

# DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

1 • 2010

Anno IX - n. 1 - 2010 - Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Postale D.l. 353/2003 (Conv. in l. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, dr Commerciale Business Roma N.11/2006 - www.anaao.it

50<sup>anni</sup>  
1959-2009  
DALLA PARTE DEL MEDICO  
PER UNA SANTA MIGLIORE

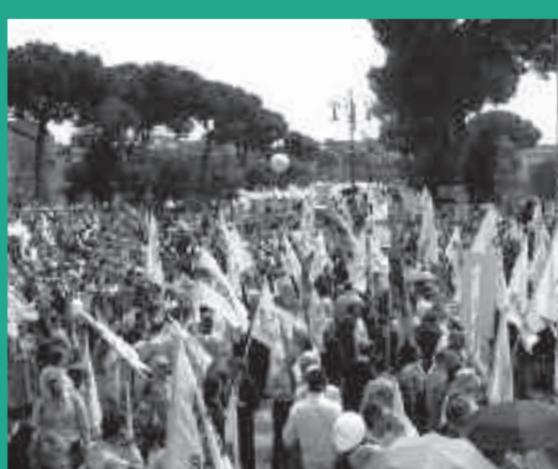
**ANAAO ASSOMED**  
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

## LA VERTENZA SALUTE VA AVANTI

I medici si mobilitano e non intendono usare il guanto di velluto per salvare il Ssn e dire no a chi vuole distruggere la sanità pubblica italiana: sarà sciopero se il Governo non prenderà misure adeguate a rimuovere tutte le tagliole che mettono a repentaglio la sicurezza del servizio pubblico e il lavoro dei suoi professionisti. Le trappole da rimuovere sono tante: il "Patto per la salute" promette tagli indiscriminati alle voci di spesa anziché aggredire gli sprechi; il federalismo fiscale mette a rischio unitarietà delle cure, manca ancora il contratto dei medici; precariato e rottamazione incombono come spade di Damocle sul futuro dei professionisti. Soprattutto, il Ssn è abbandonato sempre più alle scorrerie di amministratori infedeli e affaristi senza scrupoli: sono loro i veri colpevoli e non i medici verso i quali si punta il dito quando, ciclicamente, si proietta il film della malasanità. È per questo che i camici bianchi hanno detto basta a politiche stolte, miopi e affaristiche che governano Aziende sanitarie e risorse. Il percorso di protesta è iniziato il 19 gennaio con assemblee in ogni ospedale - dalla Fondazione Policlinico di Milano al San Camillo di Roma, dal Cardarelli di Napoli al Policlinico di Palermo, dal San Martino di Genova al Policlinico di Bari - dove i medici dalle principali sigle sindacali (Anaa, Cimo, Aaroi, Fp-Cgil medici, Fvm, Fassid, Fesmed, Sds Snabi, Aupi, Sinafo, Fedir, Sidirss) si sono confrontati in difesa della sanità pubblica denunciando il profondo stato di malessere



## IL DIARIO DEL 2009



della categoria. Solo la prima tappa di un lungo cammino: si riparte con manifestazioni interregionali il 4 febbraio a Napoli e il 16 febbraio a Milano per poi puntare sulla mobilitazione nazionale a Roma il 9 marzo, alla soglia delle prossime elezioni regionali. Non hanno fermato la marcia né l'incontro con il neo ministro né il proseguimento delle trattative all'Aran, avvenuti nei giorni immediatamente successivi alla mobilitazione. Nonostante la disponibilità e le aperture dichiarate, le affermazioni di Fazio sono, infatti, tutte da verificare e non hanno consentito di abbassare la guardia. Non ha tirato una buona aria neanche all'Aran: hanno deluso le proposte che la parte pubblica ha messo sul piatto. Ma torniamo alla giornata di mobilitazione nelle strutture sanitarie italiane, la Capitale è stata l'immagine simbolo della protesta: i leader dei sindacati della dirigenza medica, in rappresentanza dei 130 mila camici bianchi dirigenti del Ssn, si sono dati appuntamento davanti all'ospedale San Camillo Forlanini. I medici, in camice bianco, uniti sotto uno striscione sul quale campeggiava, eloquente, la frase "Cattiva politica e amministratori incapaci e affaristi stanno distruggendo la sanità pubblica. Fermiamoli!" hanno denunciato uno scenario a tinte fosche: "Non arrivano risposte alle esigenze dei cittadini e degli operatori - hanno ricordato - non c'è nessun progetto per l'ammodernamento e la messa in sicurezza del Ssn; le risorse sono ancora inadeguate; continuano nuovi tagli di posti letto ospedalieri e del personale; aumentano le denunce e gli scandali che mostrano una

segue in seconda

### Sommario I

#### L'ANAAO INCONTRA FAZIO

È stato interlocutorio l'incontro con il ministro, la disponibilità e le aperture dichiarate sono da verificare  
**pagina 3**

#### INDAGINE DI FEDERSPECIALIZZANDI

Scuole di specializzazione: un bilancio molto negativo. I dati di una ricerca su nove Atenei  
**pagine 13**

#### PSICHIATRIA

Un approfondimento di Leo Mencarelli sulle criticità e il futuro dell'assistenza psichiatrica  
**pagine 14-15**

LA PRIMA GRANDE MANIFESTAZIONE a Roma

# È il momento della RESPONSABILITÀ



segue dalla prima

connivenza sempre più diffusa fra sanità e malaffare". E che i temi denunciati dalla "Vertenza salute" siano "reali e vissuti con apprensione dai medici che quotidianamente lavorano in condizioni assai difficili e problematiche è testimoniato dall'alta adesione alle assemblee nelle strutture italiane", ha commentato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anao Assomed al termine della manifestazione all'Azienda ospedaliera romana. "Quella di oggi - ha detto Lusenti - è solo la prima tappa della vertenza che vedrà tutti i sindacati impegnati nelle iniziative di Napoli e di

Milano fino alla grande manifestazione di Roma del 9 marzo. Vogliamo denunciare l'assoluta indifferenza del Governo e delle istituzioni che non intendono fare scelte di buona politica sanitaria per risollevare le sorti del Servizio sanitario nazionale. Pretendiamo risposte concrete alla soluzione dei numerosi problemi del Ssn - ha aggiunto - in particolare, al suo ormai cronico sottofinanziamento che, in molti casi, determina l'incapacità di rispondere alle esigenze di salute dei cittadini, nonostante il grande impegno e l'abnegazione degli operatori sanitari. Organici insufficienti, turni di lavoro fuori da qualsiasi

norma di sicurezza europea, tecnologia obsoleta, strutture fatiscenti, sono i veri pericoli del sistema con i quali ogni giorno si misurano i medici e gli operatori del Ssn". Insomma, come non si stanca mai di ricordare Lusenti: "È arrivato il momento, per ognuno, di prendersi le proprie responsabilità. Anche perché i medici se le assumono sempre". Lusenti rincara poi la dose: "Non dimentichiamo che in aggiunta a tutto questo c'è anche un problema di provvedimenti che non riescono ad entrare in porto: uno su tutti quello sul rischio clinico". Una legge che "renderebbe obbligatoria l'assicurazione per

responsabilità civile di tutti i medici del Ssn, come avviene in tutti i Paesi europei e permetterebbe l'introduzione nelle aziende di sistemi di prevenzione del rischio". Senza considerare che negli ultimi dieci anni più autonomia alle Regioni ha voluto dire un peggioramento della qualità del Ssn. Per Lusenti, c'è una classe politica e amministrativa a livello regionale che "non è all'altezza di governare questo servizio decisivo per la qualità civile di un Paese. Noi denunciemo e lamentiamo tutto questo, ma continuiamo a fare il nostro lavoro, mettendoci al servizio dei cittadini". Però i medici devono fare la loro parte per la soluzione

dei problemi, ha ricordato Lusenti. E nella giornata di mobilitazione invita i colleghi a non subire più: "Se continuiamo a osservare passivamente quanto sta accadendo e a lamentarcene senza assumerci fino in fondo il compito di reagire, saremo corresponsabili dello sfacelo del servizio pubblico. Lo slogan "fermiamoli" parla da solo, ha sottolineato Lusenti: "Noi dobbiamo fermare chi sta distruggendo la sanità. Noi dobbiamo metterci in mezzo essere parte attiva per risolvere i problemi. 'Fermiamoli' è anche, se non soprattutto, una chiamata a tutti i medici perché tornino ad essere protagonisti del loro destino professionale".

I sindacati incontrano **IL MINISTRO FAZIO**

## LUSENTI: “INCONTRO INTERLOCUTORIO”

“È stato un incontro interlocutorio, servito a fare le presentazioni ufficiali del neo ministro e a mettere sul tavolo i problemi sollevati dalla Vertenza salute, ma la disponibilità e le aperture dichiarate da Fazio sono tutte da verificare”.

È stato questo il commento di Carlo Lusenti, Segretario nazionale dell'Anao Assomed, al termine dell'incontro delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa con il Ministro della salute Ferruccio Fazio, il 20 gennaio scorso.

L'Anao, pur consapevole che le richieste della categoria non hanno come unico destinatario il ministero della Salute, ha chiesto al titolare della Salute un impegno concreto a farsi promotore di un'azione che, in coordinamento con il Governo e il Parlamento, dia risposte concrete almeno a quattro criticità sollevate dalla categoria.

In primis, ha ricordato Lusenti, occorre imprimere un'accelerazione ai disegni di legge sul rischio clinico e sul governo clinico per restituire agli ospedali situazioni di maggior sicurezza e ai medici condizioni di lavoro migliori; occorre poi un deciso colpo di spugna sul provvedimento sulla rottamazione che dà la possibilità alle direzioni delle aziende di licenziare professionisti a soli 58 anni di età. Terza criticità sulla quale il ministro deve intervenire è dare un sostegno politico per accelerare la sottoscrizione del contratto di lavoro Il biennio economico 2008-2009. Infine, bisogna trovare una soluzione al problema del precariato in sanità.

“Apprezziamo la disponibilità del Ministro che ha dichiarato di voler sostenere le richieste della categoria – ha chiosato Lusenti – ma proprio per tenere alta l'attenzione sui gravi problemi della sanità, la vertenza salute va avanti confermando le manifestazioni di Napoli, Milano e Roma”.

Questo il commento a caldo del segretario Lusenti. Ma all'indomani del vis à vis al ministero, l'Intersindacale Medica con l'obiettivo di imprimere un'ulteriore spinta alla risoluzione delle criticità della categoria, ha messo nero su

bianco le proprie richieste inviandole a Ferruccio Fazio. Quelle prioritarie: chiusura del contratto di lavoro, stop della rottamazione, approvazione dei disegni di legge su governo clinico e rischio clinico, massima attenzione alle ricadute che Patto della salute e Piani di rientro hanno sulla sanità italiana.

I leader dei principali sindacati – Carlo Lusenti, Anao Assomed; Riccardo Cassi, Cimo Asmd; Vincenzo Carpio, Aaroi Emac; Massimo Cozza, Fp Cgil Medici; Aldo Grasselli, Fvm; Giuseppe Garraffo Cisl

Medici; Francesco Lucà, Fassis; Carmine Gigli Fesmed; Paolo Levoni, Sds Snabi; Mario Sellini, Aupi; Giangiuseppe Console, Sinafo; Giampaolo Fiorio, Fedir Sanità; Franco Socci, Sidirss – hanno chiesto inoltre un forte impegno del Ministro e del Governo a sollecitare la chiusura dei Ccn della dirigenza medica e veterinaria e dell'area Stpa. “È, infatti, indispensabile – scrivono i sindacati – sollecitare l'Aran ad adeguare l'impianto dei provvedimenti disciplinari alla specificità della dirigenza medica e sanitaria. Andran-

no salvaguardati i livelli retributivi dei dirigenti sanitari, dando soluzione al fondamentale problema dell'adeguamento dell'indennità di esclusività di rapporto dopo dieci anni di mancata rivalutazione di questa voce stipendiale. Visti i tempi stretti per il rinnovo del Ccnl, appare indispensabile un tempestivo intervento del Ministro su questi temi”. “L'accoglimento delle proposte – concludono i sindacati – appare indispensabile per proseguire una collaborazione proficua e per valorizzare il ruolo e le funzioni del rinnovato ministero della Salute. Le Organizzazioni sindacali richiamano il grave stato di disagio delle categorie che rappresentano, che richiede urgenti e inderogabili risposte, recuperando stabili relazioni sindacali con il ministero della Salute”.

**ETÀ PENSIONABILE:** no agli interessi particolari

## L'Anao Assomed chiede a Governo e Parlamento soluzioni adeguate

Niente ombre e contraddizioni sull'età pensionabile dei medici. “Su questa delicata materia serve una soluzione chiara”.

A invocarla è l'Anao Assomed che ha chiesto a Governo e Parlamento di ascoltare i medici per arrivare a una soluzione definitiva e condivisa che regoli la delicata materia dell'età pensionabile della categoria.

“Negli ultimi tempi - lamenta in una nota l'Anao - assistiamo a incursioni parlamentari spesso contraddittorie, più attente a soddisfare interessi particolari che a cercare di risolvere definitivamente i nodi della questione. Come testimonia l'assoluta mancanza di un confronto con gli interessati, primi fra

tutti le Regioni e le organizzazioni sindacali della categoria”.

Per l'Anao, emblematica è la vicenda della rottamazione dei medici, il provvedimento voluto dal Ministro Brunetta con la legge 15/2009. “Oggi - spiega l'Anao - pur riconoscendo da più parti l'errore di aver voluto estendere alla dirigenza del Ssn la norma pensata per il pubblico impiego, si è ancora lontani dalla soluzione. Infatti, l'ennesimo provvedimento che innalza l'età pensionabile a 70 anni, contenuto nel Ddl sui lavori usuranti all'esame della Camera, non cancella la discriminazione prodotta dalla rottamazione, malgrado le dichiarazioni dei legislatori. Chiediamo quindi che il testo sia emendato

dalla Camera in modo chiaro e definitivo, per mettere la parola fine a un provvedimento punitivo per i medici del Ssn. Inoltre - conclude - l'elevazione a 70 anni dell'età pensionabile in assenza di interventi legislativi, rischia di tradursi in un ennesimo privilegio per pochi, destinato ad alimentare ulteriormente il precariato medico”. Una risposta all'appello lanciato dal sindacato è arrivata da Margherita Miotto, deputata Pd in Commissione Affari sociali della Camera: “Condividiamo l'appello che l'Anao ha rivolto al Governo perché venga fatta chiarezza quanto prima sull'età di pensionamento per i medici. Da parte nostra faremo tutto il possibile in sede

parlamentare per chiedere il ritiro delle norme presentate dalla maggioranza su questa materia”. “Tre mesi fa Brunetta ha varato la norma per mandare in pensione i medici a 59 anni - prosegue la Miotto - e adesso il Governo trattiene in servizio i primari fino a 70 anni e non fa niente per i giovani medici precari. L'esecutivo compie scelte contraddittorie. Sarebbe bene che chiarisca quanto prima quali sono i suoi intendimenti approfittando della discussione in commissione Lavoro del collegato alla Finanziaria che contiene queste norme. Nello stesso provvedimento è stata tolta l'esclusività del rapporto per il direttore scientifico degli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico. È una scelta grave - conclude - che minaccia l'autonomia della ricerca scientifica e mette a rischio la funzione pubblica del sistema sanitario. Invitiamo il Governo a tornare sui suoi passi”.

Rinnovo DEL CONTRATTO

## INACCETTABILI LE CONDIZIONI POSTE DALL'ARAN

**A**ltra battuta d'arresto delle trattative. L'Anaao Assomed ha bollato come inaccettabili le condizioni poste dall'Aran nel corso dell'incontro con i sindacati per il rinnovo contrattuale del II biennio economico 2008-2009, il 20 gennaio scorso. E anche il successivo incontro del 28 gennaio non ha aggiunto sostanziali novità. È stato registrato solo un piccolo passo di avvicinamento, ma sui temi più critici le posizioni sono rimaste lontane. Unica nota positiva è stata segnata dalla presenza del Commissario dell'Agenzia, Antonio Naddeo a guidare la delegazione di parte pubblica e dalla presenza dei rappresentanti delle Regioni. Non solo, Naddeo ha espresso la volontà di arrivare in tempi brevi alla conclusione del contratto e ha annunciato il via libera formale dell'Economia alle risorse aggiuntive regionali dello 0,8% da corrispondere con le medesime modalità già approvate nel contratto del compar-

Restano ancora lontane le posizioni tra Aran-Sindacati. Le proposte di parte pubblica durante l'incontro del 20 gennaio sono state giudicate inaccettabili e anche l'incontro del 28 gennaio non ha aggiunto sostanziali novità nella trattativa per il rinnovo contrattuale del biennio economico 2008-2009

to sanità, uno dei punti critici delle trattative. Vediamo su quali sono i nodi da sciogliere emersi nell'incontro del 20 gennaio sui quali l'Anaao si è dichiarata indisponibile a chiudere un contratto alle condizioni offerte dalla parte pubblica: "La trattativa del rinnovo contrattuale è entrata in una fase critica dalla quale si potrà uscire o con un chiaro successo o con una sua inevitabile fine" ha spiegato la delegazione trattante. Cosa ha messo sul piatto la parte pubblica? L'Aran ha presentato una nuova proposta per la distribuzione sulle voci stipendiali del previsto incremento retributivo del 3,2%, che corrispon-

de ad un incremento medio mensile procapite pari a 179,32 euro a regime. La proposta della ripartizione media pro capite al mese dell'incremento complessivo di 179,32 euro sulle varie voci della retribuzione è di: 103,3 euro sul tabellare; 13,39 euro sulla parte fissa della retribuzione variabile; 28,02 euro sulla retribuzione di risultato; 34,61 euro sulla retribuzione di posizione variabile. A conti fatti si prevede un incremento medio mensile procapite di 116,69 euro (pari al 2,08% dell'incremento complessivo del 3,2%) sulle voci stipendiali fisse e un incremento del 62,63 euro (pari al 1,12% dell'incremento com-

plessivo del 3,2%) sulla parte variabile della retribuzione. L'Anaao Assomed ha rilevato poi che la ripartizione proposta assegnava quasi il 35% dell'incremento medio mese pro capite alle parti variabili della retribuzione, contravvenendo in questo modo alla norma legislativa che esclude i Dirigenti del Servizio sanitario nazionale dalla destinazione al salario di risultato del 30% della retribuzione, norma che invece è valida per la restante dirigenza del Pubblico Impiego. Inoltre l'Aran è stata interlocutoria anche per quanto riguarda la richiesta di parte sindacale di prevedere una ri-

valutazione dell'indennità di esclusività di rapporto per il biennio 2008-2009 e la sua immissione nella massa salariale a valere dagli anni successivi in quanto, oltre ad essere la richiesta ritenuta fuori del mandato ricevuto dal Comitato di settore, non sono chiare e definite le modalità di finanziamento e l'articolazione della spesa. Preso atto della posizione dell'Agenzia negoziale, l'Anaao Assomed ha quindi giudicato del tutto inaccettabile la ripartizione degli incrementi contrattuali presentata ed ha rilanciato, anche a nome delle altre organizzazioni sindacali, la proposta di destinare l'intero ammontare dell'incremento retributivo del 3,2% sulle parti stipendiali fisse. Ha inoltre dichiarato di considerare la rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto e la sua immissione nella massa salariale un elemento distintivo in grado di spianare il percorso verso una positiva conclusione della trattativa o al contrario segnare, in caso di risposta totalmente negativa, la sua fine. È proprio a sostegno della sostenibilità di questa proposta, il sindacato ha poi presentato nell'incontro del 28 gennaio un dettagliato piano sulle modalità di finanziamento della operazione con l'utilizzo della Ria. Una proposta che ha raccolto le perplessità dell'Aran in merito ai finanziamenti e sulla reale entità delle risorse economiche. La parte pubblica ha quindi rinviato il giudizio definitivo sul piano, in attesa di acquisire il parere dell'Economia sulla sua copertura finanziaria.

I sindacati bocciano l'accordo **MINISTERO PA AGENAS E FIASO SULLE "PAGELLE" AL PERSONALE SANITARIO**

### "No ad accordi senza di noi, intervenga il ministro Fazio"

"Basta a riforme e ad accordi senza consultare i sindacati". Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn bocciano e senza appello il metodo che ha portato alla firma del protocollo d'intesa sulla valutazione del personale delle Aziende sanitarie, sottoscritto il 20 gennaio dal ministro della Pubblica amministrazione e innovazione Renato Brunetta, dall'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) dal Fornez e dalla Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e

ospedaliere). Hanno quindi chiesto al ministro Fazio un intervento a stretto giro di posta per bloccare un atto che giudicano "gravissimo". Il Protocollo prevede l'avvio di una sperimentazione, per sette mesi, di meccanismo di valutazione del personale il 17 Aziende, con l'obiettivo di assegnare premi e incentivi in base a criteri appositamente individuati. "È inaccettabile - hanno sottolineato in una nota congiunta firmata da Anaao Assomed; Cimo-Asmd; Aaroi-Emac; Fp Cgil medici; Fvm; Cisl medici; Fassid; Fesmed; Anpo-

Ascoti-Fials medici; Federazione medici Uil Fpl; Sds Snabi; Aupi; Sinafo; Fedir sanità; Sidirss (Com-Fed) - che non siano state consultate preventivamente le Associazioni che rappresentano i professionisti della sanità che avrebbero potuto dare un giusto e opportuno contributo alla stesura del testo. Giudichiamo altrettanto grave che questo atto sia stato compiuto mentre era in corso l'incontro tra le organizzazioni sindacali e il ministro della Salute, Ferruccio Fazio, il quale non

ha evidentemente ritenuto di dover riferire questa iniziativa. Non sappiamo se ne fosse a conoscenza, ma riteniamo comunque questo metodo un pessimo segnale che rischia di compromettere il percorso inaugurato questa mattina che necessita di correttezza e collaborazione vista la delicatezza e la complessità dei temi da discutere". Ed è proprio a Fazio che i sindacati medici hanno perciò rivolto un appello: "Chiediamo al ministro un immediato segnale, con l'impegno di riconsiderare i contenuti del testo insieme alle organizzazioni sindacali della categoria in un incontro da convocare in tempi brevissimi".

## IL DIARIO DEL 2009

**Dodici mesi di fatti, indagini, dichiarazioni, nomine, accordi, decreti, leggi e legghine del pianeta sanità. Per prendere nota di quello che è accaduto e farsi un'idea di quello che potrebbe accadere nel 2010**

### GENNAIO REGIONI, SINDACATI E PARLAMENTARI DETTANO L'AGENDA AL GOVERNO

Difendere il Servizio sanitario nazionale dalle ipotesi di privatizzazione e da un federalismo esasperato. Questa l'opinione condivisa dai 12 protagonisti della sanità – tra rappresentanti politici e sindacali – interpellati sulle urgenze del 2009. Diverse, però, le priorità di categoria. Per i parlamentari: 1. omogeneità delle cure tra Regioni; 2. riorganizzazione della sanità ospedaliera e territoriale; 3. responsabilità professionale. Per i politici regionali: 1. ribadire che il Ssn è uno, pubblico e universale; 2. siglare il Patto per la Salute e l'accordo sul rinnovo dei Lea; 3. raggiungere dei finanziamenti adeguati alla gestione della sanità. Le priorità dei sindacati medici, invece, erano: 1. siglare contratti e convenzioni; 2. valorizzare il lavoro medico attraverso la definizione del governo clinico; 3. aprire un confronto forte con il Governo.

### SSN: PER GLI ITALIANI MEGLIO IL PUBBLICO CHE IL PRIVATO

A trent'anni dalla sua istituzione, il Ssn raccoglie la fiducia del 54% degli italiani ed è preferito alla sanità privata che, contrariamente a molti luoghi comuni, piace solo a 3 italiani su dieci. Tuttavia, l'Italia della salute sembra spaccata in due: se infatti il Ssn raccoglie i favori del 66% degli intervistati del Nord, la fiducia cala al 46% tra i cittadini del Centro e al 41% tra quelli del Sud. Secondo l'indagine promossa dall'Anao Assomed e realizzata dalla Swg di Trieste su un campione rappresentativo della popolazione italiana di età superiore ai 25 anni, anche la qualità delle cure e delle prestazioni ospedaliere spacca l'Italia: in media è giudicata soddisfacente dal 72% degli intervistati, ma la percentuale passa dall'82% del Nord al 68% del Centro e il 57% del Sud. Giudizi quasi analoghi sul personale medico e sanitario, che risulta promosso dal 70% degli italiani (80% Nord, 63% Centro e 60% Sud).

### RAPPORTO CEIS: QUANDO LA SANITÀ TI METTE SUL "LASTRICO"

La spesa sanitaria italiana continua a crescere, e più rapidamente del Pil. Al punto che nel 2010 la forbice tra



Guido Rasi

finanziamento statale e spesa rischia di aprire una voragine da 10 miliardi. È quanto rileva il VI Rapporto Sanità del Ceis dell'Università Tor Vergata di Roma, presentato il 27 gennaio a Roma, secondo il quale già oggi gli italiani pagano di tasca propria un gran numero di prestazioni sanitarie, che influiscono pesantemente sulla tenuta economica della famiglia. Sono infatti 349.180 famiglie italiane che nel 2006 si sono impoverite a causa di spese sanitarie impreviste delle quali si sono dovute far carico con risorse proprie. Alle quali si aggiungono 861.383 famiglie che sono state soggette a "spese catastrofiche", per effetto dell'incidenza sui loro bilanci delle spese sanitarie *out of pocket*.

### FEBBRAIO FARMACI: INDUSTRIA E AIFA STUDIANO NUOVE STRATEGIE

Nuove forme di protezione per i brevetti farmaceutici e tramonto della medicina basata sull'evidenza a favore delle terapie mirate grazie all'evoluzione della farmacogenetica, genoma e della medicina molecolare. Questo il futuro della farmaceutica che emerge dalle interviste al presidente di Farmindustria Sergio Dompé e dal direttore dell'Aifa Guido Rasi.

### MUORE ELUANA ENGLARO. L'ITALIA SI SPACCA IN DUE

Il 9 febbraio giunge la notizia della morte di Eluana Englaro. Il Senato è in plenaria per votare in tutta fretta il ddl che avrebbe voluto impedire la sospensione del sistema di alimentazione artificiale dal quale la donna dipendeva da molti anni. Al ddl si era arrivati dopo il tentativo del Cdm di

varare un decreto legge con le stesse finalità, al quale si era però opposto il presidente Napolitano con le seguenti motivazioni: "il testo approvato non supera le obiezioni di incostituzionalità tempestivamente rappresentate e motivate". Il decreto venne quindi convertito in disegno di legge e inviato al Senato insieme a un appello per un'approvazione in tempi rapidissimi. Dopo la morte di Eluana i toni pian piano si spengono. Lo stesso Napolitano invita a una riflessione pacata e comune per la ripresa dei lavori parlamentari sul testamento biologico, con l'auspicio che si possa arrivare presto a una legge. Che però, sembra ancora lontana.

### MARZO E IL SSN SI SCOPRE "SOMMERSO" DAI TICKET

Se dovete comprare un medicinale vi conviene andare



Eluana Englaro

in Basilicata, in Calabria, in Emilia o in una delle altre sei Regioni dove il ticket sui medicinali non si paga (e nemmeno nella P.A. di Trento). Nel caso in cui vi serva qualche prestazione specialistica o di diagnostica, tenetevi alla lontana dal Lazio, dove i ticket sono salati. È l'Italia dei ticket, un'Italia con il vestito d'Arlecchino. Da un'indagine del quindicinale Il Bisturi emerge infatti che 9 Regioni e la P.A. di Trento non chiedono ai loro cittadini alcuna compartecipazione alla spesa per i medicinali, né sulle ricette né sulle confezioni prescritte. Le altre, invece, applicano cifre variabili: c'è l'Abruzzo che prevede il pagamento di 50 centesimi a confezione con un massimo di un euro a ricetta e c'è il Lazio che da gennaio di quest'anno fa pagare un ticket di 2,5 euro per ciascuna confezione che abbia un prezzo di vendita pari o inferiore a 5 euro e di 4 euro per confezioni che superano quella cifra.

## OSSERVASALUTE: ITALIANI IN SALUTE, I SISTEMI REGIONALI NO

Il Piemonte è la Regione con la maggiore attività di trapianto, la Valle d'Aosta quella più sportiva. In Friuli V. G. l'Assistenza Domiciliare Integrata più sviluppata e in Toscana il minore tasso di ospedalizzazione in regime ordinario. Il Molise è la Regione col maggior numero di donne raggiunte dal programma di prevenzione oncologica per il cancro del seno, Calabria e Sicilia rispettivamente le Regioni in cui si fuma e si beve meno. Sono alcuni dei dati del Rapporto Osserva Salute 2008, presentato il 3 marzo a Roma, da cui emerge che lo stato di salute degli italiani è buono, è il sistema ad essere malato. Così, per esempio, si registrano Regioni come la Calabria e il Molise che destinano (o sono costrette a destinare) rispettivamente il 9% e l'11% del loro Pil alla sanità, mentre la Lombardia si ferma al 5% (dati 2005). Oppure nella farmaceutica: nel 2007 il Lazio e le Regioni meridionali, pur registrando decrementi significativi, hanno valori di spesa pro capite decisamente superiori al valore medio nazionale, con la Sicilia (272,30€) e la Calabria (270,30€) a segnare le punte più elevate.

## STATO-REGIONI APPROVA L'ACCORDO SUGLI OBIETTIVI DEL PSN 2009

L'Accordo (26 marzo) individua le linee guida per lo sviluppo di progetti da parte delle Regioni vincolando alla loro realizzazione 1.410.070.000 euro. Per le cure primarie e l'assistenza H24 vengono riservate risorse pari a 352 milioni di euro. Previsto, per la non autosufficienza e le patologie in fase terminale, il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata in tutto il territorio nazionale per assicurare alla persona fragile e non autosufficiente la permanenza presso il proprio domicilio con l'applicazione di un progetto di cure e assistenza multiprofessionale.

## PRESERVATIVO E AIDS: GLI ESPERTI CRITICANO IL PAPA

Parole "gravi" e "irresponsabili". Questo il giudizio di alcuni membri della Commissione nazionale Aids sulle affermazioni su Aids e preservativo fatte da Benedetto XVI il 18 marzo, in occasione

del suo primo viaggio in Africa. Secondo il Pontefice, infatti, "il preservativo non serve a risolvere il problema". Ma il fatto che il preservativo "eviti la trasmissione dell'infezione da Hiv nei rapporti sessuali è un dato consolidato condiviso dalla comunità scientifica", osserva Adriano Lazzarin, professore ordinario di Malattie infettive all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano e membro del consiglio di presidenza della Commissione Aids. Il vice-presidente della Commissione e ordinario di Malattie infettive dell'Università di Milano Mauro Moroni si sforza di "tradurre" le parole del Papa: "Certamente per sconfiggere l'Aids sono necessarie battaglie su diversi fronti, anche riscoprendo valori come la castità o la fedeltà". Ma "si tratta di battaglie lunghe e complesse. Nel frattempo, il preservativo è un dispositivo medico importante per impedire nuove infezioni".

## ITALIANIEUROPEI: CREARE UN'AUTORITY DELLA SALUTE

La sanità è fuori controllo. Manca un sistema di

valutazione e verifica. Sulle strutture ospedaliere, sulle cartelle cliniche, sui servizi e su molto altro ancora. Per questo serve un'autorità garante della salute. È questa l'idea avanzata da Ignazio Marino, chirurgo e presidente della Commissione d'inchiesta del Senato sul Ssn, nella sua introduzione al Quaderno della Fondazione Italianieuropei interamente dedicato alla sanità, uscito il 27 marzo 2009. L'autorità garante, precisa Marino, dovrebbe servire "per il monitoraggio della adeguatezza delle strutture e delle tecnologie impiegate (technology assessment) e della performance degli operatori con l'obiettivo di migliorare la qualità effettiva delle cure erogate e la qualità percepita dal cittadino".

## APRILE LA CONSULTA BOCCIA LA LEGGE 40

La Corte Costituzionale (1° aprile) ha giudicato incostituzionale il comma 2 dell'articolo 14, dove viene sancito il divieto assoluto di produrre embrioni in numero superiore a tre per realizzare l'unico e contemporaneo impianto, e il comma 3 dello stesso articolo in cui obbliga la donna, una volta dato il proprio consenso alle tecniche di fecondazione assistita, all'impianto degli embrioni, escludendo così la revoca del consenso. Inammissibili altri passaggi delle questioni di legittimità dei commi 1 e 4 dell'articolo 14: il primo comma vieta la crioconservazione di embrioni al di fuori di ipotesi limitate, mentre il comma 4 vieta la riduzione embrionaria di gravidanze plurime salvo nei casi previsti dalla legge sull'interruzione volontaria della gravidanza.

## 10 ANNI DI LEGGE SUI TRAPIANTI

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, passando dai 1.498 interventi del 1994 agli oltre 3.300 che il Centro nazionale trapianti (Cnt) stima di effettuare nel 2009. Un sistema

di eccellenza che fa scuola in Europa. 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'impennata di trapianti e una diminuzione del 3,5% delle opposizioni.

## TERREMOTO A L'AQUILA. ANCHE LA SANITÀ CROLLA

Alle 3,30 della mattina del 6 aprile una scossa di magnitudo 5,8 della scala Mercalli distrugge L'Aquila e molte cittadine limitrofe. Gravi danneggiamenti anche all'ospedale San Salvatore del capoluogo abruzzese, che viene subito evacuato. Non era a norma anti-sismica, nonostante fosse in una zona a rischi. Era già stato detto e scritto nel 2000 sulla Relazione finale della Commissione di inchiesta parlamentare sul Sistema sanitario. E non si tratta di un caso isolato. Secondo quella stessa Relazione, infatti, solo il 9% degli ospedali sono stati costruiti in cemento armato e risponde ai requisiti antisismici. La data di costruzione è infatti essenziale per la tipologia costruttiva. E non è un bene che le strutture ospedaliere italiane siano così vecchie, in certi casi addirittura antiche. Oltre il 20% è stato costruito prima del 1900 (con alcuni casi risalenti al 1400 o anche prima), cioè in muratura non armata, con volte, archi e solai in legno. E sono quelli a rischiare di più. Per il resto, circa il 20% è stato costruito tra il 1900 e il 1940, un altro 20% tra il 1941 e il 1960, il 30% tra il '70 e il '90, il restante 10% dopo il 1990.

## FEDERALISMO FISCALE: SÌ DEFINITIVO DEL SENATO

Con 154 sì, 6 no e 87 astenuti, il ddl sul federalismo fiscale è



Benedetto XVI

diventato legge (30 aprile). A Palazzo Madama hanno votato a favore i senatori della Lega Nord, del Pdl e l'Italia dei Valori. Come già avvenuto con il voto alla Camera, il Partito democratico si è astenuto. I decreti attuativi dovranno essere emanati entro due anni e altri 24 mesi serviranno per gli eventuali decreti correttivi. Il federalismo fiscale introdurrà il costo standard che, valorizzando l'efficienza e l'efficacia, mira a costituire l'indicatore rispetto a cui comparare e valutare l'azione pubblica. Saranno poi introdotti sistemi di premiazione per le amministrazioni virtuose e sanzioni per quelle meno virtuose, per le quali è previsto anche l'eventuale commissariamento e l'ineleggibilità degli amministratori.

## MAGGIO NUOVO WELFARE/1: IL LIBRO BIANCO DI SACCONI

Il ministro Sacconi presenta (6 maggio) il Libro Bianco sul Welfare, che completa le proposte e le analisi anticipate nel Libro Verde sul futuro del modello sociale del 25 luglio 2008. Con il nuovo testo Sacconi illustra un modello dove sanità, previdenza e assistenza vengono ridisegnate in uno scenario unitario e inedito, che ha come capisaldi la persona, la famiglia e la comunità. Si riafferma anzitutto l'assoluta primarietà del diritto alla salute. Secondo Sacconi, però, non è più possibile né utile distribuire ai cittadini beni e servizi in forma assistenziale e paternalistica, ma è necessario 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. All'incremento dei contribuenti e alla efficienza delle prestazioni, si dovrà 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 si induce dai limiti della offerta pubblica. Pensioni e

prestazioni sanitarie integrative saranno i primi due capitoli di un nuovo 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.

## NUOVO WELFARE/2: LA VERSIONE DI FRANCESCHINI

A distanza di una settimana (13 maggio) dalla presentazione del Libro Bianco sul welfare di Sacconi, ecco il documento della Consulta Sanità Pd, coordinata da Serafino Zucchelli e presentato a dal segretario Dario Franceschini. Due ricette opposte per la cura del Ssn. Per il Pd 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 regolazione 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. Auspicato, infine, 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.

## SIGLATO IL CONTRATTO DEL COMPARTO SANITÀ

Firmato all'Aran (13 maggio) il contratto nazionale 2008/2009 del comparto sanità pubblica. Le trattative si sono concluse con la sottoscrizione unitaria da parte di Fp-Cgil, Cisl-Fps e Uil-Fpl, che hanno espresso soddisfazione per l'accordo raggiunto nei contenuti e nella forma.

## CONVENZIONI: TRE INTESA FIRMATE ALLA SISAC

Siglati (27 maggio) gli accordi per il rinnovo delle convenzioni della medicina generale, della pediatria e della specialistica ambulatoriale. Tre accordi che, ha affermato il coordinatore della Sisac, Franco Rossi, illustrandone i contenuti, danno il via a "nuovo percorso per cambiare in maniera seria l'assistenza territoriale. Tre accordi che sono responsabilizzanti per gli operatori e più vicini ai bisogni cittadini". Il via libera agli accordi è stato però dato senza la firma di alcune sigle sindacali, che dovrebbero sottoscrivere l'intesa nei prossimi giorni.

## FECONDAZIONE: LE NUOVE LINEE GUIDA ENTRO DICEMBRE

Il sottosegretario Eugenia Roccella nel corso di una conferenza stampa a Palazzo Chigi (28 maggio) per presentare l'istituzione di un Osservatorio per la procreazione medicalmente assistita e di una Commissione dedicata alla crioconservazione, ha affermato che per la fine dell'anno sarebbero state pronte le nuove linee guida sulla procreazione medicalmente assistita, di cui tuttavia non si ha ancora notizia.

## GIUGNO I LEA ASPETTANO ANCORA DI ESSERE RINNOVATI

Ancora in sospenso il rinnovo dei Lea. "Sono già pronti e il provvedimento potrebbe essere varato entro l'inizio di luglio", affermava il 9 giugno il presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, Antonio Tomassini. Così non è stato. E dunque della revisione (approvata in extremis dall'ex ministro della salute Livia Turco, poi annullata) non si sa ancora nulla. La proposta presentata dal Governo Berlusconi era stata rigettata dalle Regioni. "Vanno bene i risparmi, ma la strada non può essere l'imposizione né quella di ricorrere alle tasche dei cittadini", aveva affermato il coordinatore degli assessori regionali alla Sanità Enrico Rossi. Era l'ottobre 2008. Ma non è bastato tutto il 2009 per trovare un accordo. Confidiamo nel 2010.

## SIEROPOSITIVI HIV: UNO SU 4 NON SA DI ESSERLO

Oltre 1.200 nuovi casi di Aids notificati nel 2008, altre 1.679 diagnosi di Hiv nel 2007, con un tasso di incidenza sulla popolazione pari a 6 casi ogni 100 mila abitanti. Secondo le stime, in Italia oggi vivono 151 mila persone con Hiv/Aids e circa un quarto delle persone Hiv-positivo e più della metà delle persone con una nuova diagnosi di Aids ignora la propria sieropositività, in modo particolare coloro che hanno acquisito l'infezione attraverso i rapporti sessuali, sia etero

che omo o bisessuali. Questo il preoccupante quadro illustrato alla presentazione di HIVideo (14 giugno), la campagna di prevenzione Hiv-Aids partita il 21 giugno 2009 e indirizzata soprattutto ai giovani, invitati anche a partecipare ad un concorso (video, per l'appunto) per presentare idee su come comunicare l'importanza dell'uso del preservativo.

## RICERCA FIASO: MEDICI DI FAMIGLIA I PIÙ RESTII A LAVORARE IN EQUIPE

L'ospedale continua ad essere il luogo di cura anche per i casi non urgenti né acuti, e il territorio, seppur rafforzato, stenta a diventare quel sistema organizzato, coordinato e integrato di risposta sanitaria. Anche quando si parla di malattie croniche A dirlo (23 giugno), stavolta, è la ricerca su Misurazione e valutazione dell'integrazione professionale e sulla continuità delle cure promossa dalla Fiaso (la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) e condotta in partnership con il Cergas della Bocconi, da cui emerge che il coordinamento tra professionisti scatta quasi esclusivamente se le condizioni dei pazienti sono molto gravi e il bisogno di assistenza urgente. I meno inclini all'integrazione tra colleghi è quella dei medici di famiglia. In una scala di valori da 0 a 5, su tre patologie a grande impatto, il "voto" sull'integrazione da parte dei medici di famiglia è sempre più basso rispetto a quello degli specialisti. Per il diabete è 2,40 contro il 4,03 degli specialisti, per le insufficienze respiratorie gravi è di 2,39 contro 3,65, e per i tumori di 2,69 contro 3,68. Hiv-positivi.

## A VENEZIA IL VERTICE DEI MINISTRI DELLA SALUTE E DELL'OMS

Hanno rivoluzionato il modo di portare aiuti sanitari nei Paesi a basso reddito. Sono le cosiddette Iniziative Sanitarie Globali (Isg), i megapiani sanitari per le popolazioni e i Paesi svantaggiati, delle quali, si è parlato a Venezia il 22 e 23 giugno scorsi nel corso del meeting Massimizzare le sinergie positive tra i sistemi sanitari e le Iniziative Sanitarie Globali, promosso dall'Oms (23 giugno). Circa cento "iniziative"



L'Aquila, 6 aprile 2009

che nel mondo mirano a battere Aids o malaria, tubercolosi o malattie tropicali. Finanziate con denaro pubblico o privato, riconducibili a singoli filantropi o di respiro internazionale, poco importa. Ciò che le contraddistingue è la filosofia: un modello aziendalistico dell'aiuto. Che sembra funzionare, ma con stanziamenti così corposi che non manca chi mette in dubbio l'appropriatezza della spesa: molti si chiedono se non sia più opportuno che questamassa enorme di fondi, piuttosto che essere puntata sul piatto di una singola patologia, venga investita sullo sviluppo globale dei sistemi sanitari in quei Paesi. Il primo rapporto mondiale sull'impatto delle Iniziative Sanitarie Globali sui sistemi sanitari in oltre 20 Paesi, presentato al vertice di Venezia, ha chiarito come, laddove le Isg siano state accompagnate da un impegno coordinato da parte delle autorità sanitarie locali, hanno anche influenzato positivamente l'intero sistema sanitario operando un "effetto contagio" o, quando ciò non è stato possibile, evidenziando le lacune su cui era necessario intervenire.

## LUGLIO L'ENCICLICA SOCIALE DI BENEDETTO XVI PER UNA "TECNOLOGIA MORALE"

Il problema dello sviluppo oggi è strettamente congiunto con il progresso tecnologico e con le sue strabilianti applicazioni in campo biologico. Questo uno degli aspetti che ha spinto Papa Benedetto XVI (7 luglio) a scrivere un'enciclica "sociale" - la Caritas in Veritate - dove non poteva mancare un riferimento all'uso del progresso tecnologico in sanità per la procreazione assistita o al delicato tema del testamento biologico. Un'enciclica in cui ricordare che "la tecnica è un fatto profondamente umano, legato all'autonomia e alla libertà dell'uomo", ma in cui sottolineare che la libertà umana è propriamente se stessa solo quando è congiunta alla "responsabilità morale" e a un uso etico. Perché, scrive Papa Benedetto, "quando prevale l'assolutizzazione della

tecnica si realizza una confusione fra fini e mezzi".

## CCM: APPROVATO IL PROGRAMMA 2009

Alle attività del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) sono stati stanziati 19 milioni e 500mila euro, che saranno così distribuiti: circa il 60% sarà indirizzato alle attività di sostegno alle Regioni per la realizzazione del Piano nazionale della prevenzione e del progetto Guadagnare salute. Il 20% sarà dedicato al supporto di progetti strategici di interesse nazionale. Il restante 20% sarà invece destinato alle azioni centrali, vale a dire a tutte quelle voci di spesa necessarie per sostenerne il funzionamento, attività e personale (8 luglio).

## FAZIO: SSN? "NON C'È SISTEMA MIGLIORE"

Una promozione per il Servizio sanitario nazionale, forse inaspettata, quella espressa dal Ferruccio Fazio il 14 luglio, in occasione del confronto pubblico promosso dalla giornalista del Corriere della Sera, Margherita De Bac. Ne è scaturita una lunga intervista a più voci, con domande poste, oltre che da De Bac, anche dal pubblico in sala (soprattutto operatori del settore). "Da medico - ha affermato Fazio - ritenevo che il nostro fosse un servizio molto buono, ma che si reggesse soprattutto sull'impegno dei singoli professionisti. Ora, da amministratore, ho ribaltato il discorso: ferma restando la capacità dei professionisti, quello che funziona è il sistema così come concepito, ossia

universalistico e multiregionale dove le esperienze migliori possono venire mutate. Per raggiungere l'optimum dobbiamo solo sanare la situazione nelle Regioni con gravi deficit finanziari". Ma priorità del sistema sono, secondo Fazio, anche lo sviluppo delle cure primarie: "L'ospedale deve essere il punto di riferimento per diagnosi e ricoveri che hanno bisogno di tecnologie e prestazioni multidisciplinari di alto livello, ma c'è tutta una parte diagnostica e di assistenza che andrebbe tirata fuori dall'ospedale e messa sul territorio. Facendolo, pensiamo di ridurre ulteriormente il numero di posti letto da 4 a 3 per mille abitanti e il tasso di ospedalizzazione da 193 a sotto i 130".

## DPEF: NEL 2013 SPESA SANITARIA A 127 MILIARDI DI EURO

Spesa sanitaria in crescita esponenziale nel prossimo quadriennio. Lo dice il Dpef 2010-2013 approvato il 15 luglio in Consiglio dei Ministri, dove si annoverano le previsioni per i prossimi anni. Se nel 2008 la spesa è stata di 108,747 miliardi di euro, la previsione per il 2009 fa lievitare la cifra a 112,929 mld. Nel 2010 sarà di 114,719 mld, mentre per il 2011 arriverà alla quota di 118,364 mld. Trend di crescita stimato anche per il 2012 (122,769 mld), che proseguirà nel 2013 fino a Dpef raggiungere i 127,677 mld. La previsione sconta gli effetti delle misure di contenimento della spesa varate con le

precedenti Leggi finanziarie nonché gli effetti delle manovre contenute nei Piani di rientro. Il Dpef precisa comunque che "è intenzione del Governo assicurare il completamento del risanamento dei budget sanitari delle Regioni in disavanzo". Ma la vera partita per il controllo della spesa sanitaria, secondo il ministero dell'Economia, dovrebbe giocarsi con l'avvio del federalismo fiscale e l'individuazione dei costi standard dei servizi, dai quali dovrebbero arrivare "generose economie di spesa" generate "dalla diffusione sul territorio nazionale delle best practice osservate nella gestione dei servizi pubblici".

## LA CAMERA APPROVA MOZIONE CONTRO L'ABORTO OBBLIGATORIO

La mozione approvata a Montecitorio (16 luglio) punta a impegnare l'Onu su una risoluzione che dica no all'aborto come strumento di controllo demografico ed affermi il diritto di ogni donna a non essere costretta o indotta ad abortire. Soddisfazione espressa dal sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, secondo la quale, in particolare nei Paesi poveri, l'aborto è stato spesso usato per "integrare le campagne contraccettive" secondo l'errata convinzione che la sovrappopolazione sia la causa principale di mancato sviluppo.

## COMMISSARIATE MOLISE E CAMPANIA

Il sistema sanitario di Campania e Molise è stato commissariato (27 luglio). "Un atto dovuto - ha affermato il ministro del Welfare Maurizio Sacconi - perché si sono prodotti i presupposti di legge sulla base delle conclusioni dei tavoli tecnici Stato-Regioni dei piani di rientro dal disavanzo strutturale e dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza". I commissari sono i governatori delle due Regioni Antonio Bassolino e Michele Iorio. Ma mentre per la Giunta campana la decisione del commissariamento "è sbagliata e rappresenta una evidente forzatura istituzionale", il presidente del Molise, Michele Iorio, la considera invece

un'opportunità per "intervenire con rapidità nel riordino del sistema".

## LA "RIVOLUZIONE" DELL'ECM

Dalla Commissione Nazionale per la formazione continua arrivano le nuove regole (28 luglio) per l'accreditamento dei provider e di erogazione della formazione a distanza. Accreditati i provider e non i singoli eventi, niente più tetti per la Fad e stretta sugli sponsor e il conflitto di interessi. Queste le tre principali novità della riforma approvata a luglio e illustrata in occasione della Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina svolta a Cernobbio il 14 e 15 settembre 2009. Per essere pienamente attiva, la riforma dovrà ed essere completata da due "regolamenti" della Commissione nazionale Ecm, uno per l'accreditamento e l'altro per la valutazione.

## LEGGE 194:MENO ABORTI. MA SCATTA ALLARME PER LE DONNE IMMIGRATE

Nel 2007 sono state 126.562 le lvg in Italia, con un decremento del 3,4% rispetto al 2006 e un tasso di abortività del 9,1 contro il 9,4. Ma se sono sempre meno italiane ad abortire, aumentano invece le straniere, per le quali si stima un tasso di abortività 3-4 volte maggiore. È una fotografia complessivamente positiva quella della Relazione sulla legge 194/78 inviata lo scorso 29 luglio al Parlamento dal ministro del Welfare Maurizio Sacconi. Ne è convinta Eugenia Roccella, sottosegretario alla Salute, secondo la quale "la 194 funziona e non c'è bisogno di modifiche legislative, anche se va sviluppata la parte dedicata alla prevenzione". Il minor ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) e la riduzione dei tempi di attesa (il 58% delle donne che abortisce lo fa entro 14 giorni dal rilascio del certificato) sottolinea Roccella, dimostrano "che il servizio nelle strutture pubbliche viene garantito". A preoccupare è l'aumento di aborti tra le donne straniere, legato a una crescita del flusso migratorio ma anche alla scarsa conoscenza dei



Giulio Tremonti



Manifestazione medica

metodi per la procreazione responsabile, spesso usati scorrettamente. Le campagne di informazione e i servizi counseling restano dunque importanti per un ulteriore calo del numero degli aborti, come ha ricordato anche Sacconi.

## AGOSTO ALCOL: GIOVANI A RISCHIO, 17% INTOSSICATI UNDER-14

In Italia circa un milione e 500mila ragazzi nella fascia di età 11-24 anni sono considerati consumatori a rischio per l'abuso di bevande alcoliche, e di questi, la metà ha meno di 18 anni. Circa il 17% dei ragazzi che si rivolgono al pronto soccorso a seguito di una intossicazione da alcol ha meno di 14 anni. I preoccupanti dati arrivano dall'ultimo rapporto (4 agosto) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), che testimonia come il fenomeno dell'abuso tra i giovanissimi sia in crescita. L'alcol alla guida, peraltro, rappresenta la prima causa di decesso tra i giovani anche in Italia (circa 2800/anno).

## SETTEMBRE UNIVERSITÀ: INFERMIERI, BOOM DOMANDE MA POCCHI POSTI

Le domande di ammissione ai corsi di laurea di Scienze Infermieristiche sono aumentate di circa il 20%, ma i posti messi a bando sono pochi secondo il segretario della conferenza dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, Angelo Mastrillo, che chiede al Governo di aumentare il numero degli studenti ammessi, per far fronte alla

richiesta del mondo della sanità. Le domande presentate sono circa 101.100, contro le 89.642 dello scorso anno. Di queste, 35.500 riguardano il corso di Scienze Infermieristiche cresciute di circa il 20% rispetto alle 30mila circa dell'anno scorso. La Conferenza dei corsi di laurea chiede, quindi, di aumentare almeno del 10% i posti a disposizione, cioè circa 14.500 unità in più messe a bando.

## SCUOLA: NAS, 1 MENSA SU 3 FUORI LEGGE PER LA QUALITÀ CIBO

Cibo scadente e non a norma rispetto agli standard previsti dai capitolati delle gare di appalto. È questa l'infrazione più frequente riscontrata dai Nas nei controlli realizzati nelle mense scolastiche da gennaio ad agosto, controlli che hanno permesso di verificare irregolarità in circa un terzo dei 178 istituti ispezionati. Chiuse 15 strutture, due mense e 3,6 tonnellate di cibo sequestrate. Denunciate 28 persone e 44 segnalate all'autorità amministrativa. Sono state 101 le infrazioni accertate in tutto. Questioni di qualità, più che igieniche, ha spiegato il vicecomandante Antonio Amoroso. Ma nel complesso Amoroso parla di situazione non preoccupante: "Le scuole sono sotto il nostro continuo controllo e anche per il prossimo anno prevediamo ispezioni continue per assicurare la qualità del servizio offerto".

## ISTITUITA LA NUOVA COMMISSIONE PER LA RIABILITAZIONE

Il sottosegretario alla Salute Francesca Martini ha firmato il decreto (22 settembre) che istituisce la Commissione

riabilitazione, il cui compito è la ricognizione e organizzazione delle strutture di rieducazione presenti sul territorio. Dopo aver fatto una ricognizione della situazione attuale, la Commissione dovrà predisporre una proposta di Piano nazionale di riabilitazione al fine di omogeneizzare le prestazioni dei servizi a livello nazionale.

## OTTOBRE SANITÀ: DIMINUISCONO LE CONSULENZE ESTERNE, MA NON IN TUTTE LE REGIONI

Nel 2008 è stata di oltre 358 milioni di euro la spesa per consulenze esterne da parte del Servizio sanitario nazionale, che comunque hanno subito un calo del 13,5% rispetto agli oltre 414 milioni del 2007. È quanto ha affermato il ministro per la Funzione Pubblica, Renato Brunetta, presentando in commissione Igiene e Sanità del Senato (6 ottobre) la relazione sulle consulenze e le collaborazioni esterne nel Ssn. Secondo Brunetta occorre però distinguere i casi in cui le consulenze vengono assegnate all'esterno pur avendo a disposizione all'interno competenze analoghe. Quella che emerge è "un'Italia divisa in due". Il ministro ha poi rilevato come alcune Regioni abbiano comunicato tutti i dati "all'insegna della trasparenza, mentre in altre i dati non sono invece noti". Di queste Regioni si conoscono però le somme totali spese per le consulenze esterne e, per esempio, emerge che in Calabria spese di questo tipo sono aumentate del 400% fra il 2006 e il 2007.

## NOVEMBRE È LEGGE IL RIORDINO DELLE FARMACIE

Pubblicato in Gazzetta Ufficiale (4 novembre) il provvedimento per il riordino delle farmacie. Approvato dal Consiglio dei ministri il 31 luglio 2009 e il decreto legislativo, ora trasformato in legge, prevede per le "nuove" farmacie la partecipazione all'Adi, iniziative per diffondere il corretto uso dei farmaci, farmacovigilanza, partecipazione a programmi di educazione sanitaria, partecipazione a campagne di

prevenzione nazionali e regionali, erogazione di servizi anche con l'ausilio di altri operatori sanitari, analisi di prima istanza, prenotazione visite specialistiche, pagamento ticket e ritiro referti.

## TORNA IL MINISTERO DELLA SALUTE, MA A SOVRANITÀ LIMITATA

Con 252 voti a favore, 63 contrari e 156 astenuti la Camera ha approvato (11 novembre) l'autonomia della Salute dal maxi ministero del Welfare. Una rinascita. La seconda, a dire il vero. Perché già nel 2001, sempre con Berlusconi capo del Governo, si decise di ripristinare il ministero della Salute, cancellato dalla legge "Bassanini" del 1999 e poi nuovamente cancellato nel 2008 con l'ultima finanziaria del Governo Prodi. Ancora una volta, dunque, la politica torna sui suoi passi. Ma se si riconosce la necessità di un ministero dedicato esclusivamente alla gestione della "macchina sanità", tuttavia si affida al ministero dell'Economia il compito di tenere una mano sul freno e vigilare sulla spesa sanitaria nazionale e regionale in modo esclusivo. Per le delicate questioni della bioetica, invece, è stato deciso di affidare al ministro Sacconi, che resta titolare del ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il coordinamento politico della materia.

## LEGGE 194: CRESCONO LE IVG CEDAP: CRESCE LA NATALITÀ IN ITALIA, UN BAMBINO SU 100 NASCE IN PROVETTA

Nel 2006 la stima del numero medio di figli per donna è pari a 1,35, in crescita dopo il minimo storico di 1,19 raggiunto nel 1995. Resta tuttavia alto il ricorso al cesareo, utilizzato nel 37,4% dei parti. Sono i principali dati del 5° Rapporto CeDAP sull'evento nascita in Italia pubblicato dal ministero della Salute nel novembre scorso e riferito ai dati del 2006. Dal rapporto emerge che un bambino ogni 100 nasce con le tecniche di procreazione medicalmente assistita (Pma). In generale, il tasso di natalità cresce, per lo più al Nord e al Centro, che recuperano rispetto alle Regioni del Sud, dove si registra al contrario una diminuzione. Il 15% dei parti avviene tra le donne straniere, che in media hanno 28 anni di età contro i 32 anni delle madri italiane.

## SANITÀ E POLITICA: IL REBUS DELLE NOMINE

Sono i 40 mila manager e sanitari che siedono ai vertici delle Asl e degli ospedali del Ssn ai quali, di fatto, sono affidate le performance della sanità italiana. Un piccolo "esercito" di professionisti, con molto potere e con un ampio portafoglio da gestire. Due aspetti che, da soli, bastano a spiegare il perché la politica voglia da sempre dire la sua su queste nomine. Scandalo. O meglio a molti tutto ciò fa scandalo. Da qui la promessa bipartisan, anche nell'ultima campagna elettorale, di cambiare le regole e far vincere il merito su qualsiasi logica di spoil system. Per capire se dalle parole si passerà ai fatti e soprattutto per sapere cosa ne pensino i diretti interessati, il quindicinale di politica sanitaria Il Bisturi ha chiamato a



Giorgio Napolitano e Ferruccio Fazio al Quirinale (15 dicembre 2009)

discutere i diretti interessati (politici e rappresentanti sindacali dei medici) nel corso di un convegno promosso il 12 novembre a Roma, in collaborazione con la Fiaso. "La politica in sanità ci vuole - ha esordito il viceministro alla Salute Ferruccio Fazio -, il punto è che essa va normata per darle modo di agire entro paletti certi".

## MEDICI SPIA: ELIMINATO L'OBBLIGO DI DENUNCIA DEI CLANDESTINI

I medici e il personale sanitario non dovranno denunciare gli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno che si rivolgono alle strutture sanitarie. Lo ha chiarito il Ministero dell'Interno con una circolare del 27 novembre, mettendo così fine all'equivoca interpretazione della norma contenuta nel pacchetto sicurezza, che esentava i sanitari da segnalazioni, ma non esentava dalla denuncia degli immigrati irregolari all'autorità giudiziaria in qualità di pubblici ufficiali.

## DICEMBRE PATTO PER LA SALUTE TRA GOVERNO E REGIONI

Dopo un lungo braccio di ferro durato mesi è stata finalmente raggiunta l'intesa (4 dicembre) sul Patto per la Salute 2010-2012, confluita, in parte, nel maxi emendamento del ministero dell'Economia alla Finanziaria 2010. Invariate rispetto alla preintesa del 23 ottobre scorso

le risorse messe a disposizione dallo Stato per il Ssn per un totale di 332 miliardi di euro in tre anni. Per il 2010 le risorse per la sanità ammontano a 106,2 miliardi, nel 2011 a 108,6 miliardi e per il 2012 saliranno a 111,7 miliardi. A queste somme vanno poi aggiunti 5,6 miliardi di euro per gli interventi in edilizia e tecnologia. Novità per le Regioni con i conti rosso, che potranno far scattare aumenti di Irap (0,15%) e Irpef (0,30%). Disposto anche il taglio di 9.800 posti letto negli ospedali entro giugno 2011 e la diminuzione delle cure in ospedale per trasferirle agli ambulatori, mentre rimane in sospenso il capitolo della farmaceutica.

## LA RU486 È IN GAZZETTA UFFICIALE

L'autorizzazione all'immissione in commercio della pillola abortiva Mifegyne è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 286 del 9 dicembre 2009. Nel testo si specificano anche i vincoli del percorso di utilizzo, prevedendo che "in particolare deve essere garantito il ricovero in una delle strutture sanitarie individuate dall'art. 8 della citata Legge 194/78 dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento". Il farmaco è classificato in fascia H, cioè quella dei farmaci per uso ospedaliero, e avrà un prezzo al pubblico di 33,01 euro (iva inclusa) per la confezione di una compressa (da 200 mg) e di 99,02 euro per la confezione da

tre compresse. Ai prezzi sarà applicato lo sconto obbligatorio previsto per le strutture pubbliche sui prezzi di fabbrica.

## FERRUCCIO FAZIO È IL NUOVO MINISTRO DELLA SALUTE

Al Palazzo del Quirinale, Ferruccio Fazio presta giuramento (15 dicembre) nelle mani del presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, diventando così il ministro del ripristinato ministero della Salute. Firmato contestualmente il decreto che trasforma la carica di Maurizio Sacconi da ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali a ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali.

## MILLEPROROGHE: L'INTRAMOENIA SLITTA AL 2011

È questa la novità più corposa che riguarda il capitolo sanità del classico Dl Milleproroghe di fine anno. Nel testo è previsto lo slittamento dal 31 gennaio 2010 al 31 dicembre 2011 per realizzare tutte le iniziative che dovranno consentire ai medici dipendenti delle Asl di esercitare la libera professione intramuraria. La legge del 2007, infatti, impone una serie di adempimenti per consentire ai medici dipendenti di svolgere l'attività libero professionale all'interno della struttura dove operano, ma le Regioni, secondo i dati dell'Osservatorio, per la professione intramuraria non sono ancora in grado di garantire l'avvio della riforma del lavoro medico.

## CALABRIA: SCONGIURATO IL COMMISSARIAMENTO

La sanità in Calabria non sarà commissariata. Il presidente della Regione, Agazio Loiero, ha infatti firmato con il ministro dell'Economia Giulio Tremonti, con il ministro della sanità Ferruccio Fazio, e con il via libera del ministro delle Regioni Raffaele Fitto, il Piano di rientro del debito.

## DIRIGENTI SSN: RI-PARTE LA "VERTENZA SALUTE"

Assemblee in tutta Italia, tre manifestazioni a Napoli, Milano e Roma a cui potrebbe far seguito uno sciopero nazionale a marzo. È la Vertenza Salute per salvare il Sistema sanitario nazionale, lanciata il 27 dicembre dai 130mila dirigenti del Ssn "per dire no a chi vuole distruggere la sanità italiana". Le manifestazioni di protesta si sono aperte il 19 gennaio con una giornata di mobilitazione nazionale, con assemblee di medici, veterinari e altri dirigenti del Ssn nei luoghi di lavoro. In seguito, arriveranno pure due manifestazioni regionali, a Napoli il 4 febbraio e a Milano il 16 per puntare l'attenzione sui problemi del Centro-Sud e del Nord, e una manifestazione nazionale a Roma il 9 marzo. Possibile anche un sciopero a marzo, qualora non dovessero pervenire risposte convincenti dalle Istituzioni.

## USA: SÌ DEL SENATO ALLA RIFORMA SANITARIA

Storica svolta per gli Stati Uniti. Con 60 voti a favore e 39 contrari il Senato Usa ha approvato (24 dicembre) la legge di riforma sanitaria voluta dall'Amministrazione Obama che darà la copertura sanitaria a 30 milioni di americani. I democratici hanno dato un forte segnale politico dimostrando l'unità del gruppo dopo settimane di divisioni sull'insieme delle misure da portare in aula. Questa rivoluzione della sanità costerà quasi mille miliardi di dollari nell'arco di dieci anni. Nei primi giorni del nuovo anno tuttavia il dibattito sulla riforma si riaprirà: le versioni del testo di Camera e Senato sono diverse e dovranno essere conciliate prima che il presidente Obama possa ratificare in legge il testo finale.

## INFLUENZA A: QUASI 200MORTI. FAZIO: "POCHI VACCINI PER POCA INFORMAZIONE"

C'è stato un problema di informazione che ha impedito alla popolazione, ma soprattutto ai medici, di comprendere l'importanza della vaccinazione contro l'influenza A. Lo ha affermato il ministro alla Salute Ferruccio Fazio, intervenendo il 22 dicembre alla presentazione di una campagna di informazione sulla pandemia promossa dalla Fnomceo, la Federazione degli Ordini dei medici. Secondo il bollettino presentato il 27 dicembre dal Ministero della Salute, le vittime accertate in Influenza A in Italia sono 193 e 3.967.000 i casi stimati dall'inizio della pandemia. La percentuale di vittime in rapporto al totale dei malati di nuova influenza A è dunque dello 0,0048 per cento. Le dosi di vaccino distribuite in Italia sono in totale 7.423.851. Dall'inizio della campagna vaccinale al 27 dicembre sono state complessivamente somministrate 812.559 prime dosi e 26.418 seconde dosi.

## RAPPORTO SDO: NEL 2007 OLTRE 500MILA RICOVERI IN MENO

Sono stati 12.342.537 i ricoveri in ospedale nell'anno 2007, e 76.340.751 le giornate di degenza: oltre 510.000 dimessi e oltre 1.600.000 giornate di ricovero in meno rispetto all'anno 2006. Questi i grandi numeri dell'assistenza ospedaliera pubblica in Italia contenuti nel Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero relativo al 2007, elaborato dal Ministero della Salute attraverso la lettura del flusso informativo sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo) delle strutture ospedaliere pubbliche e private. Nel corso del 2007 sono stati effettuati quasi 11,448 milioni di ricoveri nei reparti per acuti, che rappresentano il 92,8% di tutti i ricoveri ospedalieri, di cui circa 7,9 milioni (68,8%) in regime di degenza ordinaria e quasi 3,6 milioni (31,2%) in Day hospital. Il ricorso alle strutture private accreditate è maggiore nelle regioni meridionali, dove si registrano le percentuali di ricovero più elevate in Abruzzo (26,1%), in Calabria (25,9%) e in Campania (27,1%).



# UN ANNO VISTO DA DIRIGENZA MEDICA

**Ecco come Dirigenza Medica attraverso avvenimenti, iniziative e proposte, commenti e interviste, ha fotografato i momenti più significativi per la categoria nell'anno appena trascorso**

## NUMERO 1 GENNAIO/FEBBRAIO

**Immigrati clandestini.** Tiene



banco la battaglia dei medici contro il provvedimento di denuncia da parte del personale sanitario dei pazienti immigrati clandestini. L'Anao Assomed stigmatizza l'approvazione in Senato dell'emendamento che elimina il divieto di denuncia dei camici bianchi e dice "no" ai medici spia.

**"Berlusconi non ci siamo".**

In una lunga intervista Carlo Lusenti, segretario nazionale analizza i provvedimenti del Governo che penalizzano i medici ospedalieri a partire dagli atti contenuti nella legge Brunetta (n. 133/2008) passando per il progetto di legge sul Governo clinico fino alla Riforma del Pubblico impiego. Tutto questo mentre continua la battaglia del sindacato contro la "rottamazione" dei medici,

progetto del Governo che prevede il pensionamento coatto dei camici bianchi al raggiungimento di 40 anni di contributi.

**Indagine "Gli italiani e il Ssn".** La sanità pubblica vince sul privato ed è promossa dal 54% degli italiani. È quanto emerge dall'indagine promossa dall'Anao Assomed e realizzata dalla Swg di Trieste.

## NUMERO 2 MARZO

**Sindacati uniti in difesa della professione.** Le organizzazioni sindacali della dirigenza medica compatte, inviano un messaggio forte alle Istituzioni: "Non siamo spie, macellai, fannulloni. Siamo



medici" ricordano ribattendo punto su punto a tutte le accuse mosse contro i camici bianchi. Le sigle chiedono soluzioni per garantire migliori condizioni di lavoro, Lea uguali

per tutti, soluzioni al precariato medico.

**Governo clinico.** Inizia alla camera l'iter del testo unico sulla governance. L'Anao Assomed presenta le sue osservazioni e dice no alle proposte sull'allargamento del potere degli universitari e all'invadenza delle autonomie contrattuali. Giuseppe Palumbo, presidente della Commissione Affari sociali risponde in un'intervista.

**Ticket.** Nonostante nessuno ne parli più, i ticket esistono e con differenze importanti tra le varie Regioni. Un'inchiesta de Il Bisturi fotografa un'Italia a macchie di leopardo. Il sottosegretario alla Salute, Francesca Martini e il coordinatore alla salute delle Regioni, Enrico Rossi dicono la loro sul tema.

## NUMERO 3 APRILE

**Federalismo fiscale.** Il Ddl che punta alla riforma federale dello Stato prosegue la sua marcia parlamentare per la conversione definitiva in legge. In un lungo articolo, Domenico Iscaro, presidente dell'Anao Assomed sottolinea tutti i dubbi e le preoccupazioni del sindacato sui possibili cambiamenti che verranno attuati: a rischio l'uniformità delle cure.

**Amedeo Bianco riconfermato alla presidenza Fnomceo.** Bianco riconquista la guida



della Federazione e spiega quali obiettivi intende perseguire nei tre anni di mandato che lo attendono, a cominciare dalla formazione di base per sviluppare la qualità professionale.

**Previdenza.** Giuliano Cazzola deputato della Pdl ed esperto di temi previdenziali spiega come il Governo non abbia un disegno organico di carattere previdenziale. Ma Giorgio Cavallero, vice segretario nazionale Anao Assomed osserva come in realtà il Governo continui a reiterare con il provvedimento di pensionamento con 40 di contribuzione. Segnala inoltre l'assenza di una soluzione per la previdenza complementare dei dipendenti pubblici privi della deducibilità fiscale per i fondi negoziali.

## NUMERO 4 MAGGIO

**Le criticità dell'Emergenza Urgenza.** In un seminario di studio organizzato dall'Anao

Assomed e dalla Simeu si puntano i riflettori sui problemi del settore che patisce una grave carenza di organici a fronte di una mole immane di lavoro. Lusenti propone una partnership con la società di Emergenza Urgenza guidata da Anna Maria Ferrari.

**Orario di lavoro.** Nel nostro Paese le direttive europee in materia di orario di lavoro non vengono applicate. Sergio Costantino, segretario aziendale Anao Policlinico di



Milano analizza la legge 133/2008 che vuole disapplicare i benefici del D.lgs 667/2003 sul riposo giornaliero e sulla durata massima dell'orario di lavoro settimanale in barba alle disposizioni della Ce.

**Carta verde per gli operatori europei della salute.** La Commissione europea è al lavoro per elaborare un documento sulle grandi sfide in materia di salute che i Paesi membri dovranno affrontare. Mobilità,



strategie di reclutamento e politiche basate sull'evidenza sono i grandi temi al centro dell'attenzione della Ue, spiegati da Enrico Reginato delegato Anaao presso la Fems.

## NUMERO 5 GIUGNO

**L'Anaao Assomed compie 50 anni.** Il sindacato taglia il traguardo del mezzo secolo e per l'occasione pubblica in un volume le tappe più significative della sua lunga storia: dalla nascita dell'Anaao, il 23 luglio del 1959, da parte di cinque medici veneti passando per la conquista della contrattazione specifica per l'area medica nel 1987 e attraverso la nascita del progetto "Vertenza salute" che vede protagonisti tutti i sindacati del mondo della sanità in difesa degli operatori sanitari fino alle ultimissime battaglie contro i "medici spia". In un editoriale Carlo Lusenti spiega l'importanza di ricordare il passato perché il sindacato "ha fiducia nel futuro quello che sapremo inventare e costruire. Compito ambizioso, per chi se non per noi?"

## NUMERO 6 LUGLIO

**I medici manifestano contro il decreto Brunetta sul pubblico impiego e dicono "no" alla rottamazione dei camici bianchi.** L'Intersindacale Medica si schiera contro la Riforma del Pi voluta dal ministro della Funzione

Pubblica. In un documento unitario, presentato in occasione della manifestazione davanti Palazzo Vidoni, il 9 luglio 2009 a Roma, le sigle analizzano punto per punto i passaggi critici del decreto delegato che riforma la pubblica amministrazione. Un provvedimento che non tiene conto delle specificità del Ssn e delle competenze regionali in materia di organizzazione del lavoro; sostituisce il sistema basato sul raggiungimento dei risultati con quello rigido dei premi individuali; svuota e riduce le aree di contrattazione sindacale. I medici puntano il dito anche contro il decreto "anti crisi" che ripristina la norma "Brunetta" sulla rottamazione dei medici al compimento dei 40 anni contributivi.



### Il diritto la riposo.

L'integrità psico-fisica del medico è una tutela della sicurezza delle cure, in un articolo Sergio Costantino, Segretario aziendale Anaao Assomed Policlinico di Milano e Carlo Palermo, Segretario regionale Anaao Assomed Toscana approfondiscono questo tema presentando le evidenze scientifiche del diritto al riposo.

## NUMERO 7 SETTEMBRE

**Governo clinico.** Il testo unificato che raccoglie cinque proposte di Maggioranza e Opposizione approda in Commissione Affari Sociali



raccogliendo un placet parziale dell'Anaao Assomed. Nonostante siano state recepite molte proposte del sindacato - si assegna al Collegio di direzione un ruolo di primo piano nella pianificazione e programmazione delle attività gestionali e organizzative delle strutture sanitarie - si continua a favorire l'ingerenza degli universitari inserendoli nelle commissioni per l'incarico di direzione di strutture complesse nelle Aziende miste. Il sindacato chiede ai deputati la modifica del testo.

**In difesa del Ssn.** Il presidente Usa Barak Obama punta a riformare una sanità iniqua. In Italia, invece, dove il Sistema sanitario è invidiabile lo dobbiamo difendere. Domenico Iscaro, ricorda come il dovere dei medici è sostenere e rilanciare la centralità del loro ruolo minacciato dalla



rottamazione, dalle difficili condizioni di lavoro, da contratti negati. Di farsi trovare pronti ad ogni confronto e ad ogni iniziativa di lotta.

## NUMERO 8/9 OTTOBRE/NOVEMBRE

**I sindacati dicono no alla cattiva politica.** Ancora una volta, le organizzazioni sindacali si uniscono in difesa del Ssn e accendono il semaforo verde per la "Vertenza salute". Lo slogan è "Fermiamoli" per dire basta alla "Cattiva politica e pessima amministrazione che stanno distruggendo la sanità pubblica italiana". Lusenti spiega in un'intervista perché riparte la protesta dei medici: "Dal Governo, arrivano tante parole e pochi fatti. Il ministro del Welfare, Sacconi non ha mantenuto la promessa di aprire un confronto con i sindacati, inoltre il provvedimento sul Governo clinico è ancora al palo e la rottamazione dei medici non è stata scongiurata".

**Governo clinico.** Il testo unificato approda in Commissione Affari Costituzionali per ricevere un parere dopo lo stop arrivato dalle Regioni minacciate dalle ingerenze alla loro autonomia contenute nel Ddl. L'Anaao è soddisfatto per l'introduzione di tre emendamenti: abrogazione della rottamazione dei medici, conferma della indennità di esclusività nella misura prevista dal Ccnl, abrogazione della presenza dell'universitario nelle commissioni per l'incarico di primario.

**Rinnovo del Ccnl.** L'Anaao detta le priorità per il proseguimento delle trattative per il rinnovo del II biennio economico 2008-2009. Tra le molte: rivalutazione dell'esclusiva, intangibilità della Ria, risorse aggiuntive dello 0,8% disponibili per la dirigenza medica in tutte le Regioni, stabilizzazione del precariato medico.

**Intramoenia allargata.** L'Anaao chiede al ministro Sacconi che in Finanziaria sia prorogata la scadenza al 31 gennaio 2010 dell'intramoenia allargata al fine di evitare che sia lesa il diritto alla libera professione alla luce dell'incapacità delle Aziende a

provvedere alla realizzazione di strutture ad hoc.

**Terremoto in Abruzzo.** In un convegno organizzato dall'Anaao a L'Aquila, il sindacato fa il punto della situazione a otto mesi dal sisma. Si fa promotore di azioni in difesa della difficile situazione della sanità abruzzese in ginocchio a causa della grave crisi finanziaria e dalle regole rigide imposte dal Piano di rientro.

## NUMERO 10 DICEMBRE

### Riparte la "Vertenza salute".

I sindacati presentano il calendario delle azioni di protesta per salvare il Ssn. Si parte il 19 gennaio 2010 con una giornata di mobilitazione nazionale, con assemblee negli ospedali e si prosegue poi con manifestazioni a Napoli e Milano per arrivare a una manifestazione nazionale il 9 marzo a Roma. In un documento unitario i sindacati presentano le loro richieste per la sanità pubblica.



**Rinnovo Ccnl.** Le trattative sono in stand by, le proposte dell'Aran sono giudicate irricevibili dall'Anaao che dice no a eccessi e soprusi sanzionatori.

### Ferruccio Fazio è il nuovo ministro della Salute.

L'Anaao plaude al ritorno del Ministero e auspica collaborazione e confronto con il neo ministro per "raggiungere quegli obiettivi indispensabili per la sopravvivenza del Ssn".

Indagine conoscitiva **SULLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

## LA FORMAZIONE DEGLI SPECIALIZZANDI? INADEGUATA

Gli specializzandi hanno un carico di lavoro enorme, passano in corsia dalle 50 alle 70 ore alla settimana, ma l'offerta formativa delle scuole di specializzazione non risponde alle loro aspettative. Per cui 5 camici bianchi su dieci non si riscriverebbero alla stessa scuola. Un'indagine di Federspecializzandi ha fotografato i punti deboli del sistema

**V**ita durissima quella degli specializzandi: lavorano tantissimo e imparano poco. La notte si trovano a mandare avanti, da soli, interi reparti con rischi altissimi per professionisti ancora in formazione. Di giorno invece la musica cambia, rimangono ai margini delle attività cliniche più importanti e così quelle che possono svolgere si rivelano di scarsissima utilità. Va peggio ai futuri chirurghi: in sala operatoria possono svolgere solo interventi minori, e ben sette allievi su dieci ritengono la loro attività totalmente insufficiente.

A scattare la foto degli specializzandi è la Federazione dei medici in formazione specialistica che, in un'indagine condotta tra luglio e ottobre 2009, ha sondato il parere di 600 "giovani" camici bianchi sull'offerta formativa delle Scuole di specializzazione negli Atenei italiani. Nove le Università coinvolte: Padova, Verona, Genova, Trieste, Varese, Modena, Pavia, Sassari, Palermo. Tre gli obiettivi dell'inchiesta: verificare se l'organizzazione delle varie scuole corrisponde a quanto previsto dal D.lgs 368/99, dalle tabelle ministeriali di insegnamento e dal regolamento delle Scuole di specializzazione; valutare il grado di soddisfazione dei Medici in formazione specialistica sull'organizzazione delle Scuole, sui contenuti didattici offerti e sull'autonomia raggiun-

ta; delineare lo stato attuale delle condizioni lavorative e di formazione dei medici in formazione specialistica.

Le note dolenti non mancano e sono comuni da Padova e Palermo.

Durante il percorso formativo i medici si ritengono investiti di una responsabilità eccessiva, dovendo assumersi responsabilità proprie dei medici strutturati che vengono in questo modo sostituiti dal personale in formazione. Così, il 64% dei giovani medici si trova a svolgere servizio di guardia in autonomia, il 65% a fornire prestazioni specialistiche in ambulatorio (dove i pazienti, che hanno pagato il ticket, credono di avere di fronte uno strutturato) e quasi uno su due a scegliere se ricoverare o no un utente del pronto soccorso. Eppure il carico di lavoro è enorme: il 46% dei giovani camici bianchi dichiara di passare in corsia tra le 50 e le 70 ore alla settimana, quando da contratto dovrebbero lavorare in tutto 38 ore tra teoria e pratica.

Un carico notevole al quale non corrisponde un'offerta formativa all'altezza di medici che dovranno affrontare situazioni difficili e spesso in emergenza. Generalmente vengono svolte tutte le attività indicate per il percorso formativo, ma quando si tratta di dare una valutazione alla loro utilità queste incassano dai camici bianchi un voto appena suffi-

### I voti da 1-10 alle attività professionalizzanti, compresa quella assistenziale, utili per il percorso formativo

	Risposte %	Media
Comune	95,17	6,24
Area medica	90,93	4,90
Area chirurgica	98,22	6,55
Area dei servizi	95,62	7,29

ciente (6,24).

È invece allarme rosso nell'area chirurgica. Molti chirurghi lamentano di non essere adeguatamente formati, difatti difficilmente vengono investiti del ruolo di primo operatore e nel 37% dei casi nemmeno di secondo operatore. Fanno eccezione gli interventi di piccola chirurgia che spesso possono venir eseguiti anche da professionisti dell'area medica. Così il 65% degli intervistati giudica la sua partecipazione alle attività chirurgiche insufficiente. E questo è evidente anche nell'ambito delle emergenze/urgenze, dove circa un terzo dei Medici specializzandi rischia di non poter agire. In circa l'80% dei casi non c'è un percorso formativo chiaro, e sono nettamente carenti le lezioni teoriche o di tecniche operatorie e le simulazioni con ausili meccanici o animali.

E non va meglio sul fronte della didattica: nonostante siano moltissime le Scuole di specializzazione dove vengono tenute attività ad hoc - tra cui lezioni frontali: per il 49% sono meno di 2 ore a settimana - queste sono ritenute dalla maggior parte dei giovani medici insoddisfacenti, tant'è che

incassano un voto medio 4,37 in una scala 1-10. Non solo, gli allievi non possono scegliere all'interno di un'offerta formativa. Insomma, o così o niente. Gli Atenei dove è presente un sistema di valutazione dei docenti sono mosche bianche (solo il 9%) e come se non bastasse l'operato dei tutor è considerato buono solo nel 18% dei casi, mentre il 22% lo boccia senza appello.

Per chi volesse fare esperienze formative all'estero oppure in strutture esterne convenzionate? La possibilità c'è, purtroppo solo il 40% dei medici in formazione ha facoltà di scelta.

Grande sconosciuto nella maggior parte degli Atenei è il log book registro delle attività pratiche eseguite, previsto peraltro dal contratto. E se anche il registro esiste è usato solo da poco più del 20% degli intervistati.

Tutto da bocciare quindi? Non proprio, c'è stato, infatti, qualche miglioramento sul fronte della tutela dei diritti in direzione dell'adeguamento agli orari di lavoro prefissati, l'usufrutto delle ferie previste, ed il rispetto del Decreto legislativo 368/99 in merito alle norme ri-

guardanti maternità e malattia. Un segnale positivo di cambiamento verso un'effettiva partecipazione degli Specializzandi nelle decisioni riguardanti la scuola è poi la presenza di un consiglio di scuola nella maggior parte delle sedi di specializzazione, l'informazione adeguata sulla loro esistenza e la presenza dei medici in formazione specialistica. Va peggio invece nell'area dei servizi (in cui vengono inserite anche scuole come aneste-

siologia, e radiologia, in cui spesso la formazione viene subordinata alle prestazioni lavorative, per la tipologia di lavoro richiesta ai medici in formazione): il regolamento delle scuole è meno noto. Così come è ancora carente l'attuazione delle disposizioni dello statuto/regolamento per tut-

te le Scuole. Ancora, la maggior parte degli specializzandi ritiene inadeguata la preparazione ricevuta durante la formazione specialistica anche a causa di una frequente mancanza di idoneità delle strutture (49%).

Gli specializzandi rimangono inoltre esclusi da alcuni piccoli benefit di cui invece godono gli altri dipendenti delle Aziende: non c'è una parificazione dei diritti come mensa, divise, posto macchina (il 75% è svantaggiato rispetto agli altri dipendenti). In compenso le Aziende, nella maggior parte delle Scuole prese in esame, prevedono una copertura assicurativa per le responsabilità professionali.

Tirando le somme, solo un irrisorio 4% del totale degli intervistati si dichiara molto soddisfatto del proprio percorso formativo e il 32% abbastanza soddisfatto. Il 38% ha risposto "non molto" e il 21% per niente.

Non stupisce quindi che alla domanda "ti riscriveresti alla stessa Scuola di specializzazione" la metà risponde che non lo farebbe. O lo farebbe, ma in un altro Ateneo.

(E.M.)

L'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN ITALIA (seconda parte)

# LA PSICHIATRIA NEL SECONDO MILLENNIO

Leo Mencarelli - Componente segreteria nazionale Anao Assomed

L'assistenza psichiatrica in Italia ed Inghilterra è prevalentemente orientata sul modello comunitario, ma essa nella maggior parte dei Paesi più sviluppati presenta ancora ospedali psichiatrici vecchio modello. In tutta Europa si è assistito a cambiamenti simili a quelli avvenuti in Italia anche se con velocità differenti. Al momento attuale esiste una suddivisione tra i paesi dell'Europa occidentale che hanno completato il processo di deistituzionalizzazione e lo sviluppo di una psichiatria orientata verso la community care, mentre la maggior parte dei paesi dell'Europa centro orientale la transizione verso servizi misti ospedalieri e territoriali sta cominciando anche se con velocità differenti. Da molti Stati giungono inoltre segnali preoccupanti di un ritorno all'ospedale. Compagno anche in Italia strutture che, pur con caratteristiche diverse dalle immagini che tornano alla mente quando si parla di vecchi manicomi, rappresentano tuttavia nuovi tipi di residenze simil manicomiali, vale a dire le carceri e le residenze per anziani. Un grosso numero di pazienti psichiatrici vive oggi nelle carceri, strutture caratterizzate dalla stessa logica degli ospedali psichiatrici, cioè segregazione, separazione dal corpo sociale, difesa dello stesso nei confronti della pericolosità. Molti altri nelle residenze per anziani che tecnicamente non sono strutture psichiatriche, ma strutture di lungoassistenza, contenitori di pazienti affetti da patologie psichiatriche attenuate o croniche o affetti da altri disturbi mentali come demenze ed oligofrenia. Le evidenze scientifiche nella pratica clinica psichiatrica attualmente a disposizione (Tansella e Thornicroft, 2009)

sono a favore di un bilanciamento tra assistenza ospedaliera e community care. Tale bilanciamento di servizi deve prevedere per gli utenti che oltrepassano il filtro assistenziale della medicina di base la presenza di ambulatori nel territorio, la presenza di team di psichiatria di comunità per la fornitura di interventi terapeutici multiprofessionali e multidisciplinari e che opera con il modello organizzativo del case management, reparti ospedalieri per i ricoveri di urgenza e programmati per i pazienti in stato di acuzie, una assistenza residenziale community based a lungo termine per gli utenti affetti da disabilità grave e persistente, e strutture ove si effettuano interventi di riabilitazione psico-sociale, terapia occupazionale. Dobbiamo però chiederci per comprendere le linee di sviluppo nel secondo millennio dell'intervento in psichiatria se il modello sociale che era quello prevalente nel 1978 e che ha determinato la attuale strutturazione della assistenza psichiatrica sia ancora aderente alla società in cui viviamo, alla società globale come si è andata definendo negli ultimi anni, alla società che i sociologi definiscono come "liquida", individuale.

## RIFLESSIONI INDISPENSABILI

Tale società liquida è caratterizzata dalla progressiva scomparsa della comunità come viene tradizionalmente intesa, per trasformare la stessa in una struttura individuale. Z. Bauman, sociologo polacco, qualche anno fa descrisse la nascita della "società degli individui" come conseguenza del bisogno di sicurezza che caratterizza in generale il nostro tempo. Bisogno di sicurezza che si evidenzia facilmente anche dalle evoluzioni

legislative in corso nel nostro Paese ed in altri, socialmente evoluti, tese alla protezione degli individui dai rischi della macro e microcriminalità.

Negli ultimi anni si sono affermati nuove modalità di aggregazione sociale soprattutto negli strati sociali più ricchi ed evoluti. Il modello di organizzazione sociale a rete sta sostituendo in modo rapido il vecchio modello di aggregazione sociale comunitaria.

Scrivo in proposito Z. Bauman che le reti di individui non hanno alcuna storia alle spalle, vengono create o ricreate solo grazie alla continua interazione tra i loro membri. Diversamente dal modello comunitario, la rete fa riferimento e si basa sugli individui. Da ciò derivano alcu-

na di comunità oggi esistente, con i suoi principi etici e le sue applicazioni operative, nel nuovo modello di società in cui stiamo evolvendo? Come evitare la separazione dalla società reale? Ogni cittadino risponderà che sì, condivide i principi etici, ma perché deve occuparsi lui del padre, madre o fratello? Perché deve fargli da custode?

S. Cohen definisce questi atteggiamenti come "stato di negazione". Il chiudere gli occhi, voltarsi dall'altra parte, alzare le spalle, mettere la testa sotto la sabbia, sono modi di dire comuni che indicano l'incapacità o il rifiuto di guardare in faccia la realtà della sofferenza altrui e sembrano essere divenuti l'unica modalità di comportamento che questa società sappia fare

lo dei funzionari della società in cui viviamo. La psichiatria che pratichiamo come affermato da Jacques Hochmann sarà conforme alla società ed alla considerazione che questa darà della follia. Se la società è tecnocratica, praticheremo una psichiatria tecnocratica, se la società è rivoluzionaria praticheremo una psichiatria rivoluzionaria, se la società è alienata non praticheremo alcuna psichiatria. La società globalizzata ci costringe in ogni caso a modificare i nostri modelli operativi e la psichiatria di comunità ha come compito quello di adeguare alla società mutata i propri modelli operativi, il suo funzionamento, la sua organizzazione ed in definitiva la propria mission. Quanto più una società evolve, nelle politiche della salute, e tra queste anche quella di tutela della salute mentale, tanto più la psichiatria dovrà evolvere ed adeguarsi e tale percorso che sarà complesso e difficile per gli ostacoli e le resistenze che lo accompagneranno. Il problema oggi come ben definisce Tansella è come restituire in questa società trasformata e nel mondo reale le vite dei nostri pazienti salvaguardando le loro fragilità. Un compito concreto, terribile, che si misura sul loro grado di felicità, sapendo che i vecchi strumenti che abbiamo usato negli ultimi 40 anni non ci permetteranno nella società attuale di ottenere risultati concreti, validi, duraturi nel tempo, applicabili. Come elegantemente afferma P.L. Scapicchio in un suo editoriale se non ricercheremo nuovi paradigmi, il rischio ineluttabile sarà quello di scivolare verso l'autoreferenzialità. La società che ci delega ad operare non se ne dorrà. Per lei è sufficiente che svolgiamo una dignitosa funzione di contenimento della sofferenza soggettiva e delle

*Dobbiamo chiederci se il modello sociale che ha determinato la attuale strutturazione della assistenza psichiatrica sia ancora aderente alla società in cui viviamo*

ne conseguenze nei due modelli di aggregazione sociale proposti. In quello comunitario la aggregazione è molto forte, ma molto statica; in quello a rete, i legami sono fragili, non impegnativi, senza vincoli. Come dice Z. Bauman siamo all'opposto di ciò che avviene nei gruppi sociali di appartenenza in cui oggi viviamo.

## DOMANDE FREQUENTI CHE SI PONGONO

Può lo psichiatra che si interessa della salute mentale dell'individuo ammalato calarsi all'interno di questa nuova società? Ed in che modo? Come può evolvere il modello di psichia-

all'osservazione di realtà scomode e dolorose.

Conseguenza dolorosa dello sviluppo della società "individualizzata". Società che delega a funzioni istituzionali impersonali il dovere etico della solidarietà, dell'accoglienza dell'altro, del sostegno alla fragilità. La società in cui vivevamo negli anni settanta ed ottanta aveva in sé una capacità di accoglienza che originava dalla dimensione solidale. I valori erano apprezzati e condivisi.

Nella società liquida, individualizzata questi valori anche se sono declamati come esistenti in realtà si perdono progressivamente. Noi psichiatri siamo so-

anomalie comportamentali che ne derivano. Il problema è nostro, proprio della psichiatria, di accompagnare l'uomo verso una vita il più possibile lontana dalla malattia, e consona alle sue legittime aspirazioni di normalità. Questo è compito di un nuovo umanesimo e di una diversa coscienza di chi dell'umanesimo ha fatto la sua mission.

Di questo va tenuto conto se nel futuro non si vuole che la psichiatria di comunità resti solo un fatto geografico e perda il senso profondo del suo lavoro rivolto a garantire la salute mentale non solo dell'individuo, ma dell'intera popolazione.

Il percorso è delineato, non si intravedono al momento attuali nel campo della medicina altre modalità su cui si sta discutendo per nuovi orientamenti nel campo della assistenza psichiatrica. Quello che invece rappresenta il futuro sono alcuni aspetti, ora in germe, ma che in un tempo non molto lontano modificheranno la modalità del nostro intervento. Mi riferisco in campo terapeutico agli attuali sviluppi della genetica psichiatrica e della medicina molecolare che, chiarendo in maniera sempre più approfondita le basi molecolari delle nostre malattie, consentiranno di apprestare farmaci sempre più mirati

al trattamento nelle malattie in genere, comprese quelle psichiatriche, con il tentativo di fornire in tempi non molto remoti una farmacoterapia mirata e personalizzata per i disturbi mentali. Attualmente ciò rappresenta il futuribile, ma se i progressi delle scienze di base e la loro applicabilità alla clinica saranno molto veloci, lo scenario che consentirà questo nuovo percorso farmacoterapeutico non sarà estremamente lontano.

#### GLI OBIETTIVI DEL SECONDO MILLENNIO

Nel secondo millennio l'assistenza psichiatrica in comunità avrà come obiettivo a cui tendere sempre più, la gestione dell'assistenza seguendo i principi etici generali che costituiscono la base dell'agire medico e cioè la assenza del danno per gli utenti, i benefici dell'intervento, il rispetto dell'autonomia, la giustizia sociale.

La declinazione di tali principi etici generali nell'ambito psichiatrico deve costituire il faro dello sviluppo della assistenza psichiatrica futura per consentire una sua applicazione omogenea nell'intero territorio nazionale. Andranno quindi sviluppate trattamenti ed assistenza psichiatrica che possano promuovere la autonomia del pa-

*Nel secondo millennio l'assistenza psichiatrica in comunità avrà come obiettivo la gestione dell'assistenza seguendo i principi etici generali che costituiscono la base dell'agire medico*

ziente. I servizi dovranno essere in grado di fornire interventi terapeutici che dovranno essere efficaci e produrre significativi miglioramenti e benefici nella vita reale degli utenti.

Dovrà essere garantita la accessibilità alle cure che consenta di ricevere assistenza quando e dove necessario. I servizi dovranno poter fornire interventi terapeutici nei confronti di tutte le malattie mentali, soprattutto nei confronti di quelle emergenti come i disturbi dell'umore e quelli della personalità, ed il servizio dovrà essere equo. Dovrà consentire l'accesso a tutti i tipi di cura a tutti i cittadini secondo necessità e per questo dovrà essere definito un razionale che consenta una giusta distribuzione delle risorse. Dovrà essere inoltre aumentata l'efficienza degli interventi in modo da poter garantire a tutti gli utenti le prestazioni necessarie a parità di condizioni tanto più in periodi di contrazione delle risorse generali a disposizione. Dovrà essere garantito un finanziamento idoneo, necessario per creare le strutture mancanti, potenziare quelle esistenti, ma soprattutto per garantire a tutta la popolazione indipendentemente dal luogo di residenza pari dotazione di servizi ed accesso equo agli stessi. La speranza nel futuro è che l'intervento psichiatrico possa seguire i principi etici enunciati nella Dichiarazione di Caracas (1990) ed in quella di Madrid (1996).

Al precedente progetto obiettivo, che fissava nel 5% il fondo a disposizione finalizzato per la psichiatria, e di fronte alla realtà di assegnazione di risorse che non superano in genere il 2-3% del finanziamento a disposizione degli enti statali erogatori, un nuovo progetto di legge (Ciccioli, Palumbo, Di Virgilio) prevede una destinazione vincolata del 7% delle risorse. Una valutazione a parte, ma non di secondaria importanza, va riservata alle modifiche legislative in itinere. Mi riferi-

sco al Ddl alla Camera dei deputati Ciccioli, Palumbo, Di Virgilio. Ddl previsto nel programma del Governo in carica e che dovrebbe vedere la luce quanto prima.

Il Disegno di legge ha tra le sue motivazioni ed il suo fine quello di regolamentare di aspetti non previsti o non tutelati dalla legge 180 e di superare le difficoltà operative e i problemi gestionali presentatisi in questi ultimi trenta anni. Problema non di facile soluzione neppure con l'emanazione di questa nuova proposta di legge che viene presentata come ulteriormente garantista, ma che per certi aspetti pratici garantista lo sembra più per il corpo sociale che per i pazienti.

Penso alle difficoltà nella applicazione del cosiddetto "contratto di Ulisse", il contratto terapeutico vincolante per le parti, che presuppone un consenso informato vero, laddove siamo in presenza di pazienti in cui ci si dibatte giornalmente tra consenso informato "quasi vero" ed assenso alle cure.

Penso alle difficoltà di predisporre un Tso a domicilio del paziente (affidato a chi? Con quali garanzie delle cure? Somministrate da chi in caso di rifiuto?) Alla istituzione del Tsop (trattamento sanitario prolungato), senza il consenso del paziente, finalizzato al ricovero obbligatorio di coloro che necessitano di cure non ritenute necessarie per tempi prolungati in luoghi diversi da quelli dove vengono trattati in acuzie. Durata 6 mesi, con possibilità di proroga. Strumento questo che pur essendo motivato dalla lodevole necessità di poter curare per tempo prolungato e in luoghi precisi persone che sono in uno stato di acuzie continua, può generare fantasmi di ritorno al passato con provvedimenti obbligatori che segreghino pazienti per anni all'interno di strutture, è vero non più manicomiali, ma che possono ridiventarlo.

Che dire poi della conciliabilità delle esigenze di privacy dell'utente, costituzionalmente garantiti, ma che per legge vengono derogati con obbligo di informare sulle proprie condizioni di salute terzi, ancorché familiari, in deroga al principio inviolabile della privacy individuale. Grande apprezzamento ed aspettativa riveste invece la disposizione che riserva una quota di bilancio prevista per finanziare i servizi di salute mentale al 7%. Tutti gli psichiatri ci sperano molto per poter finalmente evitare i legacci di un finanziamento insufficiente che si porterebbe dietro inevitabilmente una strutturazione dei servizi povera e poco efficace ed una assistenza poco produttiva ed a macchia di leopardo. Questi sono i problemi che discuteremo presto. Il futuro è complesso, ma non disperiamo che sia migliore. Abbiamo iniziato 40 anni fa con quasi un "esperimento dal vivo" e siamo arrivati ad avere una strutturazione dell'assistenza psichiatrica che in generale penso sia di qualità e che ci viene invidiata anche da paesi cosiddetti civili più ricchi di noi. La legge 180 ha prodotto trasformazioni radicali e positive nelle istituzioni psichiatriche italiane e nelle condizioni di vita e di cura degli ammalati psichici. Dopo trenta anni sono comunque mutate la società e la medicina. Le innovazioni normative in itinere vanno affrontate con molto realismo, lontano dalle guerre di religione ed ideologiche di passata memoria, salvaguardando principi basilari e di civiltà quali la inclusione dei servizi psichiatrici, in modo particolare quelli ospedalieri, all'interno del servizio sanitario nazionale, realizzando la struttura organizzativa dipartimentale ovunque, mantenendo gli accertamenti ed i trattamenti sanitari non volontari nell'ambito dell'emergenza sanitaria generale e rifiutando le legislazioni psichiatriche speciali. Questa è l'eredità della svolta riformista che abbiamo fatto trenta anni fa e che non va perduta.

(La prima parte sul n. 10/2009 di *Dirigenza Medica*)



NOVITÀ EDITORIALE DI ATHENA EDIZIONI

# LA MEDIAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE

La conflittualità tra cittadini e operatori sanitari è un fenomeno dilagante con implicazioni preoccupanti, sia per i costi economici ed umani, sia per il rischio che i rapporti fra professionisti della salute e pazienti, che dovrebbero essere costruiti sulla fiducia, finiscano con l'essere permeati da reciproca diffidenza. Il libro "La mediazione tra medico e paziente" propone una possibilità di prevenzione e gestione di queste situazioni conflittuali: non una proposta teorica, ma la descrizione di iniziative e progetti già attuati

**Q**uello del "rischio sanitario", legato al fenomeno crescente del contenzioso per responsabilità professionale medica, è ormai un tema di grande attualità. Non è facile fornire un quadro obiettivo delle dimensioni di questo fenomeno visto che sono rari ed incerti i dati ufficiali sull'argomento. In primis quelli delle compagnie assicurative, quando si parla di assunzione del rischio e, poi in ambito più strettamente giudiziario quanto si parla di contenzioso in materia di Responsabilità civile sanitaria. Sta di fatto che la stragrande maggioranza degli episodi di presunto errore medico che vengono contestati in tribunale finiscono con l'assoluzione dei professionisti della sanità. Così come è altrettanto incontestabile che la conflittualità tra cittadini e operatori sanitari è un fenomeno dilagante con implicazioni preoccupanti, sia per i costi economici ed umani, sia per il rischio che i rapporti fra professionisti della salute e pazienti, che dovrebbero essere costruiti sulla fiducia, finiscano con l'essere permeati da reciproca diffidenza.

Fino a quando non verrà emanato un provvedimento che sani il vuoto legislativo sulla ma-

teria, uno spunto su come gestire queste situazioni conflittuali – che spesso prescindono dal verificarsi o meno di un evento avverso, da attribuire quindi ad errore professionale, ma sono invece legati a rapporti di natura relazionale – viene offerto da un volume pubblicato dalle edizioni Athena medica dal titolo "La mediazione tra medico e paziente".

Il testo – scritto da Alessandra De Palma Direttore di struttura complessa di medicina legale e gestione del rischio clinico dell'Azienda Usl di Modena e da Alberto Quattrocchio, presidente dell'associazione Me.Dia.Re (Mediazione Dialogo Relazione) autore e docente di progetti formativi sull'ascolto e la gestione dei conflitti in sanità e di percorsi di formazione finalizzati a costituire "équipe di ascolto e mediazione" nelle Aziende sanitarie, con il contributo di Franco Marozzi – propone una possibilità di prevenzione e gestione delle situazioni conflittuali attraverso, come spiega Athena, un approccio di mediazione che "non è una proposta teorica, ma la descrizione di iniziative e progetti di natura molto concreta, che negli ultimi anni hanno coinvolto un numero considerevole di

persone". È quindi anche la narrazione di alcune esperienze umane di particole spesso. Naturalmente, in una prospettiva di mediazione in cui, operatore sanitario e cittadino-utente sono entrambi vittime del conflitto che li coinvolge. E "nessuna vittima è più uguale di un'altra".



Il volume si articola in quattro parti. La prima, fotografa il panorama del contenzioso giudiziario nelle ipotesi di responsabilità professionale medica. In questa sezione vengono presentate alcune cifre sugli eventi avversi e approfonditi il naturale approdo giudiziario e le reazioni della società civile. Sono fotografati: i costi economici del contenzioso giudiziario; le conseguenze del contenzioso giudiziario; i costi

della via giudiziaria nella relazione tra la categoria professionale e la comunità. Si parla poi di: medici sotto accusa e cittadini preoccupati e diffidenti; medicina difensiva; dell'adozione di precauzioni per difendersi e del contrattacco. Approfondisce infine temi come l'inadeguatezza delle risposte formali: aspetti critici nei rapporti tra l'Ordine professionale e l'esterno e le conseguenze del contenzioso giudiziario sugli attori.

La seconda sezione dal titolo "Uno sguardo all'interno del contenzioso" presenta cenni sui fondamenti giuridici e sulle radici storiche della responsabilità del sanitario per fatti di natura colposa. Affronta inoltre: alcuni nodi problematici del contenzioso giudiziario per errore professionale; il fenomeno della patologia iatrogena; la difficoltà di trovare risposte nella risoluzione tecnica dei casi di colpa professionale. Sono poi approfonditi il tema del consenso informato, gli aspetti etici e giuridici, quelli relazionali e il contenzioso giudiziario come sintomo del soggiacente conflitto tra medici e società.

Il terzo capitolo affronta la possibilità di conflitto nella relazione tra professionista della salute e paziente. Tratta

quindi la complessa relazione medico/paziente sia nell'ottica del paziente sia del professionista della salute affrontando le fasi dall'incontro allo scontro gli aspetti relazionali alla base del contenzioso, guarigione ed errori e il contenzioso dal punto di vista del conflitto. La quarta e ultima parte è dedicata alla mediazione trasformativa dei conflitti tra cittadini e professionisti della salute. Tra gli argomenti approfonditi in questo capitolo: la mediazione e i modi alternativi di gestione del conflitto, le pratiche di mediazione; le esperienze europee e statunitensi di gestione alternativa dei conflitti in ambito sanitario; la mediazione nelle controversie in materia di responsabilità medica presentando l'esperienza degli Stati Uniti e degli Stati europei; le iniziative di risoluzione extragiudiziale delle controversie tra pazienti e medici in Germania, Austria e Francia e il conflitto alla base della mediazione trasformativa. E ancora si parla dell'ascolto come aspetto centrale della mediazione trasformativa, di mediazione trasformativa come prassi, della struttura della mediazione trasformativa e dell'esperienza dello staff dei mediatori dell'Azienda Usl di Modena.

**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  
EDITORI PERIODICI 1981-2000

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 febbraio 2009