

CERTIFICATI ON LINE

**E ALLA FINE BRUNETTA
SI È CONVINTO...**

L'ospedale non sarà travolto DA UNA RIFORMA AFFRETTATA

Sommario I

LE INTERVISTE

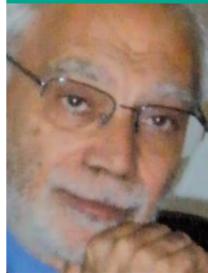
Nichi Vendola e Luca Zaia in due lunghe interviste si confrontano sul tema del federalismo
alle pagine 5-7

CONFERENZA STATO REGIONI

Oncologia, riabilitazione e fascicolo sanitario elettronico. Gli approfondimenti sui provvedimenti approvati.
alle pagine 9-11

SPECIALE INGHILTERRA

Le novità sulla riforma sanitaria voluta da David Cameron
alle pagine 12-14



L'editoriale

di Costantino Troise

IL NUOVO CHE AVANZA

Negli ultimi tempi assistiamo, in troppe Regioni per essere un caso, ad un fervore di iniziative in tema di innovazioni organizzative in sanità. Uno sforzo di ingegneria che nasce da importanti determinanti sociali e demografici, dalla transizione epidemiologica ad un soggetto di cura con aspettative diverse rispetto ai servizi offerti, e comincia ad impattare fortemente il lavoro ed il ruolo dei medici ospedalieri costituendo anche occasione e pretesto per una redistribuzione di competenze tra professionisti.

È bene premettere che noi non crediamo sia in atto un complotto ordito da un grande vecchio contro i medici perché riconosciamo gli ostinati processi, strutturali e sovrastrutturali, che spingono nella direzione del cambiamento. Compresi i segni di una sfiducia generalizzata dei cittadini verso il servizio sanitario ed i suoi attori registrata dal rapporto Eurispes 2011. La verità è che, dopo trent'anni, il Servizio sanitario italiano comincia a scricchiolare ed è sempre più evidente lo scollamento tra aspettative dei cittadini ed offerta sanitaria. La quale è considerata nel complesso di buona qualità, anche in rapporto a costi largamente al di sotto della media OCSE, ma da tempo incapace di migliorare, come se si fosse attestata in una mediocre stabilità. Per di più, impegnata in larga parte del Paese in piani di rientro non certo neutrali rispetto alla quantità e qualità dei servizi sanitari ed afflitta da persistente inadeguatezza organizzativa ed iniquità di accesso, visto che nei fatti raziona occultamente la domanda sanitaria smistando una quota importante di utenti verso un privato che oggi copre il 25% della spesa con un trend in crescita, anche come numero di produttori.

Ma è innegabile che una spinta forse decisiva, ancorché non sempre dichiarata, sia rappresentata dalla fatale, e illusoria attrazione, verso una sanità low cost, che nel modello di ospedale ad intensità di cure, o complessità assistenziale, oggi di moda, vede una delle diverse modalità di tank shifting, di trasferimento cioè, di settori e segmenti di attività da fattori produttivi ad alto costo, a fattori a basso costo. L'ospedale ad intensità di cure realizza un cambio di paradigma organizzativo dei luoghi della salute che porta con sé,

effetto collaterale ma non sgradito ai decisori, anche una redistribuzione delle competenze tra professionisti, in una situazione in cui già il cambiamento rende più incerti i confini tra le professioni.

I grandi cambiamenti producono inevitabilmente conflitti e tensioni. Proprio per questo, un modello che voglia ridisegnare una nuova logistica e nuovi meccanismi organizzativi, non si può sottrarre all'obbligo di reclutare le intelligenze professionali alla logica ed alla cultura del cambiamento, anche perché si vanno a riassemblare aspettative, comportamenti e legittimi interessi delle figure professionali coinvolte. Occorre passare dalla cruna di questo ago esplicitando anche il trade off dell'innovazione sull'efficacia e sulla sicurezza delle cure.

In una epoca di identità confuse ed appartenenze incerte occorre evitare, nell'attribuzione delle nuove competenze, sia di alimentare la paura dell'"altro", sia di precipitare in una sorta di manicomio babilonese dove linee professionali e gestionali, in nome della reciproca autonomia, funzionino a canna d'organo. I processi di cura, ed anche quelli di gestione, hanno bisogno di conduzioni unitarie. Non appare eliminata insomma, la necessità di una nuova centralità che, per il ruolo e la responsabilità nella diagnosi e nella terapia, non può essere costruita che intorno al medico, mediatore unico tra malato e malattia, in grado di garantire l'efficacia senza la quale non c'è efficienza, titolare di un duplice ruolo di garanzia verso lo Stato e verso il paziente.

Forti di questa consapevolezza non intendiamo sfuggire alle sfide capaci di produrre miglioramenti di efficacia e sicurezza del sistema, anche per cercare un riposizionamento della professione nel core dei processi decisionali dai quali risulta, anche per effetto del declino della dominanza professionale e dello smarrimento della stessa identità, sempre più emarginata.

Governare il cambiamento per riallineare l'organizzazione ai bisogni diversi espressi dalla società e dagli operatori per non subirlo, è un compito cui non possiamo sottrarci, ma chi amministra sappia che nessun modello organizzativo potrà produrre risultati positivi senza i Medici e contro i Medici.

CERTIFICATI ON LINE: BRUNETTA

OSPEDALI,

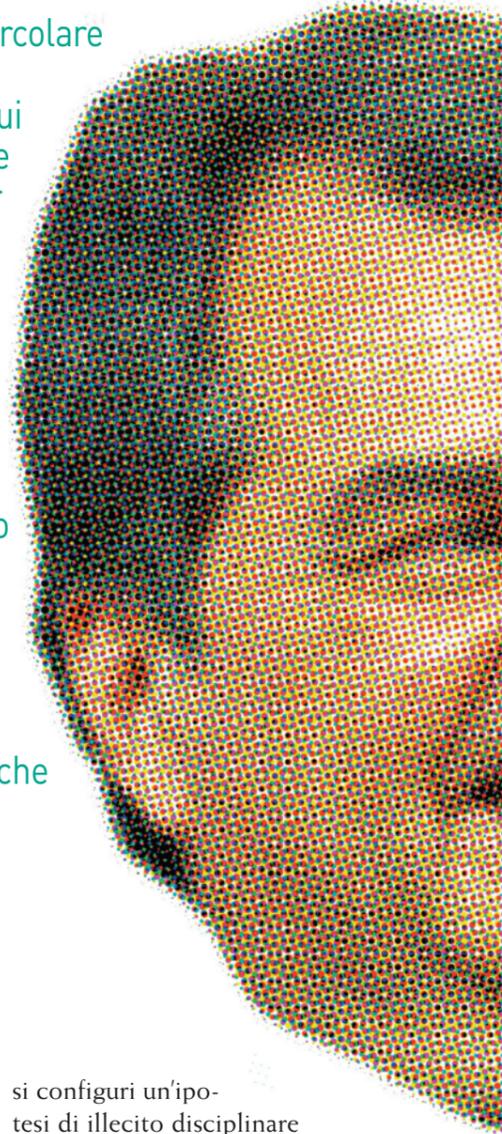
È arrivata la terza circolare del ministro della Funzione pubblica sui certificati on line che scioglie, almeno per il momento alcuni nodi. Il documento sancisce che la "regolamentazione" delle sanzioni passa alle Regioni. Per gli ospedali quindi i certificati rimangono su carta, almeno sino a quando non saranno trovate soluzioni idonee a risolvere le problematiche tecniche e organizzative

Sanzioni gradualmente, regolamentate in Conferenza Stato-Regioni. Possibilità di deroga per alcuni servizi o strutture. E per gli ospedali, per ora, i certificati restano di carta. Sono questi i punti salienti della terza circolare di chiarimento sul tema delle certificazioni on line firmata dal ministro della Funzione Pubblica Renato Brunetta. Il testo è stato concordato con i rappresentanti della Fnomceo e dei sindacati medici, che avevano espresso con forza la loro contrarietà alle sanzioni previste per i medici, che si trovavano di fatto ad essere responsabili anche delle molte criticità "tecniche" del sistema.

La circolare contiene molte aperture. La prima riduce il ricorso alle sanzioni ai soli casi di effettivo dolo: "Affinché

si configuri un'ipotesi di illecito disciplinare – si legge nel testo - devono ricorrere sia l'elemento oggettivo dell'inosservanza dell'obbligo di trasmissione per via telematica sia l'elemento soggettivo del dolo o della colpa". Inoltre "l'applicazione delle sanzioni deve avvenire in base ai criteri di gradualità e proporzionalità secondo le previsioni degli accordi e contratti collettivi di riferimento".

E ad occuparsi di tutto questo saranno le Regioni che però, in un documento tecnico dell'8 febbraio scorso, rilevano già tutte le criticità del sistema, valutando che sarebbe stato possibile portarlo ad un grado soddisfacente di efficienza non prima della fine del 2011. "Sarà, comunque, cura delle Regioni e della Conferenza Stato-Regioni, anche sentendo le rappresentanze dei medici – si legge ancora nella circolare – adotta-



FIRMA LA TERZA CIRCOLARE

TUTTO RINVIATO

I CERTIFICATI RIMANGONO SULLA CARTA

re gli opportuni provvedimenti disciplinari". In sostanza, una deroga per quei servizi, come la Continuità assistenziale o "guardia medica", dove spesso è difficile che ci siano computer o collegamenti internet. Infine la circolare si rivolge ai medici delle strutture ospedaliere: "Per quanto riguarda i documenti elaborati dagli ospedali al momento del ricovero e della dimissione, eventualmente con prognosi post ricovero", la circolare rinvia a "iniziative tecniche ed organizzative necessarie per la loro gestione nell'ambito del sistema di trasmissione telematica che saranno implementate nei prossimi mesi", chiarendo che "sino all'attuazione delle idonee soluzioni, tali documenti continua-

no ad essere rilasciati al lavoratore in forma cartacea". Insomma, gli scontri e le tensioni di questi mesi tra il Ministro e le associazioni dei medici hanno prodotto un nuovo atteggiamento, visto che nella stessa circolare si sottolinea l'importanza di un metodo di dialogo e concertazione tra le parti. "Allo scopo di perseguire uno sviluppo graduale, armonico e condiviso - è scritto nel documento firmato dal ministro Brunetta - si raccomanda alle Regioni il massimo coinvolgimento delle rappresentanze dei Medici in tutte le commissioni tecniche all'uopo costituite per la verifica, il monitoraggio e l'implementazione delle procedure".

Troise: "Ora possiamo continuare a lavorare con serenità"

Le indicazioni sul sistema di certificazione online contenute nella terza circolare del ministro Brunetta hanno soddisfatto l'Anaa Assomed. "La circolare - ha affermato Costantino Troise, Segretario nazionale dell'Anaa Assomed - è frutto di un lavoro tecnico che le Organizzazioni sindacali hanno accettato di condividere con il Ministro della Innovazione, ma anche con il Ministro della Salute, Ferruccio Fazio, dopo che la richiesta preliminare di modificare la legge 150/2009, soprattutto per quanto riguarda le inique sanzioni nei confronti dei medici, non ha superato l'obiezione dei tempi tecnici necessari, stante anche il quadro di incertezza politico-istituzionale". Di fatto l'impianto sanzionatorio viene allineato allo stato di funzionamento del sistema, le cui criticità sono segnalate dai tavoli tecnici. Inoltre si riconosce alle Regioni la possibilità di individuare modalità organizzative delle procedure certificatorie atte a preservare le strutture sanitarie da un utilizzo inappropriato o da interferenze negative con le attività clinico-assistenziali. Troise è soddisfatto inoltre per l'accoglimento della richiesta sui Pronto soccorso, si rinvia infatti alle singole aziende l'organizzazione delle procedure in virtù della estrema criticità della situazione attuale. "Ora - ha concluso Troise - sgombrato il campo da minacce, tanto pesanti quanto inapplicabili, riconosciuta la necessità di una gradualità di tempi applicativi e disponibilità di supporti amministrativi e informatici, è possibile continuare a perseguire le modifiche legislative necessarie a consentire ai medici di dedicarsi con serenità alla tutela della salute dei cittadini".

CONSIGLIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

"No alle politiche di Governo e Regioni"

Il Consiglio Nazionale, riunito a Roma il 4 e 5 febbraio 2011, esprime profonda contrarietà per la politica del Governo e delle Regioni che, di fronte ad una perdurante crisi economica, appare sempre più regressiva, rivolta esclusivamente al contingentamento delle risorse, all'annullamento degli investimenti e alla semplice riduzione del costo del lavoro. Una politica che oltre a ledere profondamente il diritto alla salute costituzionalmente garantito, anche in considerazione della prevista fuoriuscita dal sistema per raggiunti limiti pensionistici di circa 60mila medici nei prossimi dieci anni, minaccia di compromettere seriamente la sicurezza e l'equità del servizio sanitario ed espone il medico a sempre più gravose condizioni di lavoro e ad un più elevato rischio professionale. Un esempio è rappresentato dall'obbligo legislativo di invio telematico delle certificazioni di malattia. Il Consiglio Nazionale, di fronte a ritardi nel garantire i necessari supporti telematici, logistici e amministrativi, ritiene il sistema ben lontano dal considerarsi "a regime", anche in considerazione delle profonde differenze organizzative esistenti tra le varie Regioni. È al contrario realistico prevedere che una sua forzata applicazione rischia di provocare il collasso del sistema emergenza-urgenza nel momento in cui il medico è distolto dal suo primario compito assistenziale ed è chiamato a soddisfare un pur legittimo bisogno amministrativo dei cittadini. In questo quadro il Consiglio Nazionale ritiene inaccettabile un impianto sanzionatorio che allo stato delle cose si configura come una vera e propria vessazione e chiede quindi di prorogare l'entrata in vigore di sanzioni che colpirebbero i medici, incolpevoli dei ritardi nell'adeguamento del sistema e impegna la Segreteria Nazionale a promuovere ogni azione di mobilitazione a sostegno della richiesta. È indispensabile che l'Anaa Assomed sappia cogliere in tutta la loro portata, i cambiamenti intercorrenti nel mondo del lavoro dove emergono comportamenti autoritari e rigidamente aziendalistici che tendono a stravolgere le relazioni sindacali, marginalizzando il ruolo del sindacato e riducendo la professione medica a puro fattore di produzione, a dispetto della dignità della professione e del valore salute.

Il recupero di un ruolo politico della categoria richiede il superamento della attuale frammentazione della rappresentanza, anche attraverso la promozione di logiche nuove che, superando atteggiamenti corporativi e opportunistici, allarghino gli orizzonti delle alleanze e sperimentino nuove modalità di comunicazione con i cittadini e con le istituzioni con l'obiettivo di recuperare il ruolo sociale dei medici. Anche riconsiderando, se necessario, l'attuale stato giuridico e modello organizzativo, il primo costretto nell'ambito del pubblico impiego, il secondo appiattito sul logiche aziendalistiche a scapito dei valori professionali.

Il Consiglio Nazionale ritiene, infine, indispensabile completare il processo di rinnovamento dell'Associazione sviluppando gli aspetti organizzativi in grado di includere giovani e donne, favorendo la loro presenza nei vari livelli operativi, centrali e periferici, per una necessaria opera di costruzione di un sindacato nuovo. Infine, il Consiglio Nazionale approva il Regolamento dello Statuto proposto dalla commissione appositamente istituita e le proposte espresse dal Segretario nazionale Costantino Troise, ex articolo 12 dello Statuto.

Accordo sul salario di produttività: la Cosmed non firma e le Regioni lo bocchiano

“CON LA BRUNETTA PUBBLICO IMPIEGO A DUE VELOCITÀ”

Per non pregiudicare le attuali retribuzioni dei dipendenti pubblici a causa del blocco del rinnovo dei contratti collettivi nazionali sono previsti premi di merito individuale finanziati con le risorse derivanti dal miglioramento organizzativo e di efficienza. L'Aran, inoltre, sarà chiamata a stipulare un accordo quadro per la regolazione delle relazioni sindacali secondo quanto previsto dalla legge 150/2009.

Questi i due punti cardine dell'intesa firmata il 4 febbraio scorso tra Governo e sindacati per la regolazione del regime transitorio conseguente al blocco del rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro nel pubblico impiego. Un accordo che la Cosmed si è rifiutata di firmare e che ha incassato pesanti bordate dalle Regioni. “Mentre le Regioni, pur incontrando significative difficoltà a causa delle incoerenze del quadro normativo ed applicativo nazionale, sono impegnate in una complicata attuazione dei principi del D.Lgs. n. 150/2009 (“Decreto Brunetta”) in materia di sistemi di valutazione e premianti del personale, il Governo ha siglato con alcune organizzazioni sindacali un'intesa che pone

È da bocciare l'accordo per la regolamentazione del regime transitorio conseguente al blocco del rinnovo dei Ccnl che tocca il sistema di “premiabilità” legato alle verifiche periodiche, sottoscritto il 4 febbraio con alcuni sindacati proprio non va. La Cosmed non lo ha sottoscritto e le Regioni hanno assunto una dura presa di posizione rispedendolo al mittente

ulteriori gravi problemi e non convince sotto il profilo del metodo e neppure nel merito” hanno scritto le Regioni. Nel metodo ancora una volta, come per l'accordo sul nuovo sistema contrattuale dell'aprile 2009, hanno ricordato “si contraddice la volontà di coinvolgimento delle Regioni nel processo”. Non solo, si modificano importanti

aspetti del quadro applicativo senza alcuna preventiva consultazione. Insomma, quello del Governo è un atteggiamento che niente ha a che vedere con la leale collaborazione e con il coordinamento fra diversi livelli istituzionali. E ancora, nel merito l'intesa pone diverse problematiche per il prosieguo organico della riforma. “Tra le

più incomprensibili – spiega le Regioni – la dichiarazione che gli effetti dei nuovi sistemi di valutazione e premianti potranno incidere solo sulla parte di retribuzione alimentata da risorse aggiuntive rispetto a quelle già erogate. Ciò dovrebbe portare alla conclusione che, poiché Regioni ed enti del Ssn non possono utilizzare tale tipo di ri-

orse in virtù delle disposizioni della manovra estiva (D.L. 78/2010), in questa tipologia di enti i principi della Riforma Brunetta non potranno avere immediata attuazione, ma potranno essere applicati solo all'atto della stipulazione dei prossimi Ccnl (2013)”. Il Risultato? Una pubblica amministrazione a due velocità: lo Stato con risorse aggiuntive e nuovi sistemi premianti e le Regioni e il Ssn senza risorse incentivanti e al di fuori del processo di riforma. Ma gli attacchi non si sono fermati qui. Il presidente Errani ha, infatti, dichiarato apertamente che “la riforma è una fiction”. Il portavoce di Brunetta: “lasci perdere le battute”. “Già quattro ministeri hanno deciso di non applicare la riforma Brunetta: la Presidenza del Consiglio, l'Economia, il Ministero degli Interni, il Ministero dell'Istruzione scuola”. Puntuale la controreplica del portavoce di Brunetta che ha consigliato al Presidente Errani di lasciar perdere le battute.

Troise: “Non si tiene conto delle peculiarità del Ssn”

“La Cosmed non ha firmato l'accordo sul salario di produttività, senza un preventivo confronto con le Regioni, senza incentivi per i dirigenti del Ssn, senza un riconoscimento della specificità del Ssn e dei dirigenti medici e sanitari nell'ambito del pubblico impiego”. È questo il commento del Segretario generale della Confederazione, Costantino Troise, che contesta la soluzione proposta dal

Governo alle difficoltà poste dall'applicazione del D.lgs 150/2009. “La legge 150/2009 – ha detto Troise – si è abbattuta sulla dirigenza sanitaria senza tener conto delle peculiarità del servizio da erogare ai cittadini. Si lamenta l'assenza delle Regioni su tematiche decisive come l'applicazione della legge 150/2009, il modello contrattuale e in questi giorni le problematiche delle certificazioni online. I dirigenti sanitari rischiano di avere due padroni: Stato e

Regioni, che senza coordinarsi tra di loro impongono direttive con pesanti ricadute sull'organizzazione del lavoro e sui servizi ai cittadini. Di fronte al blocco totale dei contratti, appare del tutto inadeguata la rassicurazione contenuta nell'accordo di non voler procedere ad ulteriori riduzioni, inoltre Cosmed ricorda che alla revoca di alcune penalizzazioni in vari settori del pubblico impiego permane il blocco dello 0,8% dell'ultimo contratto”.

Riparto del Fsn 2011

Regioni divise, slitta l'accordo ma continua il confronto

Time out per la Conferenza dei Presidenti. Dopo tre giorni di discussione tutti i tentativi sbrogliare la matassa su come dividere il piatto dei 106,5 miliardi di euro del Fondo sanitario nazionale e trovare un'alternativa alla proposta avanzata dalla Salute, per il momento, sono stati infruttuosi. Dirimente l'introduzione o meno del criterio di deprivazione sociale nel calcolo dei parametri alla base della suddivisione delle quote regionali. Per questo i Governatori hanno convenuto rinviare il confronto sine die. Ma si continua a lavorare per trovare la quadra. Le Regioni si sono quindi arenate sulle secche dei criteri di riparto per i quali da tempo si chiede una revisione. In

particolare sulla necessità di affiancare al criterio di anzianità della popolazione anche altri indici di “pesatura” in primis quello della deprivazione sociale. Una richiesta quest'ultima che è arrivata con forza dalle Regioni del Sud capitanate dalla Calabria - alla quale si è associata, oltre a Sicilia, Campania, Puglia, Sardegna, Molise, Basilicata, anche la Liguria -, ma che vede assolutamente contrarie le regioni “leghiste”, a cominciare dal Veneto. A queste si è poi aggiunto un fronte moderato guidato da Emilia Romagna e Marche, che ipotizzava l'impiego dell'indice di deprivazione sociale su una percentuale ridotta del Fsn limitata alla sola prevenzione. Una proposta che non modificando

drammaticamente le cifre assegnate alle Regioni rispetto alla proposta del Ministero, avrebbe realizzato la richiesta di quelle del Sud per un riconoscimento concreto della valorizzazione del disagio sociale. E che prevedeva anche la possibilità di declinare in modo differente l'indice di anzianità, modulandolo in base alle differenti classi di età. Tempi vincolati per trovare l'accordo per il momento non ce ne sono e solo quando sarà messo in calendario scatteranno i trenta giorni di tempo, trascorsi i quali, in mancanza di Intesa, il Governo può procedere unilateralmente, facendo dunque valere la proposta di riparto formulata dal ministero. Ma di certo la situazione è tutt'altro che semplice.

INTERVISTE A NICHİ VENDOLA E LUCA ZAIA

I DUE VOLTI DEL FEDERALISMO

Giudizio senza appello dal presidente della Puglia sul testo in discussione in Parlamento nato dall'intesa Stato Regioni di dicembre. "Come si fa a parlare di intesa? Avevamo la pistola alla tempia" ha sentenziato. Ma anche

sui piani di rientro il giudizio è senza peli sulla lingua: "Sono una follia". E poi l'auspicio che il Sud sappia reagire a quella che definisce "la più grande rapina che la storia italiana abbia mai visto". Il presidente del Veneto respinge invece l'idea di un

federalismo che divide e rivendica i principi di solidarietà e di perequazione della riforma. Per Zaia l'introduzione dei costi standard coinciderà con la prima vera azione di contrasto agli sprechi che sia mai stata pensata in sanità.



NICHİ VENDOLA "Questo federalismo è una schifezza"

↳ Cesare Fassari

Non c'è dubbio. Le criticità del sistema sanitario del Mezzogiorno sono un indicatore rilevante degli squilibri che rendono ancora inattuata l'unificazione del Paese di cui siamo prossimi a celebrare i 150 anni. Il razionamento delle risorse che registriamo nel circuito del welfare, la scarsa infrastrutturazione sociale e i buchi nei sistemi sanitari in parti rilevanti del Sud Italia, ci dicono che qui c'è un banco di prova della tenuta del Paese. E qual è la risposta prevalente a tutto questo? La criminalizzazione dell'organizzazione sanitaria del meridione.

Il Sud diventa metafora di un racconto caricaturale. Non si vedono le eccellen-

Presidente Vendola, per molti osservatori, ne ha parlato di recente anche l'ex presidente della Corte Costituzionale Giovanni Maria Flick, la sanità meridionale è oggi la criticità più evidente nel processo, ancora non compiuto, di unità della Nazione. È d'accordo con questa valutazione?

Non c'è dubbio. Le criticità del sistema sanitario del Mezzogiorno sono un indicatore rilevante degli squilibri che rendono ancora inattuata l'unificazione del Paese di cui siamo prossimi a celebrare i 150 anni. Il razionamento delle risorse che registriamo nel circuito del welfare, la scarsa infrastrutturazione sociale e i buchi nei sistemi sanitari in parti rilevanti del Sud Italia, ci dicono che qui c'è un banco di prova della tenuta del Paese. E qual è la risposta prevalente a tutto questo? La criminalizzazione dell'organizzazione sanitaria del meridione.



LUCA ZAIA "Con il federalismo vince la responsabilità"

↳ Eva Antoniotti

Chi pensa che con il decreto i sindaci aumenteranno le tasse è stato evidentemente male informato. Quello che cambia è il principio, innanzitutto, ed è una rivoluzione copernicana: al posto della finanza derivata, in base alla quale è lo Stato a decidere quanto devono avere gli Enti locali e come devono spendere quel che viene dato loro, si introduce la finanza autonoma, per cui i Comuni gestiscono direttamente tasse e risorse. Se per "introduzione di nuove tasse" si intende un cambiamento nelle modalità, allora è vero. Se si vuol far credere invece che i cittadini pagheranno di più, è evidentemente falso. In ogni caso, io ho piena fiducia nel lavoro svolto dal Ministro Calderoli e dalla compagine governativa.

Presidente Zaia, questa settimana arriverà nelle Aule parlamentari il cosiddetto "federalismo municipale". Le criticità messe in luce dai Comuni si sono risolte con la possibilità di introdurre nuove tasse. Pensa sia una soluzione accettabile?

Chi pensa che con il decreto i sindaci aumenteranno le tasse è stato evidentemente male informato. Quello che cambia è il principio, innanzitutto, ed è una rivoluzione copernicana: al posto della finanza derivata, in base alla quale è lo Stato a decidere quanto devono avere gli Enti locali e come devono spendere quel che viene dato loro, si introduce la finanza autonoma, per cui i Comuni gestiscono direttamente tasse e risorse. Se per "introduzione di nuove tasse" si intende un cambiamento nelle modalità, allora è vero. Se si vuol far credere invece che i cittadini pagheranno di più, è evidentemente falso. In ogni caso, io ho piena fiducia nel lavoro svolto dal Ministro Calderoli e dalla compagine governativa.

NICHI VENDOLA

vera malasanità si registrano proprio al Nord. A partire dallo scandalo della clinica Santa Rita, che rappresenta senza dubbio il più grave episodio di fallimento criminale di un'organizzazione sanitaria italiana. Oppure, passando al piano delle inefficienze e degli sprechi, andiamo a vedere quanto segnalato dagli ispettori del Ministro dell'Economia nel loro sconcertante rapporto sulla gestione del Niguarda, sempre a Milano. Ma, al di là di questi casi specifici, in generale si fa così: a parità di scandalo, lo scandalo al Nord resta confinato nelle pagine della cronaca locale, quello al Sud diventa denuncia urlata dalla stampa nazionale, a riprova del fatto che il Sud e la sua sanità sono irrimediabili. Un luogo comune, certo. Ma anche un'opzione politica maligna, per impedire che le forze riformatrici presenti al Sud proseguano sulla strada del cambiamento.

D'accordo. È però indubbia l'arretratezza della sanità meridionale e la sua distanza dagli indici di performance del resto del Paese.

E come potrebbe essere altrimenti quando, da quasi vent'anni, la sanità del Sud è penalizzata in sede di riparto del fondo sanitario nazionale? E questo, eravamo a metà anni '90, avviene da quando è passata la logica delle quote capitarie "pesate" per età che hanno strangolato l'economia delle Asl e degli ospedali meridionali. Una logica ferrea, apparentemente inoppugnabile, e basata sulla tesi che un anziano costi molto di più di un adulto o di un giovane. Peccato che le ricerche epidemiologiche abbiano smentito da tempo questo assunto. La società e i suoi stili di vita si stanno adeguando in fretta all'invecchiamento della popolazione. Oggi non è l'anziano a costare di più. Sono la povertà e il disagio sociale, a prescindere dalla fascia d'età, a rappresentare la vera emergenza dei costi sanitari. E allora, prima di parlare di confronti e costi standard, che su queste vecchie basi penalizzeranno sempre il Sud negandogli qualsiasi possibilità di crescita, dobbiamo mettere i sistemi sanitari regionali nelle condizioni di ripartire sullo stesso piano e dagli stessi standard di offerta e di capacità di risposta assistenziale del settentrione, prima di parlare di competizione nell'efficienza e nella qualità. Fino ad oggi, invece, il Nord più dotato e più strutturato, ha sempre avuto di più. Noi, meno dotati e meno strutturati, sempre di meno. E questo ci ha negato la possibilità di poter anche solo aspirare al raggiungimento di livelli di risposta sanitaria paragonabili alle Regioni settentrionali.

Altra questione. Il ruolo della politica nelle nomine dei dirigenti delle Asl. Lei ha voluto una legge ad hoc per cambiare i criteri di selezione dei manager. E gli altri?

Lo stesso presidente Fini, in occasione delle ultime elezioni regionali, aveva lanciato proposte interessanti per far sì che la politica definisse dei criteri trasparenti nella selezione dei manager della sanità. C'è stato un bel dibattito, che mi ha ulteriormente convinto sulla necessità di creare un percorso diverso nella nomina dei direttori generali. Ma poi, finite le elezioni, tutto come prima. Lottizzazione politica senza criteri. Quasi ovunque. In Puglia abbiamo provato a mantenere quegli impegni e abbiamo, gli unici, fatto una legge che prevede un percorso preciso di selezione e formazione dei candidati affidato ad esperti esterni, per favorire una valutazione finale basata realmente sul merito e le capacità dei futuri manager. Pensa che ci abbiamo seguito o quantomeno lodato per questo? Al contrario. Il Consiglio dei Ministri non ha trovato di meglio che impugnare la nostra legge davanti alla Consulta e il ministro Fazio, in privato nostro fan, si è presto assimilato al suo Governo nelle critiche, dimostrando di non essere certamente un cuor di leone. E le altre Regioni? Nulla. Questa scelta, in ogni caso, non l'ho fatta in nome di un astratto concetto di estraneazione della politica dalle proprie responsabilità. Ma per mettere i miei manager nella condizione intellettuale e contestuale di poter essere in grado di essere realmente autonomi dalle intromissioni indebite della politica nella gestione delle loro aziende.

Ma quelle di cui parliamo, si possono realmente definire aziende o siamo di fronte ancora oggi a una mera articolazione funzionale della politica che continua a gestire e controllare tutta la sanità?

Non c'è dubbio che la sanità sia un magma, dove la cultura del management è una pura evocazione retorica. Detto questo, pensa che la politica sappia come

ze che invece ci sono, le innovazioni che si sono realizzate e in questo cono d'ombra veniamo risucchiati. Al contrario, il Nord viene rappresentato secondo gli schemi dell'efficienza lombardo, con il paradosso che gli episodi più sconcertanti di

e per cosa si spende nella gestione dei suoi servizi? Ma se non lo sa nemmeno il direttore generale! La sanità è come una matrioska, c'è sempre un livello inferiore, una bambolina più piccola da scoprire all'interno e devi arrivare all'ultima bambolina per capire chi ha fatto cosa, soprattutto dal punto di vista delle dinamiche della spesa. E in questa frantumazione è facile veder navigare i pirati. Il tema generale, il vero obiettivo che ci siamo posti, e di cui la legge per i direttori generali è un tassello ma non certo il tutto, è quello di accorpate (e noi abbiamo ridotto da 12 a 6 le Asl, altro che lottizzazione). Di fare emergere le contraddizioni e le inefficienze. Di controllare e indirizzare la spesa. E tutto questo significa lottare contro incrostazioni di potere ben radicate. Andare contro tutto. Anche e proprio contro la ramificazione della politica all'interno della macchina sanitaria. Per farlo abbiamo puntato alla testa. Ai manager. Mettendo la politica, noi stessi quindi, nella condizione di scegliere tra professionisti selezionati da altri, formati da altri, realmente capaci, domani, di buttare fuori dalle loro stanze e dai loro uffici la politica. Ma tutto questo non si fa in un solo giorno. Mi creda. E occorre anche rivedere la grande questione della domanda di salute. Potremmo dire che la domanda non è più quella di un tempo, parafrasando Simone Signoret. E non possiamo far finta di nulla.

E voi cosa state facendo in proposito?

Intanto, al primo posto del nostro Piano sanitario, abbiamo indicato la medicina di genere. Che non è un'opzione ideologica, come pensa qualche cretino, ma è il prendere atto di come, per fare solo un esempio, donne e uomini reagiscano in modo diverso allo stesso farmaco. Questo vuol dire partire dalla domanda. Dalla domanda di salute di oggi e dai bisogni di assistenza di oggi. Domanda e bisogni che mutano e che richiedono approcci e metodi diversi. Per le donne, per l'infanzia, per le fragilità sociali e sanitarie, per gli anziani. In questo processo anche la medicina e la comunità scientifica debbono fare la loro parte. Serve un balzo in avanti, un'apertura della mentalità clinica, ormai troppo chiusa nelle sue specializzazioni che portano spesso a cesure aprioristiche, anche in quei casi dove si manifestano spiragli nuovi, visioni diverse e interessanti per un diverso approccio terapeutico.

Nuovi bisogni, nuova domanda di salute, investimenti, rilancio. Tutte azioni in avanti. Come si concilia tutto ciò con la logica dei piani di rientro basata essenzialmente sull'obiettivo del pareggio di bilancio?

I piani di rientro sono una follia. Non solo perché, in nome della razionalizzazione della spesa, producono nell'immediato il taglio dei servizi e il razionamento dei diritti dei cittadini senza alcuna possibilità contestuale di riqualificazione. Ma anche perché, sui tempi medio lunghi, diventano causa di una duplicazione della spesa sanitaria. E questo in un clima di grande ipocrisia, favorito dall'ideologia della sopravvivenza dei conti pubblici che ispira l'ultima versione del tremontismo. Faccio l'esempio del Molise. Dopo il piano di rientro, nel giro di un solo anno, questa Regione ha visto diventare una voragine il suo debito consolidato a causa della moltiplicazione della sua mobilità passiva, con l'implosione dell'emigrazione sanitaria dei suoi cittadini verso altre regioni. Se mi blocchi gli investimenti per l'edilizia sanitaria, se mi blocchi il turn over, il mio sistema entra in corto circuito. Altro che risanamento.

I piani di rientro, il riparto e in generale le logiche politiche di gestione della sanità regionale si confrontano ora con la sfida del federalismo. Ma il fronte regionale è spaccato. Una frattura insanabile che potrà avere ripercussioni anche a livello nazionale?

Partiamo dall'intesa Stato-Regioni del 16 dicembre scorso sul federalismo fiscale e i costi standard sanitari. Quell'intesa è stata fatta con la pistola puntata alla tempia. Da una parte l'alternativa del no, che in ogni caso non avrebbe stoppato l'iniziativa governativa. Dall'altra parte dire di sì, per ottenere la restituzione delle risorse scippate dal Governo alle Regioni, a partire da quelle per il trasporto pubblico. Una non partita dove, tra l'altro, abbiamo avuto un Nord con una palese convenienza all'accordo e un Sud sotto il ricatto di una negoziazione continua con il Governo per piani di rientro e quant'altro. A un certo punto sembrava che solo la Puglia si opponesse alla firma dell'intesa.

E quindi?

E quindi oggi abbiamo la prospettiva di un qualcosa che chiamiamo federalismo e che in realtà è una schifezza. Dove federalismo diventa il nome presentabile della secessione e di un processo di fuoriuscita dalla solidarietà nazionale. Io non sono contro il federalismo, anzi. Ma ciò di cui stiamo parlando è una sceneggiata. Una cosa, si dice, che fa bene al Nord, fa bene al Sud. Un processo che non

Il federalismo diventa il nome presentabile della secessione e di un processo di fuoriuscita dalla solidarietà nazionale. Io non sono contro il federalismo, anzi. Ma ciò di cui stiamo parlando è una sceneggiata

penalizza nessuno e fa tutti più ricchi. Ma la presa in giro si smaschera facilmente anche solo riflettendo sulla deroga ottenuta dalle Regioni a statuto speciale. Ma in un assetto federalista non dovremmo essere tutte Regioni a statuto speciale? In realtà ci stanno vendendo qualcosa che, come dice un vecchio detto contadino, ci vogliono far credere sia "tutto prosciutto". Il federalismo sul quale vorrei discutere è ben altro. Un patto che tenga insieme il Paese e non lo divida ulteriormente.

Eppure un fronte del Sud esiste. E si sta facendo sentire nella battaglia con il Governo sui criteri di riparto del fondo. La contrapposizione si allargherà anche al federalismo?

È vero. Sul riparto ci stiamo giocando molto, come ho già detto. Ma la partita è più ampia e spero che i miei colleghi non tradiscano i loro territori per ragioni di opportunismo di corto respiro o peggio per sudditanza politica. A loro dico: ma si può partire con una riforma federalista che pone come prima tappa il fisco? E questo dopo anni di politiche demagogiche e scellerate della destra. Con una rappresentazione della fiscalità e della solidarietà fiscale quali esercizi vessatori e paracriminali dello Stato, negandone quindi la loro natura di strumenti fondanti di una comunità sociale democratica e civile. E ancora, ci vogliamo ricordare della progressiva decurtazione dei trasferimenti dal centro al Sud, ormai vicini alla soglia di un misero 35% sul totale dei trasferimenti, quando gli impegni passati parlavano di un obiettivo del 46%? Per non parlare dello scippo costante dei fondi Fas e degli altri fondi europei, che ormai sono usati come cassa per far fronte a qualsiasi cosa tranne che per le esigenze del Sud al quale sono destinati. Ebbene, se i miei colleghi non dovessero tener conto di tutti questi fattori, non potrei che trarre la conclusione della loro complicità nella più grande rapina che la storia italiana abbia mai visto a danno dei cittadini delle regioni meridionali.

LUCA ZAIA

In Parlamento arriverà poi il decreto su fiscalità regionale e costi standard in sanità, che ha raccolto sia pure a fatica l'intesa delle Regioni. Molti analisti ritengono però che sia un

provvedimento "svuotato", che non cambierà l'attuale sistema di ripartizione tra le Regioni dei fondi per la sanità stanziati dal Governo centrale. Lei come lo giudica?

Il mio è un giudizio assolutamente positivo. La parte regionale della riforma federalista è probabilmente la più rilevante. Lo dico non perché presiedo una Regione, ma perché vi è compresa l'immensa partita dei costi standard in sanità, e sappiamo quanto il finanziamento della sanità pesi sulle casse dello stato e delle Regioni. L'introduzione dei costi standard coinciderà con la prima vera azione di contrasto agli sprechi che sia mai stata pensata in sanità. Vi pare possibile non intervenire su una realtà come quella odierna in cui una radiografia costa la metà in una Regione (come il Veneto) ed il doppio in un'altra; in cui esistono ospedali con 20 posti letto e 200 dipendenti; in cui la ripartizione dei fondi avviene sulla base della spesa storica, continuando cioè a pagare di più chi ha speso di più l'anno precedente? I nemici del federalismo continuano a descrivere la situazione come una "guerra" nord-sud, ma non è così! Responsabilizzare i centri periferici di spesa dando a tutti parametri uguali e ben pesati come i costi standard sulle prestazioni sanitarie e gli acquisti di tecnologie equivale a sostenere una crescita virtuosa per tutto il Paese. Certo, chi sinora ha sprecato o anche solo non si è preoccupato più di tanto dell'andamento della sua spesa, incontrerà maggiori difficoltà di chi, come il Veneto, la Lombardia, l'Emilia Romagna o la Toscana, lavora da tempo all'ottimizzazione delle risorse. Tanto perché non siano solo parole, il criterio dei costi standard noi abbiamo già iniziato ad introdurlo con il riparto del fondo regionale 2010 e con le direttive ai managers delle Ullss per il 2011 e 2012, nelle quali indichiamo a tutti la necessità di prendere come punto di riferimento per la gestione della sanità le migliori performances presenti sul territorio ed il minor costo pro capite raggiunto da alcune Ullss. All'ingresso dei costi standard in tutto il Paese, noi arriveremo pronti. Non vedo perché non debbano riuscirci anche le altre Regioni, chi faticando di più, chi di meno.

Una riforma come quella federalista punta a creare le condizioni perché certe disparità vengano progressivamente colmate, prima di tutto responsabilizzando i centri periferici di spesa, a cominciare da quello sanitario che è il più pesante

Il presidente della Puglia Vendola sostiene invece che questo federalismo sia una secessione mascherata e che rompa la solidarietà nazionale. Come risponde?

Francamente non capisco da dove nasca la posizione del mio omologo Vendola. La riforma federale prevede in sé il principio della perequazione e della solidarietà. Con esso si dà la possibilità ai territori, Puglia compresa, di decidere autonomamente come spendere i propri soldi, detto in parole poverissime. Ed è l'occasione per quella assunzione di responsabilità invocata dal Presidente Napolitano. A meno che per solidarietà non si intenda l'accettazione supina di ospedali inefficienti e senza posti letto che danno lavoro a decine e decine di infermieri, giusto per rimanere in tema, solo perché il tessuto economico di talune realtà della penisola si è fondato per decenni su questo sistema. Credo sia giunto il momento per una decisa virata culturale, prima ancora che amministrativa. Un rinnovamento che tutti i cittadini, da Nord a Sud, chiedono ormai. E il federalismo dà l'occasione per questo cambio di rotta.

Intanto le Regioni stanno discutendo dei criteri di riparto del cosiddetto Fsn per il 2011 e il Veneto è tra i più intransigenti nel respingere la richiesta, che viene da tutte le Regioni meridionali, di introdurre un indice di deprivazione sociale accanto all'attuale indice di anzianità della popolazione. Perché avete assunto questa posizione?

Noi siamo disponibili a lavorare perché questo riparto non sia una guerra tra poveri, tant'è che io stesso ho proposto una pausa di riflessione per approfondire le questioni sul tappeto, ma ribadisco la nostra contrarietà all'introduzione del criterio della deprivazione, che non ha evidenza scientifica e cambia profondamente le regole del gioco. È una sorta di criterio socioeconomico, ma non mi risulta che dove il Pil è più basso siano più elevate le esigenze di salute dei cittadini, né mi pare sostenibile che il costo di una prestazione sanitaria debba per forza essere diverso a seconda delle condizioni socioeconomiche di un territorio.

La sanità al Sud è, nell'insieme, più arretrata rispetto a quella offerta dalle Regioni del Nord. In un sistema federale come si potrà intervenire per superare questo divario, che mette a rischio l'uguaglianza dei cittadini?

Una riforma come quella federalista punta proprio a creare le condizioni perché certe disparità vengano progressivamente colmate, prima di tutto responsabilizzando i centri periferici di spesa, a cominciare da quello sanitario che è il più pesante. Capisco che in certe Regioni del sud incidere su una situazione determinata in decenni potrà comportare delle difficoltà, ma è pur vero che, se mai si comincia, mai si finirà. Dovrà essere un lavoro progressivo, portato avanti da amministratori illuminati, che abbiano prima di tutto a cuore gli interessi reali delle loro popolazioni e, di conseguenza, il coraggio di incidere con decisione sugli elementi di spreco. Il tutto, sia ben chiaro, non dovrà comunque mettere in discussione l'erogazione in tutta Italia dei Livelli Essenziali di Assistenza, che sono costituzionalmente riconosciuti e che devono essere, e rimarranno, uguali per tutti.

Il Veneto ha un sistema sanitario regionale di grande efficienza. Quali sono le ragioni di questa realtà positiva?

Sono molte e certamente non tutte qui elencabili. Tra queste, direi una storica capacità gestionale con la relativa attenzione al miglior utilizzo delle risorse; una rete ospedaliera avanzata sia sul piano tecnologico che su quello tecnico-scientifico; una notevole integrazione ospedale-territorio, ancorché ancora da potenziare; un personale medico ed infermieristico capace e preparato; un'integrazione tra sanitario e sociale che, pur molto impegnativa da sostenere sul piano economico, garantisce alla popolazione un'assistenza a 360 gradi. Tutto ciò premesso, non vuol dire che sia tutto oro quel che luccica, ed anche noi oggi stiamo lavorando ad una profonda riforma della nostra organizzazione sanitaria, che si concretizzerà nelle prossime settimane in un nuovo Piano Sociosanitario Regionale. Gli obiettivi sono proprio quelli che ogni Regione dovrebbe porsi nell'ottica dell'ingresso del federalismo in sanità: ulteriore ottimizzazione della spesa; eliminazione della sovrapposizione di reparti e servizi sia tra pubblico e pubblico che tra pubblico e privato; rafforzamento dell'appropriatezza delle prestazioni; revisione della rete ospedaliera con la riconversione di alcuni ospedali, troppo piccoli e quindi potenzialmente inefficienti sia sul piano dei costi che su quello delle prestazioni erogate; trasferimento sul territorio di tutti quei servizi che ancora impropriamente sono erogati negli ospedali per acuti; rafforzamento della medicina territoriale e dell'assistenza domiciliare integrata; lotta alle liste d'attesa, che a mio avviso sono l'aspetto dell'organizzazione sanitaria sul quale il cittadino è, e giustamente, più sensibile.

PIANO ONCOLOGICO, RIABILITAZIONE
E FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

IL TRIS DELLA STATO REGIONI

È stata una Conferenza particolarmente munifica per la sanità quella del 10 febbraio scorso.

Hanno infatti tagliato il traguardo tre importanti provvedimenti: riduzione del carico del cancro, potenziamento e riorganizzazione del settore della riabilitazione e l'attivazione del Fascicolo sanitario elettronico per agevolare la cura nel rispetto della privacy. **Dirigenza Medica** fa una sintesi degli aspetti più salienti



Cancro Stop al divario tra Regione e Regione

Parte da più fronti l'assalto al cancro del Piano oncologico nazionale 2011-2013 o meglio del "Documento tecnico di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro" approvato in via definitiva dalla Conferenza Stato Regioni il 10 febbraio. Una strategia molto accurata che schiera tutte le

forze in campo umane e tecnologiche. Anche perché la posta in gioco è alta: occorre, infatti, ridurre il carico di una malattia che riguarda il 30 per cento di tutti i decessi. Soprattutto, bisogna rimediare al divario che divide l'Italia, diminuendo gap di mortalità, "viaggi della speranza", differenze tecnologiche, organizzative e assisten-

ziali. Sono cinque i fronti interessati. Il primo fronte è quello della prevenzione che attraverso le armi messe a disposizione della prevenzione primaria, grazie agli screening e alla vigilanza su complicanze e recidive, alzerà le barriere per contrastare i primi ed eventuali nuovi assalti della malattia. Il secondo fronte vigila sul percorso che il malato oncologico deve seguire, vede schierati Mmg, specialisti del territorio e ospedalieri ottimizzando percorsi di cure e organizzando al meglio la rete di assistenza. Sul terzo e quarto fronte

troviamo invece schierati strumenti diagnostici, nuove tecnologie e tutto quanto la ricerca mette in campo per potenziare l'efficacia e l'efficienza delle cure. Il quinto fronte si occupa invece della formazione dei professionisti. Sei gli obiettivi da raggiungere per il prossimo triennio: definire standard di qualità telematiche di appropriatezza e metodiche, per ridurre la mortalità diminuendo gli sprechi; accorciare il gap di mortalità tra le Regioni; diminuire i "viaggi della speranza" accorciando il divario tecnologico, organizzativo e assistenziale attualmente esistente nelle realtà locali. E ancora; incrementare la co-

pertura dei Registri Tumori dal 32 per cento al 50 per cento; facilitare le reti telematiche e infine sviluppare modelli tipo Hub&Spoke per incrementare nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche. Una strategia che ha incassato anche il consenso delle Associazioni di volontariato. "Questa è svolta storica nell'oncologia perché dopo 15 anni di battaglie culturali e sociali riconosce l'importanza del supporto psicologico" ha commentato Francesco De Lorenzo, presidente Favo. Ora però la parola passa alle Regioni, che dovranno recepire il Documento, andando a costituire l'ossatura di una rete oncologica nazionale.

APPROVATO
DALLA
CONFERENZA
STATO REGIONI



APPROVATO
DALLA
CONFERENZA
STATO REGIONI

Il Piano Oncologico in sintesi

Prevenzione Universale (Primaria). Gli obiettivi di salute da raggiungere sono:

1. Combattere il fumo (promuovendo le competenze dei Mmg per attività di counselling e gestione dei fumatori, rafforzando gli interventi nelle scuole e sostenendo l'attivazione e la promozione dei centri anti fumo)
2. Promuovere alimentazione salubre e attività fisica (anche mediante campagne informative)
3. Combattere l'uso dell'alcol (contrastando la pubblicità di alcolici; favorendo le Onlus nella riduzione del danno da alcol; portando a 18 l'età minima per la vendita di alcolici e impedendo la
4. Combattere gli agenti infettivi oncogeni (monitorando il rispetto delle procedure di selezione dei donatori di sangue; rafforzando le campagne informative sui rischi di trasmissione sessuale e sulle possibilità di prevenzione; migliorando le coperture vaccinali contro epatite e Hpv)
5. Combattere l'esposizione ad oncogeni negli ambienti di vita e di lavoro controllando la qualità dei combustibili dei sistemi di riscaldamento,
6. Sviluppo tecnologico Sono strumentali al raggiungimento di questi obiettivi: le

vendita sulla rete autostradale; promuovendo campagne di informazione)

politiche intersettoriali; la realizzazione di partnership con gli stakeholders; il coordinamento e la sinergia con la ricerca di base.

Prevenzione Secondaria (Screening). Gli obiettivi di prevenzione secondaria sono raggiunti attraverso interventi di sanità pubblica o mediante un'attività di iniziativa dei professionisti negli ambiti erogativi della specialistica. Sarà quindi incrementata in maniera specifica la partecipazione a campagne di screening per tumore mammario, colon-retto e cervice uterina in tutto il territorio. Contemporaneamente saranno sperimentati programmi innovativi di screening in accordo con le Regioni e sviluppato un Piano nazionale di Public health genomics.

Prevenzione Terziaria - La prevenzione delle complicanze e recidive di malattia. I programmi di prevenzione terziaria sono incentrati su percorsi ben definiti di follow up mirati alla prevenzione delle complicanze e delle recidive. Sarà inoltre sostenuto l'adeguamento tecnologico, soprattutto di imaging così come la possibilità di un adeguato supporto psicologico. Sarà perciò promossa:

- l'organizzazione di percorsi sul territorio per la presa in carico attraverso il coinvolgimento attivo dei malati per la prevenzione delle complicanze e delle recidive
- la diffusione di protocolli diagnostico-terapeutici di gestione integrata come standard di best practice.
- La fruibilità di supporti psico-oncologici
- Il miglioramento professionale continuo degli specialisti

Il percorso del malato oncologico. Previsto il coinvolgimento del Mmg nella rete oncologica e negli interventi di counselling e la sua

partecipazione alla elaborazione di percorsi diagnostici terapeutici, nonché l'attivazione dell'assistenza h 24. Sarà inoltre realizzata l'integrazione degli ambulatori ospedalieri e territoriali dei Dipartimenti oncologici. L'ospedale garantisce l'approccio multi professionale e multidisciplinare con l'organizzazione dipartimentale. Elabora piani personalizzati e percorsi terapeutici omogenei con il coinvolgimento di Mmg e specialisti ambulatoriali. Si punta soprattutto a ottimizzare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, dalla diagnosi alle cure palliative su tutto il territorio nazionale grazie anche alla creazione di reti regionali che si interfacciano con la rete oncologica. Un ruolo importante nella continuità delle cure rivestito dai Mmg e dai Pdl e dalle Associazioni di volontariato. Sarà data inoltre massima attenzione al paziente anziano attraverso la creazione di unità di coordinamento di Onco Geriatria (Ucog) e sviluppate azioni programmatiche per i tumori pediatrici, quelli rari e per l'oncoematologia.

Rinnovo tecnologico delle attrezzature. Le attrezzature diagnostiche attualmente disponi-

bili non sono sufficienti a soddisfare tutti i bisogni della popolazione in quanto numericamente e tecnicamente inadeguate. Il Piano punta quindi a rinnovare e modernizzare gli strumenti tecnologici. L'obiettivo è perciò quello di diffondere, nelle strutture di anatomia patologica, standard comuni diagnostici attraverso l'utilizzo delle tecnologie più innovative. Per quanto riguarda le prestazioni altamente specialistiche si auspica la centralizzazione della diagnostica e una sempre maggiore diffusione della Telepatologia. Per quanto riguarda la diagnostica per immagini le azioni saranno incentrate sulla rottamazione con incentivi (sostituzione) della tecnologia tradizionale analogica con quella digitale e con sistemi Pacs, cercando di ridurre le differenze sul parco macchine tra le regioni italiane. Si punta inoltre a incrementare in maniera omogenea il parco tecnologico Pet-Tac. E a rinnovare le attrezzature di radioterapia.

Innovazione in oncologia. Il Piano intende definire la situazione delle Biobanche in Italia e sviluppare un programma comune di governance, programmi di ricerca condivisi e sviluppare sperimentazioni cliniche. Inoltre punta a implementare e sviluppare metodologie diagnostiche e terapeutiche correlate alle indagini molecolari. E ancora, tra gli obiettivi prioritari c'è anche il riordino e il potenziamento del settore della terapia cellulare e del trapianto di cellule staminali emopoietiche. Ci saranno quindi finanziamenti da hoc per gli istituti coinvolti in programmi a maggior impatto clinico. Per quanto riguarda la ricerca clinica dovranno essere snelliti gli aspetti burocratici, e creata una rete di strutture d'eccellenza in particolare per gli studi di fase 1 e 2. È data poi la massima attenzione ai nuovi farmaci in particolare quelli biologici.

Formazione. Sarà proposto un Piano nazionale di formazione in oncologia per garantire il raggiungimento di livelli formativi adeguati ai bisogni dei malati. Inoltre saranno raccolte informazioni dal Miur, dalla Salute, dalle regioni e dalle Società scientifiche sui percorsi di formazione attualmente in corso. Sarà anche rivista, nell'ambito della scuola di specializzazione, la formazione alla comunicazione del medico oncologo.

Riabilitazione Il territorio va potenziato e organizzato



Volumi di attività e servizi sbilanciati tra le diverse Regioni e aree diverse della stessa Regione. Continuità assistenziale difficilmente raggiunta. Inappropriatezza organizzativa che rendono insufficienti risorse in realtà adeguate. Queste le criticità della riabilitazione in Italia. Per superarle la Conferenza Stato-Regioni ha siglato l'Accordo che punta soprattutto a potenziare e riorganizzare il territorio "luogo privilegiato per l'intervento"

Assicurare la continuità delle cure. Garantire piani riabilitativi personalizzati da realizzare soprattutto sul territorio e a domicilio del paziente. Istituire un dipartimento di riabilitazione in ogni Asl per governare il percorso terapeutico, di cui sarà responsabile il medico specialista in riabilitazione che coordinerà poi l'insieme del team riabilitativo. È quanto si prefigge l'accordo sul Piano di indirizzi per la riabilitazione siglato il 10 febbraio in Stato-Regioni che aggiorna le Linee Guida sulla disabilità del 1998, promosso su iniziativa del Sottosegretario alla Salute Francesca Martini.

In Italia i disabili sono circa 2,8 milioni, con un trend in crescita dovuto all'avanzare dell'età media della popolazione. Tuttavia "l'evoluzione epidemiologica non ha trovato

un'adeguata risposta in termini quantitativi né qualitativi", né in strutture ospedaliere né in quelle territoriali e ambulatoriali. Per invertire la tenden-

za, la parola d'ordine è "centralità del paziente". L'elaborazione, quindi, di programmi riabilitativi personalizzati e la realizzazione della continuità

assistenziale. Ambiti che non richiederanno nuovi finanziamenti ad hoc, perché secondo quanto stabilito nel documento, quello che fino a oggi è

mancato non sono le risorse destinate alla disabilità, ma un'organizzazione e un governo del sistema riabilitativo ospedaliero e territoriale in grado di garantire l'appropriatezza del luogo di cura, la continuità assistenziale, le pratiche cliniche basate sull'evidenza scientifica e, conseguentemente, la corretta allocazione delle risorse. "Considero questo un obiettivo raggiunto di straordinaria portata - ha dichiarato Francesca Martini - la Conferenza Stato-Regioni ha saputo cogliere la visione strategica e lungimirante di un rinnovo delle Linee guida che guardano a necessità emergen-

Il Piano in sintesi

GLI STRUMENTI. Per raggiungere gli obiettivi fissati nel Piano saranno utilizzati tre strumenti: l'individuazione delle persone che hanno reale bisogno di un percorso riabilitativo dando priorità alla presa in carico dei pazienti con disabilità ed evitando l'erogazione di mere prestazioni di rieducazione funzionale di organo monospecialistiche; interdisciplinarietà che tenga conto della complessità clinica del paziente affinché l'intervento riabilitativo garantisca il livello massimo di recupero compatibile con le condizioni del paziente e gli

altri interventi di cura; governo clinico per un uso corretto delle risorse. A questo scopo dovranno essere elaborati percorsi riabilitativi unici, da svolgere sulla base di un programma elaborato, con interventi basati sull'evidenza scientifica.

I PROFESSIONISTI RESPONSABILI. Responsabile del processo riabilitativo sarà il medico specialista in riabilitazione, dunque il fisiatra, che coordinerà il team di professionisti e garantirà il flusso costante di informazioni al paziente, alla famiglia, ai caregivers e al medico di famiglia.

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE. A questo punto, secondo quanto approvato, "appare indispensabile" l'esistenza, in ogni Asl, di un "Dipartimento di riabilitazione" che coordini gli interventi tenuti conto "della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale". A questo scopo, al Dipartimento dovranno essere forniti tutti gli strumenti necessari per raggiungere obiettivi di qualità clinica e organizzativa, nonché strumenti per gestire la sicu-

rezza, la qualità, la politica di formazione del personale e l'audit. Contestualmente a tutto questo, entra a far parte del Piano anche l'Afa, cioè l'Attività Fisica Adattata, che non è un'attività riabilitativa, ma esercizi di mantenimento e prevenzione finalizzati "all'acquisizione di stili di vita utili a mantenere la migliore autonomia e qualità di vita possibile". A chiudere il documento, un richiamo alla ricerca evidence based e interdisciplinare, contro anni e anni di approccio empirico che hanno ritardato l'identificazione di percorsi e strumenti scientificamente validi e validati nel campo della riabilitazione.

news // news // news // news //

PRESENTATA LA LISTA "PER UNA NUOVA ONAOSI"

"Vogliamo offrire ai medici italiani un nuovo governo per l'unico Ente previdenziale i cui organi direttivi sono scelti direttamente dai contribuenti. La sfida che ci poniamo è quella di garantire la realizzazione di tutti i punti del nostro programma, sicuri di interpretare le esigenze della categoria".

Serafino Zucchelli, capolista di "Per una nuova Onaosi, la lista n. 1 candidata al rinnovo del Comitato di Indirizzo dell'Onaosi per il quinquennio 2011-2016, ha presentato in una conferenza stampa lo schieramento che raggruppa esponenti di tutto il mondo sindacale. "È fondamentale per la categoria poter dispor-

re di un ente che valorizzi e metta a frutto il patrimonio che lei stessa ha contribuito a creare. Proprio nel momento in cui diminuiscono le tutele previdenziali e assistenziali che lo Stato dovrebbe garantire, abbiamo voluto intercettare l'esigenza di potenziare uno strumento sussidiario. Per questo le organizzazioni sindacali mediche della dipendenza - ha spiegato Zucchelli - hanno trovato una forte unità di intenti nel sostenere ed ottenere un nuovo statuto per l'Onaosi e hanno dato vita ad una lista con l'intento di mettere insieme esperienze consolidate nell'attività sindacale, associativa, ordinistica e previdenziale".

La scelta del nome della lista non è casuale. Sono almeno due le novità che il capolista

vuole sottolineare. La prima risiede nel nuovo rapporto e confronto che si vuole instaurare con i contribuenti. "Abbiamo scelto uno slogan che riassume bene le nostre intenzioni 'chi paga elegge, chi paga sorveglia'. Saranno i contribuenti a verificare il nostro operato attraverso una maggiore e costante informazione su tutte le attività, i servizi, le prestazioni erogate e il resoconto delle attività svolte, anche attraverso il potenziamento dei sistemi di comunicazione" ha detto.

La seconda novità è da cercare nella finalità dell'ente, nato per garantire il sostegno economico degli orfani dei contribuenti finalizzato alla loro formazione e al loro inserimento lavorativo. Il nuovo statuto, pur ribadendo questo

scopo primario, contempla anche la realizzazione di nuovi servizi. Dovranno essere realizzati interventi a sostegno di condizioni di disagio e fragilità dell'età lavorativa compatibilmente con le risorse disponibili che devono essere prioritariamente destinate all'assistenza degli orfani. Saranno sostenute anche le famiglie, in difficoltà economiche, che hanno subito la perdita del genitore non sanitario. Particolare attenzione andrà posta ai soggetti figli dei contribuenti che versano in condizioni gravi e documentate difficoltà economiche nonché al disagio sociale e lavorativo in aumento tra le categorie mediche e sanitarie. Per realizzare questi obiettivi il programma della lista prevede una redistribuzione geo-

grafica dei centri di formazione su tutto il territorio nazionale con particolare attenzione alle Regioni meridionali.

TRAPIANTI. TUTTO L'OSPEDALE SARÀ COINVOLTO NEL PROCESSO DONAZIONE/TRAPIANTO

La Conferenza delle Regioni ha approvato un documento "in merito alla rete nazionale per i trapianti" che contiene diverse novità per quanto riguarda l'articolazione regionale e locale della rete. In particolare si prevedono apposite convenzioni tra i Centri interregionali e il Centro nazionale trapianti, nonché la possibilità di maggiore collaborazione tra i Centri regionali e il

Fascicolo sanitario elettronico Agevolare la cura nel rispetto della Privacy

Snellire il servizio sanitario agevolando l'integrazione di diverse professionalità nella diagnosi e presa in cura del paziente, tenendo in primo piano il rispetto della privacy. Sono queste le finalità delle Linee guida sul Fascicolo sanitario elettronico (Fse) che puntano anzitutto a costruire un modello omogeneo da applicare in tutto il Paese. "Una vera e propria carta d'identità sanitaria che consentirà di migliorare enormemente l'assistenza" per il ministro Fazio

ti e sempre più pressanti in campo sanitario nel nostro Paese. Il dato di fatto di un allungamento della vita media della popolazione e l'emersione di una serie di bisogni massicci in campo riabilitativo sono stati il punto di partenza di un lavoro che ha portato alla definizione del nuovo Piano di indirizzo.

Ho ritenuto fondamentale guardare con approccio scientifico all'evoluzione epidemiologica e demografica, allo sviluppo di nuove tecnologie e alle criticità, sia in fase acuta che post dimissioni, di tutti quegli eventi che comportano nel loro decorso grave disabilità. Al centro del sistema – ha aggiunto Martini – è collocata la persona e la sua qualità della vita. Il Ministero della Salute ha un ruolo insostituibile di garante per tutti i cittadini di accesso alle prestazioni essenziali e mi auguro che questo Piano contribuisca in modo sostanziale a migliorare il quadro dell'offerta in campo riabilitativo a livello nazionale, colmando le evidenti differenze di opportunità che ora subiscono i pazienti. In questo senso auspico, così come è stato nel lavoro di monitoraggio, la massima collaborazione da parte delle Regioni".

Hanno tagliato il traguardo nella Conferenza Stato Regioni del 10 febbraio le linee guida sul Fascicolo sanitario elettronico (Fse), fulcro di quell'e-health che nel nostro Paese, secondo il piano e-Gov2012, dovrebbe essere a regime entro il prossimo anno. Le linee guida nascono anche per mettere un freno alla disomogeneità presente nelle diverse Regioni riguardo al Fse. Diverse Regioni, infatti, hanno già avviato attività progettuali per la realizzazione del sistema a livello regionale (es. Lombardia, Toscana, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Sardegna). Tuttavia i modelli messi in campo sono sostanzialmente diversi l'uno dall'altro. Le linee guida hanno quindi l'obiettivo di condividere un unico modello di riferimento nazionale. Con una duplice finalità: rendere più omogenea l'erogazione dei servizi ai cittadini, ma anche rendere più fruibile la condivisio-

ne dei fascicoli su tutto il territorio nazionale.

"Sarà una vera e propria carta d'identità sanitaria che consentirà di migliorare enormemente l'assistenza, permettendo di intervenire in maniera rapida ed efficace in caso di emergenze, e facendo anche risparmiare notevoli risorse al sistema sanitario" ha commentato il ministro della Salute, Ferruccio Fazio. "L'accesso al Fse – ha spiegato Fazio – potrà avvenire mediante l'utilizzo della carta d'identità elettronica (Cie) e della carta nazionale dei servizi (Cns). Si potranno adoperare anche strumenti di 'autenticazione forte', ossia smart card rilasciate da certificatori accreditati, oppure strumenti di 'autenticazione debole', quindi userid e password. In futuro – ha concluso – potremmo considerare anche altre soluzioni, purché siano tutelate le misure minime di sicurezza nel rispetto del Codice in materia di protezione di dati personali". Cosa prevede, nei fat-

ti, il documento? Si ricorda anzitutto che il Fse è quell'insieme di documenti digitali di tipo sanitario riguardanti la storia clinica presente e passata del paziente. L'intento è quello di facilitare l'utilizzo dei dati relativi alla storia clinica del paziente, favorendo una maggiore integrazione tra diverse competenze professionali, e permettendo ai medici di poter più facilmente inquadrare i pazienti venendo a conoscenza delle eventuali terapie o diagnosi fatte dai colleghi. Le linee guida prevedono inoltre la creazione di un "Patient Summary", ossia un documento informatico che riassume la storia clinica e la situazione corrente del paziente, che sarà suscettibile di aggiornamento da parte del medico ogni qual volta intervengano cambiamenti ritenuti rilevanti. Al suo interno sarà data anche la possibilità di esprimere la propria volontà riguardo la donazione degli organi.

E non finisce qui. L'iniziativa

dovrebbe migliorare l'attuale sistema anche a livello gestionale, permettendo di condividere tra gli operatori informazioni relative ad esempio a ricette o prenotazioni di visite specialistiche. E non dovrebbero mancare miglioramenti a livello organizzativo anche per le reti di supporto ai pazienti cronici o disabili. Particolare attenzione sarà dedicata alla privacy, e quindi al trattamento dei dati personali del paziente contenuti all'interno del Fse. A tal fine sarà richiesto il consenso esplicito del paziente alla creazione del proprio fascicolo; consenso che potrà essere modificato o revocato in qualsiasi momento. I dati, infine, dovranno rispettare le disposizioni normative a tutela dell'anonimato per tutti quei casi di violenza sessuale, sieropositività, uso di sostanze stupefacenti o interruzione di gravidanza.

APPROVATO
DALLA
CONFERENZA
STATO REGIONI

news //

Centro nazionale. Ma la novità più importante è quella prevista per il quarto livello della rete, quello dei "coordinamenti ospedalieri". Per questi il documento prevede "una completa integrazione con l'intera struttura ospedaliera dove opera". "In tale contesto – si legge nel documento – si inseriscono a pieno titolo non solo le unità operative e le strutture più di frequente direttamente impegnate (rianimazione, e/o reparti neuro traumatologia o neurochirurgia), ma anche quelle che a vario titolo concorrono alle attività di prelievo (servizio di medicina legale, neurologia, anatomia-patologica, radiologia, laboratori, direzione sanitarie). Per le mutate caratteristiche epidemiologiche e per l'introduzione di nuove tecniche terapeuti-

che, il campo di applicazione del coordinamento ospedaliero è destinato a investire anche unità operative fino ad ora non coinvolte nell'identificazione del potenziale donatore (p. es. stroke unit) e nella definizione dell'idoneità alla donazione (consulenze specialistiche). L'intera struttura aziendale deve quindi intendersi implicata a pieno titolo e con piena disponibilità nel processo di donazione / trapianto".

"Per tutti i livelli della Rete – sottolinea infine il documento – va previsto lo sviluppo, il completamento e manutenzione del sistema informativo trapianti (Sit) per la registrazione puntuale di tutte le fasi del processo anche per garantire adeguati livelli di sicurezza, tracciabilità e trasparenza delle attività".

COSTI STANDARD. GLI ESPERTI DELLA CAMERA BOCCIANO LE REGIONI BENCHMARK

Il compromesso trovato tra Governo e Regioni sui costi standard rischia di far crollare tutto il senso del federalismo fiscale. La pensano così gli esperti del Servizio Studi (dipartimento Finanza Pubblica) della Camera dei Deputati, che in un lungo Dossier analizzano lo schema di decreto legislativo su fisco regionale e costi standard e puntano il dito contro l'accordo, raggiunto in sede di Conferenza Unificata, di utilizzare, per la definizione del benchmark, una Regione per ogni area geografica (Nord-Centro-Sud) e una regionale di piccola dimensione. "Con tale scelta, infatti – si legge nel

Dossier – ove adottata, il legislatore sembrerebbe piuttosto propendere verso l'individuazione di un livello medio regionale di prestazioni, indipendentemente dalla loro efficienza ed appropriatezza. Ciò, pertanto, avrebbe ripercussioni sul significato stesso di costo standard e sulla coerenza, quindi, dello schema di decreto in esame". Peraltro, secondo gli esperti, "non sembrerebbe sostenuta dall'evidenza empirica l'affermazione secondo cui una regione piccola si trova di fronte a condizioni di produzione ed erogazione dei servizi sanitari più sfavorevoli", come dimostrano i risultati di esercizio della Regione Umbria". Ed ancora, secondo gli esperti della Camera, applicando i criteri di calcolo indicati dal-

lo schema di decreto in esame per individuare le Regioni in equilibrio economico (cioè che garantiscono i Lea con le sole risorse ordinarie previste in sede di riparto del Fsn), in base ai dati del ministero della Salute e dell'Economia utilizzati dai Tavoli per la verifica degli adempimenti, risulterebbe che nel triennio 2007-2009 erano in equilibrio una Regione del Nord e tre Regioni del Centro (di cui una di piccole dimensioni), mentre tutte le Regioni del Sud evidenzieranno una situazione di squilibrio economico. In particolare, per gli anni 2007, 2008 e 2009 risultano in equilibrio Lombardia, Umbria e Marche, mentre la Toscana soddisfa tale condizione solo negli esercizi 2007 e 2009.

RIFORMA SANITARIA: parte il piano di Cameron

Inghilterra: TUTTO IL POTERE AL MEDICO DI FAMIGLIA

Destruire completamente l'attuale sistema sanitario e sociale per fondare un rivoluzionario sistema che metta alla porta la politica ed affidi la gestione (ma anche la responsabilità) del servizio sanitario nazionale ai medici di medicina generale e ai cittadini stessi. Saranno abolite le "Asl". Risparmi stimati in 1,7 miliardi all'anno e altri 12 miliardi entro il 2020. Sono questi alcuni dei punti cardine della Riforma sanitaria voluta da David Cameron e approvata alla Camera dei Comuni

Meno politica, burocrazia e ospedali; più medici, cittadini e territorio. Con questo slogan si può riassumere il piano del governo conservatore di David Cameron. La proposta, approvata alla Camera dei Comuni per la prima lettura, prevede una quasi totale destrutturazione dell'attuale sistema sanitario e sociale inglese per fondare un rivoluzionario sistema che metta alla porta la politica, sviluppi competitiv-

tà tra gli ospedali, e affidi la gestione (ma anche la responsabilità) del servizio sanitario nazionale ai medici di medicina generale e ai cittadini stessi, in stretta collaborazione con le istituzioni comunali e municipali. Anzitutto saranno abolite le Strategic Health Authorities e dei Primary Care Trusts (PCTs), punti di riferimento organizzativi, gestionali e assistenziali della sanità inglese, in pratica le nostre Regioni e le nostre Asl. Le loro

competenze passeranno nelle mani dei medici di medicina generale riuniti in consorzi e affiancati da altre professionalità, in stretta collaborazione con le comunità locali e le autorità municipali. Proprio a questi ultimi enti saranno trasferiti altri servizi di sanità pubblica di base, compresi parte di quelli attualmente erogati dai medici di famiglia (vaccinazioni, screening, visite di controllo...). La sanità territoriale sarà dunque il nuovo pilastro della sa-

Intervista a **GRAZIA LABATE**, docente di Economia sanitaria all'Università di York

“Una rivoluzione, ma senza rinunciare all'universalità delle cure”

Dottoressa Labate, può offrirci qualche dettaglio sulla riforma Cameron?

Va detto che i Primary Trust Care non sono esattamente sovrapponibile alle nostre Asl. Pur essendo gli organismi di riferimento del territorio, non hanno un livello aziendale, con direttori generali e direttori amministrativi: si tratta piuttosto di associazioni di soggetti giuridici o fisici - tra cui i medici di medicina generale, volontari delle associazioni che prestano servizi socio-sanitari, rappresentanze comunali e rappresentanze dei cittadini - che uniscono forze, competenze e risorse per raggiungere un comune obiettivo, quello dell'assistenza sul

“Una grande scossa, ma non si intende rinunciare ai principi cardine del National Health System”. È questa l'opinione di Grazia Labate, ex sottosegretaria alla Salute nel governo Amato, oggi docente di Economia sanitaria all'Università di York

territorio.

Gli Health Authorities, invece, corrispondono in effetti ai nostri assessorati regionali, dove c'è una rappresentanza istituzionale. I dettagli da dare, poi, sarebbero tantissimi, perché il ddl consegnato in Parlamento, dal titolo "Cura della salute e del sociale", è composto da 550 pagine dove tutto è definito minuziosamente. Gli inglesi non sono soliti lasciare spazio all'interpretazione.

Si tratta di una bella scossa. Co-

sa ne sarà del National Health System?

È vero, la riforma è talmente impegnativa che l'hanno ribattezzata lo "shake up" della sanità. Ma non si sta in alcun modo ripudiando il Nhs. Nella prima parte del ddl, dedicata proprio al Servizio sanitario, si sottolinea che con la riforma non si intende rinunciare ai principi cardine del sistema: equità, gratuità e universalità dell'assistenza sanitaria.

I cambiamenti saranno però consistenti, sia per i professionisti che per i cittadini.

Certamente. Si dissolve il vecchio sistema di assistenza sanitaria e si affidano molte responsabilità a nuovi soggetti della salute, quelli meglio in grado di percepire i bisogni dei cittadini, cioè i medici di medicina generale e le autorità locali.

A differenza di quanto succede in Italia, dove la consultazione dei professionisti sulla programmazione sanitaria non dà luogo ad alcun obbligo, la riforma inglese stabilisce che il confronto dia vita a una programmazione concordata in cui sono chiaramente definite tutte le responsabilità e tutti i doveri di ciascun soggetto. E quanto concordato, diventa un obbligo e non un indirizzo generale. Si ampliano inoltre le aree di intervento. I consorzi non dovranno solo trattare materie di medicina generale, ma occuparsi di maternità, salute mentale, sistema di emergenza e servizi di autoambulanza. Tutto attraverso un percorso che, ribadisco, va concordato con le autorità locali. È un meccani-



nità inglese. In particolare, la filosofia che guida la riforma è quella di creare un legame così stretto tra la cosa pubblica e i cittadini da innescare un meccanismo virtuoso di responsabilizzazione sia in termini di qualità che di appropriatezza di domanda di prestazioni. Per questo Cameron promette che la politica farà un passo indietro per lasciare più potere agli operatori sanitari, che però, specifica il piano, dovranno misurarsi con le conseguenze degli errori commessi nei confronti dei pazienti, che sono anche i contribuenti che li finanziano. Lo stesso vale per i pazienti: libertà di scegliere il luogo di cura e di condividere le scelte assistenziali, incluse quelle di fine vita; ma in cambio di un maggiore controllo sul sistema, i pazienti dovranno accettare la responsabilità per le scelte che compiono (stili di vita compresi) e l'aderenza ai programmi terapeutici. In termini di personale, questo comporterà un taglio di almeno 15mila incarichi politico-



David William Donald Cameron, Primo Ministro del Regno Unito dall'11 maggio 2010

manageriali e, al contrario, un aumento delle forze dei professionisti in campo, in particolare quelle infermieristiche. Sul versante dell'assistenza ospedaliera, il piano Cameron conferma la linea dei precedenti governi verso la semi-privatizzazione degli ospedali, per stimolare la competitività qualitativa attraverso il sistema di mercato. Mentre gli ospedali del Nhs (cioè il servizio sanitario nazionale) dovranno trasformarsi nel giro di qualche anno in Fondazioni. Per realizzare tutto questo, secondo il ministro della Sanità Andrew Lansley, serviranno 1,7 miliardi di euro, ma agli esperti economisti i conti non tornano e

stimano i costi della riforma in 3,5 miliardi di euro, cioè il doppio. I risparmi, secondo il Governo, saranno invece di 2 miliardi di euro all'anno sul costo del lavoro e di altri 14 miliardi derivanti dalla migliore gestione delle risorse nei prossimi 10 anni.

I contenuti della riforma, comunque, hanno raccolto anche il favore dei laburisti, che vedono l'impronta già suggerita dall'ex governo di Tony Blair. I maggiori oppositori alla riforma, invece, sembrano essere proprio i medici, almeno sulla base dei risultati di un sondaggio condotto ad ottobre dal sito inglese www.doctors.net.uk. Secondo il sondaggio, solo un medico su 4 pensa che la riforma sanitaria possa rendere migliore l'assistenza ai pazienti.

Prudenza anche da parte della British Medical Association, che assicura la collaborazione dei medici al Governo ma anche una dura battaglia contro l'eccessiva privatizzazione degli ospedali

smo reciproco, perché in questo senso anche il miglioramento del manto stradale diventa materia sanitaria e di intesa, in quanto servirà a migliorare i tempi di percorrenza dei trasporti sanitari.

Non c'è il rischio di creare conflittualità tra il potere decisionale dei Comuni e quello dei medici?

Dal punto di vista gestionale sì, dal punto di vista normativo no. Ma se i piani di assistenza sono concordati e si mettono in gioco risorse comuni, ognuno si assumerà la propria responsabilità per il proprio ambito di intervento. Nella definizione di obblighi e responsabilità gli inglesi sono molto precisi, quindi è difficile che vi siano invasioni di campo. **I consorzi possono essere assimilati alle Unità di cure primarie previste in Italia?**

Se dovessi fare un paragone, penserei più alle Società della salute della Toscana: i medici di medicina generale si uniscono in associazione, il Comune mette

insieme le sue forze sociali, a loro si uniscono le charities, cioè le associazioni di cittadini volontari che offrono la possibilità di avere un sostegno domiciliare per molte ore al giorno tutti i giorni della settimana.

Le ragioni di questa riforma stanno nella necessità di rispondere alla nuova domanda di salute o sono di natura economica?

Credo che le conseguenze siano sociali ed economiche, ma che lo spirito della riforma sia quello di mettere il cittadino al centro del sistema. Quindi la ricerca dell'equità e dell'eccellenza a favore del benessere e della salute degli inglesi. In questa prospettiva, il Governo ha individuato nel medico di famiglia l'interlocutore più forte per garantire questi diritti al cittadino: sarà infatti chiamato a individuare i bisogni di salute del paziente e a coordinare tutto il percorso terapeutico, dalla diagnosi alla continuità assistenziale. Per farlo, avrà un consistente budget a di-

sposizione, perché il Governo intende affidare ai medici di famiglia l'80% dell'intero fondo sanitario nazionale.

Ma un tentativo del genere non era stato fatto con il governo Thatcher?

La Thatcher licenziò il Fund Holding, che affidava al medico di medicina generale un budget pro capite all'anno, ad esempio 80 sterline per paziente. Senza una riforma totale del sistema, però, questo meccanismo si traduceva nell'esclusione dei pazienti più costosi, come gli anziani, per non superare il budget. Per questo il governo laburista lo abolì.

Oggi, però, al medico non viene dato un budget pro capite, ma l'80% di risorse del "fondo sanitario nazionale" da investire in diverse aree. Spetterà ai consorzi, in accordo con gli enti locali, stabilire quale sia la più efficiente modalità di gestione delle risorse per rispondere alla domanda di salute dei cittadini. Ci si aspetta, quindi, un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse,

sia a livello economico che a livello di qualità di assistenza personalizzata. Tutto questo dovrà avvenire con la collaborazione del cittadino, a cui viene dato potere decisionale: uno dei motti di questa riforma è "Nessuna decisione su di me senza di me".

Il cittadino avrà voce in capitolo anche in fatto di programmazione?

Certamente. Le rappresentanze dei cittadini non avranno un ruolo importante solo a livello locale; il Governo progetta di creare un organismo rappresentativo dei cittadini, chiamato Health Watch, che interagirà con gli altri organismi centrali per la valutazione dei servizi, rendendo trasparenti modalità, tempi e metodi di come il paziente è stato curato da quel gruppo di medici, in quell'ospedale e quando è tornato a casa per la riabilitazione. L'organismo dei cittadini avrà un ruolo molto importante anche per la valutazione di servizi e la denuncia dei casi di insolenza. Chiaramente ci saran-

no modalità di controllo e verifica anche a livello centrale. Una novità interessante, è l'applicazione del diritto fallimentare per i Trust Health National Foundations, così che non ci siano più casi di centri che non raggiungono gli standard previsti. In questi casi, infatti, subentrerà l'intervento pubblico, ma non si protrarranno situazioni di cattiva gestione.

E se a fallire fossero i consorzi?

Si avvierà la procedura di non assolvimento dei compiti e un'apposita commissione nominata caso per caso dal ministero della Salute deciderà il migliore intervento, che potrebbe anche essere il commissariamento o la sostituzione dei soggetti che costituivano il consorzio.

Come è stata accolta la riforma?

Da parte dei professionisti non c'è stata una presa di posizione netta. Gli organismi ufficiali, cioè il Royal College e la British Medical Association, hanno fatto in particolare due osservazioni: la prima è che si tratti di una riforma

ma elaborata troppo velocemente e da realizzare in fretta; la seconda è capire quali saranno realmente i risparmi derivanti per questo "shake up" e se ci sarà veramente un innalzamento del livello qualitativo. In molti, infatti, ritengono eccessivo il recupero di 20 miliardi di sterline tra il 2010-2015 grazie alla maggior efficienza del sistema progettato dal Governo. Il timore è che si assisterà a una riduzione della qualità, accompagnata anche a forti tagli del personale, oggi non previsti. Questo perché la riduzione del personale amministrativo non potrà avvenire da un giorno all'altro, ma si realizzerà negli anni, man mano, grazie ai pensionamenti. Il personale sanitario, quindi, teme di essere il primo a farne le spese nel breve

termine.

Insomma, la riforma forse non si può dire concordata, ma non si può negare l'impegno del Governo a raccogliere le osservazioni di tutte le parti, compresi i medici. Quanto ai cittadini, i 50 consorzi sperimentali che sono già stati attivati stanno riscuotendo un buon successo. Sulla stampa ha avuto risalto la soddisfazione espressa dai cittadini verso i nuovi consorzi del distretto delle Cumbria. L'incognita è se il medico di famiglia sarà in grado di fare il manager delle grandi risorse che il governo gli mette a disposizione.

I medici conquistano un grande ruolo, ma anche responsabilità e carichi di lavoro. Hanno chiesto un incremento degli stipendi?

I medici di medicina generale in Inghilterra non sono convenzionati, ma sono dei liberi professionisti che contrattano il compenso a seconda del numero di pazienti che si rivolgono a loro. Se dovranno occupare molte ore in più del loro tempo a contattare gli specialisti ed organizzare il percorso terapeutico, è evidente che chiederanno un aumento del compenso. Ma ad oggi non mi sembra che il problema sia stato sollevato, probabilmente perché la riforma esalta enormemente il profilo del medico e questi vedono finalmente riconosciuto il loro ruolo.

Ci saranno dei tagli al "fondo sanitario nazionale"?

No, al contrario di quanto detto da molti giornali. La Spending Review, che corrisponde alla no-

stra legge di bilancio, prevede un aumento dello 0,4% della spesa corrente nel corso dei 5 anni di Governo: questa passerebbe da 98,7 miliardi di sterline nel 2010 a un totale di 101,5 per il 2011, poi 104 poi 106 poi 109,8 per gli anni a seguire. Diminuiranno invece le spese in conto capitale, cioè per gli investimenti, che si riducono da 5,5 miliardi a 4,4 nel 2011-2012, rimangono 4,4 nel 2012-2013 e nel 2013-2014, risalgono poi a 4,6 nel 2014-2015. Tuttavia ci sono nel bilancio altre risorse per le voci della sanità. Ad esempio 2 miliardi per l'assistenza sociale all'interno del servizio sanitario nazionale e per i compiti degli enti locali finalizzati all'integrazione socio-sanitaria. Un altro fondo di 200 milioni è previsto per nuovi farmaci oncologi-

ci. Inoltre aumenta di 250 milioni all'anno il fondo per la ricerca effettuata dagli scienziati altamente qualificati e si incoraggia la formazione dei tecnici di radiologia sottraendo questo ambito al privato, così da risparmiare, secondo le stime, 7,9 milioni sterline all'anno. Un capitolo del bilancio riguarda anche l'innovazione tecnologica e l'ammodernamento del Ssn, con 2,5 milioni di sterline di investimento. Quindi è vero che diminuisce il conto capitale, ma gli investimenti ci sono.

La riforma ora è in Parlamento. Quale potrebbero essere i tempi per l'approvazione?

Per quelli che sono i tempi inglesi, credo che si possa prevedere l'approvazione nel giro di 4/5 mesi.

(L.C.)

Intervista a **FRANCESCO CARELLI**,
Medico italiano membro del Royal College e del British Medical Council

“Premiati i medici e puniti i burocrati”

Dottor Carelli, come dobbiamo interpretare la riforma della sanità inglese annunciata da Cameron? Si tratta di una semplice revisione del sistema o di qualcosa di più consistente?

È un cambiamento importante ed epocale e dimostra ancora una volta che gli inglesi sanno intervenire rapidamente quando capiscono che ce ne è bisogno. Adesso hanno bisogno di contenere i costi, rafforzando la centralità del paziente. E dunque cambiano ancora una volta le regole, dopo aver introdotto soltanto nel 2004 un sistema "a punti" basato sulla qualità.

Come funzionava, visto che anche da noi si parla tanto di qualità?

Il contratto con i medici del territorio si fondava sulla qualità: azioni positive, corrispondevano a un certo numero di punti e raggiunta una certa quota scattava il premio. Il problema è stato che oltre il 90% dei medici aveva raggiunto l'obiettivo e dunque il sistema si è rivelato molto costoso. Così, dopo un contratto senza premi nel 2009 e con più compiti per i medici, adesso si cambia un'altra volta.

Ma lei quale crede che sia il sistema migliore?

Il sistema perfetto non esiste. Non lo sono quelli basati sulle casse mutualistiche, come quello tedesco o svizzero, né

“Tutto nasce da una valutazione economica intelligente: si è capito che investendo sulle primary care si ha un servizio migliore e le prestazioni costano meno”. È questo il parere di Francesco Carelli, medico italiano, direttore della comunicazione di Euract Council e membro del Royal College e del British Medical Council

quelli "a rimborso", come il sistema francese. Il sistema inglese ha il vantaggio di essere universalistico e di essere legato al paziente, come avviene in parte anche da noi. Si conosce la storia del paziente e questo permette di avere il polso della situazione sotto il profilo epidemiologico. In Francia o in Germania, invece, il paziente entra nel sistema solo per un ciclo di malattia e non se ne conosce niente altro. Quindi sfuggono ad ogni controllo sia la sua salute globale, sia i costi.

Chi ha deciso di avviare la riforma?

Il governo Cameron, che si è insediato nel maggio scorso, ha subito pensato a questa riforma, tanto che già a luglio circolava un testo sintetico del White Paper che ne conteneva i capisaldi.

Ma la stesura definitiva è nata non attraverso una discussione

di vertice ma con un sistema molto democratico, che ha coinvolto nella discussione anche tutti i medici. Io, ad esempio, come membro del Royal College e il British Medical Council, ho ricevuto mail da queste due associazioni, che mi chiedevano di inviare, sempre per via elettronica, argomentazioni, critiche e pensieri. Le associazioni poi hanno sintetizzato le risposte ricevute e le hanno inviate al ministero, che ne ha tenuto conto nella stesura definitiva. Ora, le associazioni sottopor-

ranno il testo definitivo ad un referendum tra i loro iscritti, che potranno votare per lettera o per email. Soltanto se avranno raccolto la maggioranza dei consensi le associazioni sottoscriveranno la riforma.

Un po' come il referendum della Fiat?

Più ampio, perché coinvolge tutti i medici, come è già avvenuto nel 2004.

Il fulcro della riforma inglese è un deciso rafforzamento del livello territoriale. Pensa che si realizzerà concretamente?

In Inghilterra, già oggi, la sanità sul territorio è molto sviluppata. Il general practice, cioè il medico di famiglia, è il medico del cittadino. Negli studi ci sono biblioteche consultabili e i pazienti si ritrovano negli studi per fare educazione sanitaria, per parlare dei loro problemi, per avere consigli dagli infermieri, oltre che per essere visitati individualmente dal medico. Insomma, un rapporto del tutto diverso e che rende la riforma possibile.

Senza dimenticare che la riforma nasce da una valutazione economica intelligente e ha un preciso obiettivo: tagliare i costi. Si è capito che investendo sulle primary care si ha un servizio migliore e le prestazioni costano meno. Intanto si taglia sugli ospedali, che devono andare in concor-

renza, e sulle amministrazioni, grosso modo corrispondenti alle nostre Asl e alle Regioni. Questo produrrà risparmi, che permetteranno di prendere, ad un costo inferiore, altre professionalità, in particolare infermieristiche. Dall'altro lato dovrebbe mettere in maggiore evidenza il paziente, dandogli maggiori diritti ma anche maggiori responsabilità.

Anche il "medico di famiglia" avrà maggiori responsabilità.

Il punto a favore è che il medico torna veramente a fare il clinico e non il burocrate. Il grande punto interrogativo, invece, è che il medico non è preparato a fare anche il manager economico, ed è su questo che resta qualche perplessità.

Queste maggiori responsabilità avranno un riconoscimento economico?

Intanto c'è una sorta di riconoscimento psicologico, visto che non saranno più assediati da burocrati e controllori che nulla sanno della medicina. E poi, risparmiando, si dovrebbero trovare le risorse per la premialità.

Che tempi avrà l'attuazione della riforma?

Rapidissimi. Dovrebbe essere già in cantiere nel 2012 e nel 2014 andare a regime. Anche perché vogliono avere rapidamente il risultato economico.

(E.A.)



Report su Lancet

In soli trent'anni i tassi di obesità nel mondo sono raddoppiati mentre, seppur di poco, sono scesi su scala globale i livelli di pressione arteriosa e quelli di colesterolo totale.

Sono questi i risultati di tre grandi studi pubblicati su the Lancet nei giorni scorsi e realizzati da un team di ricercatori internazionali coordinati dall'Imperial College London e dall'Harvard School of Public Health sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità. "È la prima volta che qualcuno cerca di stimare i trend di questi che sono i principali fattori di rischio in ogni paese del mondo. La quantità di dati che abbiamo raccolto è senza precedenti per la vastità e ci ha consentito di giungere a conclusioni quanto mai robuste", ha commentato il coordinatore di uno dei tre studi, Goodarz Danaei dell'Harvard School of Public Health. Il quadro che emerge dall'ampia ricerca sfata una serie di luoghi comuni: innanzitutto che "il sovrappeso e l'obesità, l'ipertensione e l'ipercolesterolemia non sono più problemi dell'Occidente o dei paesi ricchi. La loro presenza si sta spostando nei paesi a medio e basso reddito, facendo di fatto diventare questi disturbi problemi globali", ha spiegato Majid Ezzati, coordinatore dello studio sull'obesità e docente alla School of Public Health dell'Imperial College London. I dati sull'obesità mostrano, infatti, come ormai più di una persona adulta su dieci nel mondo sia oltre la soglia dell'obesità. In dettaglio, è obeso il 9,8 per cento degli uomini e il 13,8 per cento delle donne (nel 1980 erano rispettivamente il 4,8 e il 7,9 per cento).

Tradotto in cifre, significa circa 500 milioni di persone. Il maggiore aumento nell'indice di massa corporea si è registrato in Oceania (+1,3 kg/m² per decennio negli uomini e +1,8 nelle donne). Segue il continente americano, soprattutto il nord. L'aumento del peso è comunque generalizzato: soltanto nei maschi dell'Africa centrale è stata registrata una flessione dell'indice di massa corporea. Se si guarda all'Euro-

ECCO LA MAPPA MONDIALE dei Big Killer

Per la prima volta raccolti insieme i dati mondiali sui principali fattori di rischio per la salute. In trent'anni raddoppiati i tassi di obesità con il risultato di un esercito di 500 milioni di persone grasse o molto grasse. Va meglio per ipertensione e colesterolo. Ma solo nei paesi ricchi

Variatione nei livelli di colesterolo (1980-2008)

	Colesterolo (Δ mmol/l per decennio)	
	M	F
Australasia, Nord America ed Europa Occidentale	-0,19	-0,21
Europa Centrale ed Orientale e Asia Centrale	-0,23	-0,24
Africa Sub-Sahariana	-0,09	-0,14
Nord Africa e Medio Oriente	-0,05	0
Asia meridionale	-0,08	-0,03
Asia orientale, Sud-est Asiatico e costa Pacifica dell'Asia	-0,08	-0,09
America Latina e Caraibi	-0,05	-0,03
Mondo	-0,08	-0,07

Variatione nei tassi di obesità e nei livelli di pressione arteriosa sistolica (1980-2008)

	Indice di massa corporea (Δ kg/m ² per decennio)		Ipertensione (Δ mm Hg per decennio)	
	M	F	M	F
Asia centrale	+0,2	+0,2	-1,5	-1,7
Asia orientale	+0,5	+0,4	-0,3	-0,5
costa Pacifica dell'Asia	+0,6	+0,4	-1,7	-2,9
Asia meridionale	0	+0,4	+0,8	+1
Sud-est asiatico	+0,7	+1,0	+0,9	+1,3
Australasia	+0,9	+1,2	-2,3	-3,9
Caraibi	+0,7	+1,1	-0,3	-0,6
Europa Centrale	+0,4	0	-1,1	-2,6
Europa Orientale	+0,2	0	-1,5	-2,4
Europa Occidentale	+0,6	+0,4	-2,1	-3,5
America Andina	+0,6	+0,6	-1,4	-1,9
America Centrale	+1	+1,3	-1,2	-2,0
America Latina Meridionale	+0,8	+1,4	-0,8	-1,7
America Latina-Tropicale	+1,1	+0,7	-1,8	-3,5
Nord Africa e Medio Oriente	+0,8	+1,1	-0,7	-0,7
Nord America	+1,1	+1,2	-2,8	-2,3
Oceania	+1,3	+1,8	+1,2	+2,7
Africa Centrale	-0,2	+0,7	-0,7	-0,3
Africa Orientale	+0,4	+0,7	+1,6	+2,5
Africa Meridionale	+1,0	+0,7	-0,8	-0,7
Africa Occidentale	+0,6	+0,9	-0,4	+1,5
Mondo	+0,4	+0,5	-0,8	-1

pa emerge che le donne turche e gli uomini cechi sono quelli con il più alto indice di massa corporea, mentre le donne svizzere sono quelle con il peso più basso.

Il discorso cambia se si considera l'ipertensione. È vero che il numero assoluto di persone

con livelli di pressione non controllati è passato da 600 milioni nel 1980 a circa 1 miliardo nel 2008, ma la crescita è dovuta all'aumento della popolazione globale e al suo invecchiamento. Se i valori vengono opportunamente "pesati", emerge in realtà una ridu-

zione generalizzata (con l'eccezione di Oceania e Africa Orientale) dei livelli di pressione sistolica arteriosa. La discesa è più decisa nei paesi a più alto reddito: nel Nord America si è osservato un calo di 2,8 mm Hg per decennio nei maschi e di 2,3 nelle don-

ne, ma anche l'Europa occidentale non è da meno: -2,1 mm Hg per decennio negli uomini e -3,5 nelle donne. Analogo il caso del colesterolo: anche qui la riduzione è stata generalizzata ma sono i paesi ad alto e soprattutto a medio reddito quelli che più hanno saputo incidere sul controllo di questo fattore di rischio: l'Europa centro-orientale e l'Asia centrale, in particolare, hanno registrato riduzioni di 0,23 mmol/litro per decennio nei maschi e di 0,24 nelle femmine. Difficile la lettura dei dati. Secondo Majid Ezzati "è incoraggiante che molti paesi siano riusciti a ridurre i livelli di pressione e colesterolo nonostante l'aumento dell'indice di massa corporea". Il fatto che questa riduzione sia stata più marcata nei paesi ad alto reddito può probabilmente fornire una spiegazione: "il miglioramento nella diagnosi e nel trattamento probabilmente ha aiutato a ridurre i fattori di rischio nei paesi ad alto reddito, così come l'aver ridotto il consumo di sale e grassi saturi", ha aggiunto l'esperto, che sottolinea come questi dati non siano da mettere sotto il materasso: "Queste scoperte sono un'opportunità per implementare politiche che favoriscano stili alimentari più e iniziative che migliorino l'identificazione e il controllo di questi disturbi da parte dei sistemi sanitari nazionali". Argomenti, questi, che saranno discussi dall'assemblea delle Nazioni Unite sulle malattie non trasmissibili già programmata per settembre 2011.

SPECIALIZZANDI: chiarimenti sulla sentenza della Corte di Appello di Roma

BORSE DI STUDIO 83-91 LA PRESCRIZIONE E DECENNALE

Dopo la comparsa di notizie di stampa relative alla sentenza della Corte di Appello di Roma sull'annosa questione borse di studio 1983/1991 occorre puntualizzare quanto segue.

L'iter giudiziario è stato fino ad ora molto articolato, con alcuni importanti passi avanti, ma senza una soluzione comune definitiva. Ora, però, dopo anni di "carta bollata", non manca il sospetto che ci sia stato "commercio del ricorso", che per tanti medici danneggiati ha rappresentato solo una spesa aggiuntiva. In passato la nostra Associazione aveva promosso delle azioni a livello regionale che hanno avuto esiti contrastanti. In generale l'orientamento giurisprudenziale prevalente è stato quello di ritenere inesistente il diritto per intervenuta prescrizione dello stesso, in forza della relativa eccezione proposta in giudizio dall'Avvocatura dello Stato. Solo in alcuni casi - Sentenza del Tribunale di Roma n.24828/2006 -, l'Avvocatura dello Stato non è comparsa in giudizio, non si è difesa, dunque non ha eccepito la prescrizione con conseguente vittoria dei ricorrenti e relativo pagamento.

La pronuncia della Corte di Appello del 15 novembre scorso n. 4717 (pubblicata sul sito www.anaao.it - sezione sentenze), che ha avuto tanta risonanza tra gli organi di stampa, stigmatizzata quale sentenza che avrebbe garantito il rimborso delle borse di studio a centinaia di medici non erogate all'epoca della loro frequenza della scuola di specializzazione (in realtà su

430 ricorrenti, a solo 59 è stato riconosciuto il compenso non percepito per la frequenza della scuola di specializzazione, mentre gli altri 361 hanno perso la causa per sopravvenuta prescrizione), si colloca nell'alveo dell'orientamento giurisprudenziale inaugurato dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione (sentenza n. 9147 del 17 aprile 2009) secondo cui la mancata attuazione nei termini prescritti di una direttiva Cee costituisce inadempimento di un obbligo imposto dalla legge comunitaria allo Stato italiano, con il corollario che trova applicazione il termine di prescrizione decennale. Anche con riferimento al momento di decorrenza della prescrizione, la pronuncia si adegua all'indirizzo giurisprudenziale prevalente, secondo cui il danno per il medico si è verificato al momento del conseguimento del diploma di specializzazione, coincidendo con tale momento la conclusione del percorso formativo del singolo e, quindi, il venir meno delle esigenze materiali per l'attuazione dell'impegno a tempo pieno richiesto dalla scuola di specializzazione.

Pertanto, è dalla data di conseguimento del diploma di

specializzazione che inizia a decorrere il termine di prescrizione.

La pronuncia risulta maggiormente innovativa laddove indica i parametri per ottenere il risarcimento del danno nel caso in cui il medico abbia frequentato anche un secondo corso di specializzazione. In tal caso, non è sufficiente la frequenza del corso di specializzazione, con ovvia iscrizione successivamente alla conclusione del primo, ma va altresì dimostrato che il medico non ha potuto svolgere attività professionale a causa del protrarsi di un impegno a tempo pieno per il secondo periodo di formazione.

La pronuncia, infatti, specifica come gli emolumenti, previsti dalla normativa comunitaria e da quella introdotta con il d.lgs. 257/1991, non rappresentano una forma di retribuzione in senso stretto, bensì una indennità funzionale a sopperire alle esigenze materiali per l'attuazione di un impegno a tempo pieno per il conseguimento della formazione. Poiché i medici che avevano già conseguito un primo diploma di specializzazione, potevano conciliare lo svolgimento dell'attività professionale con l'iscrizione a un secondo cor-

so di specializzazione, al fine di richiedere il risarcimento del danno i medesimi devono dimostrare il pregiudizio subito e, quindi, che l'impegno determinato dal secondo periodo di formazione impediva lo svolgimento di attività lavorativa.

A onor del vero è necessario ricordare che solo in pochissime sentenze (in particolare ricordiamo la pronuncia della Corte d'Appello di Genova del giugno 2008), si è sancito il cd. principio dell'illecito permanente: in sostanza, la prescrizione in danno ai medici non sarebbe neppure a oggi iniziata a decorrere, in assenza di un adeguamento pieno e completo da parte dello Stato alla normativa comunitaria. Ratione per cui ogni medico, anche se non ha mai agito, può promuovere azioni a tutela del proprio diritto. Si deve aggiungere, per rigore scientifico, che si sta sviluppando un ulteriore orientamento della giurisprudenza atto ad individuare la preminenza del diritto comunitario rispetto a quello nazionale, "con pronunce che stabiliscono anche la rimozione di atti definitivi dell'amministrazione, se emanati in contrasto con la normativa comunitaria". A tutt'oggi, tut-

tavia, si tratta ancora di sporadici casi, tali da non determinare una "corposa giurisprudenza", essendo, allo stato la stessa "granitica" nell'accogliere la difesa dell'Avvocatura dello Stato che ritiene il diritto prescritto (prescrizione ordinaria di dieci anni) e che fa decorrere la possibilità di accedervi dal momento del verificarsi del danno (momento del conseguimento del diploma di specializzazione - come ribadito dalla Corte di Appello del novembre scorso).

Su un punto si è d'accordo: non è necessario provare il dolo o la colpa dell'amministrazione e pertanto il diritto al risarcimento del danno spetta per il mero ritardo.

Si aggiunge, tra l'altro, che la retribuzione corrisposta, in rarissimi casi, è stata non solo la conseguenza di occasionali mancate costituzioni dell'Avvocatura dello Stato ma anche l'applicazione della legge n. 386/96 nei limiti e nella consistenza economica previste solo per coloro che non svolgevano nessuna altra attività professionale (in sede amministrativa, il Consiglio di Stato ha ritenuto meritevoli di retribuzione, sotto forma di borsa di studio solo quei medici che dichiarassero ed autocertificassero, con tutte le conseguenze del caso di non aver mai svolto attività lavorativa durante gli anni di frequenza, con un ulteriore corollario: chi aveva lavorato anche un solo anno, era escluso in toto della borsa).

La Segreteria Nazionale Anaa Assomed continuerà a monitorare l'evoluzione della questione dandone comunicazione agli iscritti.

DIRIGENZA MEDICA
Il mensile
dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Venti Settembre 68
tel. 06.4245741 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via D. Scarlatti, 27
e-mail: dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Costantino Troise

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

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
ENTRATA PERIODICI A SPECIALIZZATI

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 D.Lgs. 196/2003

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di febbraio 2011