iscritto da ultimo. La totalizzazione, che deve riguardare tutti i periodi assicurativi va richiesta all'ente o cassa dove il lavoratore risulta iscritto. Ciascun ante definirà la quota spettante e l'Inps provvederà al pagamento del trattamento complessivo anche se in nessuna sua gestione fossero stati versati contributi. Poiché la totalizzazione non prevede alcun pagamento da parte dell'interessato la condizione appare certamente favorevole.

Ma nel caso che ci siano spezzoni inferiori ai tre anni

La totalizzazione

Puoi richiedere i trattamenti da totalizzare se:

- hai versato contributi presso due o più enti previdenziali
- non sei titolare di un trattamento pensionistico

Puoi chiedere la pensione di vecchiaia da totalizzazione se:

- hai compiuto 65 anni d'età e almeno 20 anni di contribuzione complessiva

Puoi chiedere la pensione di anzianità da totalizzazione se:

- hai maturato almeno 40 anni di contribuzione complessiva

Puoi chiedere la pensione di inabilità da totalizzazione se:

- hai i requisiti previsti dell'ente a cui sei iscritto al momento dell'inabilità

Puoi chiedere la pensione indiretta da totalizzazione se:

- sei il superstito di un lavoratore con i requisiti previsti dall'ente al decesso

ovvero da una valutazione economica risultasse poco conveniente il trattamento pensionistico, il lavoratore potrà utilizzare il sistema della ricongiunzione. In questo caso i contributi vengono trasferiti nella Cassa dove si è iscritti. Ma la ricongiunzione prevede un esborso da parte dell'interessato. Il costo viene determinato sulla base dell'incremento pensionistico che si ottiene grazie alla ricongiunzione, tenendo conto anche dell'età, del sesso, del reddito e dell'anzianità contributiva del richiedente. Una volta determinato l'importo l'ente lo comunica e l'interessato potrà assolvere al pagamento in un'unica soluzione o a rate. Gli importi pagati si deducono dal reddito imponibile così come avviene per i riscatti. Chi fa domanda di ricongiunzione non può tornare indietro. La rinuncia è ammessa solamente se non è stata pagata ancora la prima rata.

contribuito al contenimento della dinamica futura del rapporto fra spesa pensionistica e Pil. Innanzitutto l'introduzione del sistema di calcolo contributivo in base al quale le prestazioni risultano, automaticamente, in relazione ai contributi pagati, alla speranza di vita del lavoratore e del suo eventuale superstito e, inoltre, l'eliminazione della componente reale dell'indicizzazione delle pensioni ed il passaggio ad un sistema di indicizzazione ai soli prezzi. Una particolare sottolineatura è prodotta alla questione dei coefficienti di trasformazione previsti proprio nel sistema contributivo. Già legiferati in riduzione dal 1° gennaio dell'anno prossi-

mo e con una condizione di aggiornamento triennale mediante una procedura amministrativa semplificata sulla base dell'evoluzione delle speranze di vita. Nell'ambito delle previsioni del sistema pensionistico, la revisione dei coefficienti di trasformazione, collegata quasi esclusivamente allo scenario demografico, pone il dubbio che tale procedura possa essere sempre corretta potendosi registrare eventuali scenari demografici diversi.

Se queste sono le previsioni dell'organismo nazionale, le valutazioni non sembrano molto differire da quanto viene indicato dall'Unione Europea. Anche la Commissione Ue adotterà un rapporto

dal quale emerge che l'effetto combinato crisi-aumento della spesa pensionistica potrebbe costare in media una cifra pari al 10 per cento del Pil pro-capite entro il 2010. E se la Spagna, insieme a Grecia e Irlanda, viene indicata come uno degli Stati membri maggiormente a rischio sul fronte dell'aumento della spesa pensionistica con un balzo in rapporto al Pil di oltre il sette per cento entro il 2060, l'Italia figura nel gruppo dei Paesi, con accanto la Francia, in cui è attesa un'impennata più moderata, grazie alle riforme già effettuate, intorno al quattro per cento.

(C.T.)

Immigrati. Il Ddl sicurezza continua ad **OBBLIGARE I MEDICI A FARE LA SPIA**

VOGLIAMO UNA NORMA CHIARA SUL DIVIETO DI OBBLIGO ALLA DENUNCIA

Per i medici, il provvedimento va cambiato o in alternativa va data un'interpretazione autentica che esima i camici bianchi dal denunciare l'immigrato senza permesso di soggiorno. Costituzione e Codice deontologico rimangono i punti di riferimento. E nel caso i professionisti fossero colpiti da azioni penali per mancata denuncia i sindacati offriranno tutela legale



Sul tema immigrati non è cambiato proprio nulla per i camici bianchi.

Dal Decreto sicurezza sarà pure sparito l'emendamento che abrogava il divieto di segnalazione degli immigrati, ma l'introduzione del reato di clandestinità contenuto nel testo pronto per l'esame al Senato, di fatto, li obbliga in quanto pubblici ufficiali a denunciare alla questura o ai carabinieri il paziente senza permesso di soggiorno. Un provvedimento inutile e pericoloso che avrà ricadute pesanti non solo sulla salute del singolo individuo, ma anche su quella collettiva. Per questo i sindacati della Dirigenza medica - Anao Assomed, Cimo Asmd, Aaroi, Cgil Medici, Fvm, Federazione Cisl Medici, Fassid, Fesmed, Federazione Medici Uil Fpl - hanno chiesto al Parlamento e al Governo di cambiare la legge o in alternativa, qualora il provvedimento venisse approva-

to, di mettere "nero su bianco" e senza alcuna ombra di dubbio che i medici, e tutti gli operatori sanitari che lavorano nelle strutture pubbliche, non saranno obbligati a denunciare i clandestini.

"Se il Ddl sicurezza entra in vigore così com'è - ha detto Carlo Lusenti segretario nazionale dell'Anao Assomed nel corso di una conferenza stampa - i medici in realtà saranno obbligati a denunciare gli immigrati irregolari. È vero che la maggioranza ha cambiato il testo affinché questo non avvenga, ma la modifica non basta. Occorre correggerlo ancora introducendo esplicitamente il divieto di denuncia per i medici, ma se questo non fosse possibile visto l'avanzato stato dei lavori, chiediamo - ha aggiunto - che venga approvato un apposito decreto ministeriale, una norma chiara e trasparente sul divieto di obbligo da parte dei medici di denunciare l'immigrato clandestino che

affianchi il Ddl sicurezza".

In ogni modo, ha sottolineato con decisione Lusenti, nel caso nulla mutasse: "I medici si atterranno allo spirito del dettato costituzionale sul diritto alla cura e al codice deontologico che non indicano in alcun modo l'obbligo di denuncia".

Di più: i sindacati offriranno tutela legale a tutti i professionisti che saranno colpiti da azioni penali per mancata denuncia. "Se incapperanno in qualche denuncia - ha concluso Lusenti - saremo pronti a difenderli fino all'ultima istanza, cioè alla Corte Costituzionale".

A suscitare forti preoccupazioni sono soprattutto i rischi di epidemie, fra cui quello della Tbc: "Nel mondo ci sono 9 milioni di casi di tubercolosi,

Lusenti: "I medici si atterranno allo spirito del dettato costituzionale sul diritto alla cura e al codice deontologico che non indicano in alcun modo l'obbligo di denuncia"

4mila in Italia, e il loro numero è in costante crescita. Secondo gli ultimi dati forniti dalla Commissione salute del Comune di Roma nel primo trimestre dell'anno nella Capitale si sono registrati 145 nuovi casi di tubercolosi: il doppio dell'anno precedente". Un trend in crescita che non riguarda solo Roma. Dal Dossier "Medicina e migrazione" realizzato dalla rivista "Africa e Mediterraneo" è emerso che

dal 1999 al 2006 i casi di tubercolosi registrati fra gli immigrati nel nostro Paese sono passati dal 22% al 46,2%. Inoltre, hanno ricordato le sigle sindacali, l'obbligo di denuncia avrà ricadute pesanti sull'organizzazione e l'efficienza dei Pronto soccorso: i medici per espletare tutti gli iter burocratici richiesti, dovranno sottrarre tempo prezioso alle cure di chi si trova in situazioni di estrema urgenza.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile
dell'Anao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anao.it
www.anao.it

Direttore
Carlo Lusenti
Direttore
responsabile
Silvia Procaccini
Comitato
di redazione:
Giorgio Cavallero,
Domenico Iscaro,
Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi,
Costantino Troise

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIATO NAZIONALE EDITORIALE
SISTEMI PERIODICI SPA

Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario
Via Vittore Carpaccio 18 - 0147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61
fax 06.59.44.62.28

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 Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica"
garantisce la massima riservatezza
dei dati forniti dagli abbonati
nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (Rm)

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di maggio 2009