

contiene IP



I sindacati incontrano il ministro Fazio. "Vogliamo una riforma vera a partire dallo sblocco degli organici"

EMERGENZA SANITARIA. E' CRISI

EMERGENZA URGENZA

Il Senato fotografa in un'indagine le criticità del sistema alle pagine 3-4

DDL GOVERNO CLINICO

Il nuovo testo all'esame della Camera ancora non soddisfa l'Intersindacale Medica a pagina 5

RIPARTO FSN

Le Regioni trovano l'accordo sulla ripartizione dei fondi 2011 per il Ssn a pagina 11

COSMED

Il parere della Confederazione sul Piano sanitario nazionale 2011-2013 alle pagine 13-16

RIFORMA DEL SISTEMA DI EMERGENZA-URGENZA

I SINDACATI INCONTRANO FAZIO

CODICI BIANCHI E VERDI SUL TERRITORIO

Riformare il sistema di emergenza-urgenza affidando alle strutture territoriali il compito di curare i codici bianchi e verdi. L'obiettivo ambizioso del ministro della Salute Ferruccio Fazio, a seguito dell'incontro con i sindacati, ha mosso un altro passo dopo le prime reazioni all'indagine svolta dalla commissione Igiene e Sanità del Senato sulle criticità del sistema di emergenza-urgenza (cfr. articolo nelle pagine successive). I medici hanno condiviso il target ministeriale sottolineando, tuttavia, come vi sia l'esigenza di maggiori risorse di personale. L'Anaao Assomed ha sottolineato che le azioni di riorganizzazione non possono però limitarsi alla riduzione dell'affluenza dei codici bianchi e verdi. Le attuali difficoltà del Pronto Soccorso riconoscono, infatti, origi-

Pronti 350 milioni di euro per avviare il progetto. Ma per l'Anaao Assomed, le azioni di riorganizzazione non possono limitarsi alla riduzione dell'affluenza dei codici



ni multifattoriali per cui le soluzioni debbono tenere conto di questa complessità e non di un unico tassello, pur importante, rappresentato dai codici minori. Ecco perché l'Anaao ha proposto al Ministro specifiche linee di intervento volte a: garantire adeguati standard strutturali ed

organizzativi di tutti i punti della rete dell'emergenza; implementare gli investimenti tecnologici; potenziare l'assistenza territoriale con la conseguente riorganizzazione degli ospedali per acuti; definire una adeguata e coerente programmazione delle dotazioni organiche, anche in de-

roga ai piani di rientro, e della formazione del personale. Tutte le sigle - Anaao-Assomed, Fimmg, Cimo Asmd, Aaroi-Emac, Fp Cgil Medici, Cisl Medici, Fassid, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Uil Fpl Federazione Medici, Smi, Sumai, Snami e Fimp - hanno poi concordato sul fatto che

il vero problema del Pronto Soccorso "è l'eccesso di domanda di ricovero soprattutto nell'area medica per cause epidemiologiche e demografiche cui si è accompagnata negli anni una progressiva riduzione del numero dei posti letto per acuti e di personale dedicato, specie nelle Regioni soggette ai piani di rientro". Con la riduzione drastica dei posti letto avvenuta negli ultimi anni, i Ps si sono lentamente trasformati in luoghi di ricovero inadeguati e non attrezzati. Fattore, quest'ultimo, che blocca l'attività delle stesse ambulanze (il barellamento selvaggio) con barelle occupate e ferme all'interno dei Ps anche per giorni. Insomma, i Pronto Soccorso sono diventati in sostanza dei veri e propri 'imbuto' assistenziali e gli unici luoghi dove i cittadini vedono la possibilità di essere immediatamente visitati

INDAGINE TDM-ANAAO

Ecco le criticità del Pronto soccorso

Ambienti sovraffollati nel 40% dei Pronto soccorso, posti letto di osservazione oltre il previsto e barelle parcheggiate nei corridoi (fino a 22 oltre il numero previsto), nel 24,3% dei casi ambulanze bloccate e tempi di attesa molto lunghi. Per codici gialli si va anche oltre le cinque ore. Sono queste le criticità del sistema di emergenza-urgenza emerse da un'indagine condotta da Cittadinanzattiva-Tdm in collaborazione con l'Anaao Assomed.

"Il monitoraggio del Tdm a cui abbiamo dato il nostro contributo - ha spiegato Costantino Troise - conferma la posizione dell'Anaao, che ho ribadito al Ministro della Salute, ossia la necessità di pensare la riorganizzazione del sistema di emergenza in maniera complessiva, affrontando cioè tutti i problemi che il sistema pone. A partire dalle criticità emerse dal monitoraggio e cioè la carenza di personale rispetto agli accessi; i tempi di attesa

per trasferire il paziente nei reparti; i deficit strutturali resi ancora più pesanti dal fatto che i Ps sono trasformati in luoghi di vera e propria degenza".

L'indagine del Tdm ha riguardato 70 Ps sui 100 giunti, per il 18,5% provenienti dal Nord, per il 31,5% dal Centro (escluso il Lazio), per il 35,7% dal Lazio e per il 18,5% dal Sud. E a emergere, come ha sottolineato il Tdm, è proprio "l'esiguo numero di personale, che si riduce nei giorni festivi e nelle ore notturne. Personale medico e paramedico competente ma non quantitativamente adeguato rispetto ai frequenti accessi". I tempi medi di attesa per l'accesso al triage variano da pochi minuti a un massimo di trenta minuti, ma una volta attribuito il codice, i tempi si dilatano enormemente. Per i codici gialli possono raggiungere le cinque ore, per i codici verdi anche dodici.

Ma ci sono tanti altri aspetti da migliorare. Anche a livello strutturale. Se sono presenti locali di attesa con posti a sedere, infatti, i posti non sono sufficienti: su 24 Ps, si sono trovati da un minimo di due ad un massimo di dieci malati in piedi in attesa.

Gli ambienti sono sovraffollati nel 40% dei casi, con barelle aggiunte (in media cinque per pronto soccorso monitorato, ma si è registrato anche il caso di ventidue barelle aggiunte), mentre scarsi sono i posti letto di osservazione, che devono essere aggiunti nel 21,5% dei Pronto soccorso. Fuori dal Ps, nel 24,3% dei casi, ci sono ambulanze ferme in attesa di riconsegna della barella in dotazione del mezzo di soccorso. Dentro, intanto, nel 37,7% dei casi i malati in attesa da oltre 6 ore per un ricovero/ assegnazione posto letto. Ma i tempi di attesa, in caso di assegnazione di posto e di necessità di osservazione breve, possono addirittura superare i 3 giorni.

Bocciato anche l'esame della privacy: nella maggior parte dei Pronto soccorso le persone vengono chiamate per nome o non vi sono spazi adeguati per garantire la riservatezza. Scarsa la comunicazione. Spesso, infatti, viene segnalata la difficoltà a reperire informazioni sulle condizioni di salute del proprio familiare. Nel 24% dei casi non c'è una comunicazione regolare, nel 65,8% dei Ps non esiste un servizio di mediazione culturale.

senza essere sottoposti alle lunghe attese e pastoie burocratiche del territorio. Nodo duro da sciogliere è quello della carenza di organici causata dal blocco del turnover. Per questo le sigle hanno sottolineato al Ministro "la necessità di risposte urgenti soprattutto in merito al problema degli organici, procedendo anche a rivedere le linee guida che governano il sistema dagli anni '90".

La proposta ministeriale parte dall'assunto che bisogna utilizzare la medicina del territorio per affrontare i codici bianchi e verdi in modo da arrivare a dei Pronto soccorso divisi sia fisicamente che per team di professionisti che vi lavorano. Altro aspetto sui cui insiste il Ministro è quello della canalizzazione delle chiamate per limitare alla fonte l'accesso improprio al Pronto Soccorso che nemmeno i ticket in questi anni ha placato. Sempre seguendo questi paradigmi generali si dovrà arrivare alla creazione di una vera e propria quarta Macroarea dell'Emergenza Urgenza al fianco di quelle della prevenzione, dell'ospedale e del territorio) e di una cabina di regia ospedale-territorio che possa anche ridefinire le procedure di triage del servizio 118. È evidente, però, che se si decide di accollare sul territorio una mole così elevata di domanda vi dovrà essere anche un incremento delle risorse. Il ministro Fazio ha messo sul piatto della bilancia il 25% del Fondo dedicato agli obiettivi di piano per le cure primarie. In cifre si tratta di circa 350 milioni di euro che sono a disposizione delle Regioni per l'attivazione di progetti sperimentali sul tema. Negli ultimi due anni queste risorse sono state utilizzate per far decollare le strutture H24 e H12 per garantire la continuità assistenziale.

Insomma, Fazio punta forte sullo sviluppo del territorio anche per curare le 'emergenze' e chissà se riuscirà a 'estorcere' al Ministero dell'Economia qualche deroga per sbloccare il turnover come chiesto dai Sindacati. Il cammino si annuncia ancora lungo anche perché, ad oggi la domanda: "Dove vado a curarmi se mi sento male?" ha ancora una sola risposta: al Pronto soccorso.

L'INDAGINE CONOSCITIVA DEL SENATO SUL TRASPORTO DEGLI INFERMI E SULLE RETI DI EMERGENZA URGENZA

ATTESE LUNGHE ANCHE 7 ORE IL NORD PIÙ VELOCE ED EFFICIENTE

↳ a cura di
Lucia Conti e Ester Maragò

Pronto soccorso italiani sono in affanno. Negli ultimi dieci anni il numero degli accessi è cresciuto del 50 per cento fino ad arrivare a quasi 30 milioni di richieste. Con un'eccedenza di codici bianchi e codici verdi che finiscono per mandare in tilt il sistema. Tanto che, anche per i casi più gravi i tempi di attesa si protraggono in modo "inammissibile". Le attese pre-intervento medico sono mediamente di 200 minuti sul territorio nazionale, con picchi di quasi 600 minuti nel Sud Italia. Una situazione critica determinata anche dal mancato adeguamento del personale e dall'assenza negli anni di un percorso formativo specialistico ad hoc.

È questo il quadro tracciato dall'indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato sul "Trasporto degli infermi e sulle reti di emergenza e urgenza" presentata a Palazzo Madama alla presenza del ministro della salute Ferruccio Fazio. Uno studio che mette sul banco degli imputati la mancanza di un'efficiente organizzazione in rete di tutto il sistema.

I dati dell'indagine si basano su questionari inviati alle strutture coinvolte nella gestione delle emergenze-urgenze a cui hanno aderito l'84 per cento delle strutture del Nord, l'81 per cento del Centro e il 54 per cento delle strutture del Sud. Dall'indagine sono emerse in particolare forti criticità nel soccorso di emergenza al paziente con evento cardiopatico acuto, la cui tempestività è essenziale per ridurre il rischio di attacco cardia-

Il sistema dell'emergenza urgenza è in ginocchio. Le attese pre-intervento medico sono mediamente di 200 minuti sul territorio nazionale, con picchi di quasi 600 minuti nel Sud Italia. Il personale scarseggia e la formazione è inadeguata. Manca un'efficiente organizzazione in rete di tutto il sistema. A scattare la fotografia è un'indagine conoscitiva di Palazzo Madama condotta sull'intero territorio nazionale

co/infarto miocardico acuto. "Solo il dieci per cento dei pazienti con evento cardiaco raggiunge l'Utic entro le prime due ore - ha detto il relatore Raffaele Calabrò - e un altro 30 per cento tra le due e le sei ore dall'inizio dell'evento acuto e il restante 60 per cento oltre le sei ore".

Ma i senatori puntano il dito anche sulla carente preparazione del personale. "Occorre sviluppare un progetto di formazione specifica e univoca in medicina di emergenza-urgenza", ha affermato il se-

natore Michele Saccomanno. Mentre Ulisse Di Giacomo ha sottolineato la necessità di potenziare i servizi territoriali, sia come filtro al pronto soccorso che per garantire la continuità assistenziale per la dimissione dei pazienti dagli ospedali.

E che serva una riforma del sistema di emergenza-urgenza ne è convinto anche il ministro Fazio che ha incontrato tutte le sigle sindacali dell'area medica ospedaliera e del territoriale proprio per "esaminare la possibilità di riforma-

re il sistema attraverso la costruzione di una cabina di regia tra ospedale e territorio e ridefinire le procedure di triage del servizio di 118 affinché solo i codici gialli e rossi siano portati in ospedale, mentre i codici verdi dovranno essere assistiti sul territorio".

"I risultati ottimali non potranno essere immediati" ha rilevato il ministro nel corso della presentazione dell'indagine ma "se già riuscissimo a mettere sul territorio l'80% dei codici meno gravi "sarebbe un buon risultato".

I RISULTATI DELL'INDAGINE DEL SENATO

Nei Pronto Soccorso ad alta specialità (Eas) i tempi di attesa possono arrivare anche a 450 minuti, come nel caso dell'Abruzzo. Tempi che la Commissione di palazzo Madama ha definito "inammissibili". Così come "obiettivamente troppi" sono anche i 241 minuti di attesa media nei Dipartimenti di emergenza sanitaria (Dea) sempre in Abruzzo. Attese lunghissime che fanno apparire soddisfacenti persino i 100 minuti di attesa media nelle Regioni del Nord. O almeno "ammissibili". In generale, Eas del Nord e del Sud sembrano, infatti, essere più efficienti rispetto a quelli del Centro, con un'attesa media dimezzata. Le ambulanze stazionano trop-

po in ospedale, sottraendo in questo modo risorse al territorio. Un tempo di stazionamento accettabile per le ambulanze che trasportano pazienti in codice verde è di 30 minuti. Per i Dea in Liguria la media è di 46 minuti; in Sardegna di 60 minuti. Improprio invece i picchi che si registrano per alcuni Eas, quali 127 minuti per il Lazio e 152 minuti per la Puglia, in cui i pazienti sostano quasi 3 ore sulla barella dell'ambulanza". Dati che, secondo la Commissione, sollevano anche il dubbio che la "medicina di base non sia in grado di svolgere un fattivo ruolo di filtro" con l'ospedale. Per quanto riguarda il trasporto, la Commissione ri-

leva come siano presenti "varie tipologie di mezzo di soccorso e svariate composizioni di equipaggi (rianimatore, medico di guardia medica, infermiere professionale, volontario del soccorso) passando attraverso diversificate forme di soccorritori più o meno professionali. Tutte queste figure sono variamente intersecate tra salariate e volontarie, andando ulteriormente a diversificare le situazioni, con modalità estremamente diffusi non solamente tra le varie Regioni, ma spesso anche all'interno della stessa Regione". Questo, secondo i senatori, "produce ripercussioni negative sull'offerta assistenziale al paziente (ritardi, lesioni ia-

Segue

trogene, gravi errori e ritardi diagnostico-terapeutici) a causa dell'inappropriatezza della formazione medica".

CINQUE AREE SOTTO LALENTE

Vediamo, in sintesi, le rilevazioni della Commissione su cinque aree: emergenza cardiovascolare, emergenza traumatologica, emergenza cerebrovascolare, personale e formazione in medicina di urgenza e su altri aspetti particolari come l'attivazione di un numero unico per l'emergenza, la trasmissione di informazione, l'elisoccorso, il trasporto neonatale.

1. EMERGENZA CARDIOVASCOLARE

L'ottimizzazione dell'assistenza al cardiopatico acuto in Italia deve prevedere una riorganizzazione volta ad attenuare l'attuale disomogeneità organizzativa sul territorio nazionale. In tal senso, la Rete integrata cardiovascolare presuppone la realizzazione di un modello operativo basato sulla centralità delle cardiologie con Utic ed emodinamica, collegate con gli ospedali periferici che non hanno questa dotazione, secondo l'articolazione Hub and Spoke.

Nel contesto della Rete integrata vanno in particolare definiti i percorsi dei pazienti complessi (angina instabile, infarto miocardico complicato) per potere mettere a disposizione le procedure diagnostiche e terapeutiche invasive in maniera uniforme per

tutti i pazienti della provincia. A tal fine, l'istituzione del centralino operativo cardiologico appare uno strumento essenziale per coordinare al meglio il percorso terapeutico del paziente con infarto miocardico acuto.

2. EMERGENZA TRAUMATOLOGICA

Dall'indagine scaturisce la proposta di avviare una sperimentazione triennale sui Trauma center, regionali o sovregionali, in accordo tra Stato e Regioni, monitorandone gli outcome per tre anni.

Per l'organizzazione del personale, risulta vincente l'approccio multidisciplinare offerto dal trauma team.

Nell'ambito della fase preospedaliera, si reputa necessario disporre di ambulanze medicalizzate al fine di assicurare sul luogo del trauma la diagnosi e le prime cure, nonché garantire la continuità dell'assistenza con l'intervento del trauma team a livello ospedaliero, nella prospettiva di ridurre i tempi del trasporto del ferito.

Quanto alla formazione del personale, occorre incentivare idonei programmi formativi concernenti il management del trauma team nelle situazioni di emergenza-urgenza. Si sottolinea l'esigenza di ricorrere anche ad incentivi economici per i traumatologi, nonché di offrire un'adeguata formazione degli specializzandi.

3. EMERGENZA CEREBROVASCOLARE

Si evidenzia la necessità di implementare in ogni Provincia un'organizzazione dell'emergenza cerebrovascolare basata sul modello hub and spoke, fermo restando che ogni DEA individuato come centro hub deve disporre di una stroke unit in grado di svolgere operazioni di natura complessa, quali la trombolisi intrarteriosa.

In ogni centro spoke sia presente uno stroke team in collegamento telematico con un centro hub.

Si ribadisce altresì l'esigenza che ogni struttura dedicata al trattamento dell'ictus assicuri l'assoluta osservanza alle linee guida in materia, nonché garantisca l'avvio della riabilitazione del paziente nel modo più precoce possibile al fine di consentire il massimo recupero riabilitativo del paziente medesimo.

4. GESTIONE DEL PERSONALE E FORMAZIONE IN MEDICINA D'URGENZA

I pronto soccorso italiani stanno soffrendo moltissimo per il crescente numero degli accessi, per le difficoltà legate al mancato adeguamento del personale e per il fatto di non aver usufruito in passato di un percorso formativo specialistico nel settore. È stato evidenziato che, oltre all'insegnamento di introduzione al pronto soccorso al primo an-

no e a un corso specifico e professionalizzante in emergenza e urgenza al sesto anno nell'ambito del corso di laurea in medicina e chirurgia, occorrerebbe prevedere una specifica formazione in tema di medicina di emergenza.

5. ASPETTI PARTICOLARI

(attivazione del numero unico per l'emergenza, trasmissione informazione, elisoccorso, trasporto neonatale)

Attivazione del numero unico

È stato illustrato il progetto attuativo del Numero unico per l'emergenza "112" istituito a livello europeo, destinato a conglobare le numerazioni attualmente dedicate al 113, al 112, al 115 e al 118 al fine di garantire, attraverso il sistema di telefonia fissa e mobile, la localizzazione effettiva del chiamante. Al riguardo, l'Italia è fortemente in ritardo rispetto agli altri Stati membri nell'esecuzione di tale progetto a livello tecnico-operativo.

Trasmissione informazioni

Quanto alle tecnologie di comunicazione e connessione, è stata evidenziata l'importanza delle tecnologie utilizzate per l'interconnessione della rete hub and spoke attraverso la telemedicina, mediante l'utilizzo delle soluzioni a banda larga per il consulto da remoto.

Elisoccorso

Sono stati evidenziati i limiti operativi dell'elisoccorso legati all'impossibilità di cu-

rare ad alta quota e all'incapacità degli elicotteri di volare in assenza di visibilità con il solo supporto strumentale. In proposito sono state illustrate le prospettive evolutive degli apparecchi di nuova generazione, come il convertiplano, che potrebbe essere utilizzato nel campo dell'elisoccorso in modo da consentire la navigazione strumentale autonoma. È necessario predisporre un piano di interconnessione per l'elisoccorso al fine di ottimizzare la rete hub and spoke a livello regionale, nazionale e anche internazionale, nonché l'adeguamento dei relativi regolamenti di navigazione.

Trasporto neonatale

Il servizio dedicato è attivo 24 ore su 24 e provvede a tutte le richieste di trasferimento da e per qualsiasi struttura con personale che svolge prevalentemente o esclusivamente attività di trasporto neonatale. La mancata organizzazione del trasporto del neonato in emergenza in molte Regioni italiane, costituisce uno dei fattori critici dell'assistenza neonatale in Italia. Al riguardo forte è l'esigenza di ottimizzare il numero dei punti nascita e di assicurare la concentrazione delle gravidanze a rischio e il servizio di trasporto in emergenza del neonato e delle gestanti a rischio.

LE PROPOSTE DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO

Come dare scacco alle criticità in sette mosse

1. ARMONIZZAZIONE del soccorso extraospedaliero, con particolare riguardo all'omogeneizzazione dei mezzi dedicati allo stesso e alla previsione di una forma di accreditamento delle organizzazioni di soccorso e delle relative società o cooperative che forniscono il personale, per lo meno su base regionale, possibilmente a partire già dai prossimi rinnovi delle convenzioni in essere, con la finalità di ottemperare ad un adeguato e costante livello qualitativo. Particolare attenzione deve essere prestata allo sviluppo dell'elisoccorso e soprattutto del trasporto neonatale oggi ancora insufficiente in vaste aree del Paese.

Sono riassunte in sette punti le proposte dei senatori per risolvere le criticità del sistema di emergenza-urgenza emerse dall'indagine conoscitiva

2. RAZIONALIZZAZIONE delle figure professionali impegnate, prevalentemente in riferimento ai requisiti curriculari e formativi dei medici, che debbono possedere specifici training specialistici ed intraprendere percorsi formativi estremamente mirati. Necessità di raggiungere l'obiettivo di dotare i Dea (Dipartimenti di emergenza-urgenza accettazione) e gli Eas (Dipartimento d'Emergenza ad alta Specialità) di personale, medico e paramedico qualificato, con una pianta or-

ganica dedicata e con un rapporto di lavoro stabile.

3. IMPLEMENTAZIONE dei supporti informativi ed informatici con standardizzazione per lo meno su base regionale, con l'obiettivo di uniformare tutti i sistemi regionali.

4. IMPLEMENTAZIONE dei servizi di stroke unit e di emodinamica cardiologica interventistica nell'ambito dei Dea e degli Eas.

5. RIORGANIZZAZIONE di Dea

ed Eas, con l'identificazione puntuale di percorsi diagnostico-terapeutici privilegiati e procedure specifiche integrate per patologia, graduati per codice d'accesso, in grado di rispondere adeguatamente al livello di gravità dell'emergenza-urgenza e ridurre drasticamente i tempi di stazionamento dei pazienti all'interno delle strutture di Pronto soccorso e delle ambulanze all'esterno degli stessi.

6. RIORGANIZZAZIONE della medicina territoriale, finalizzata all'incremento della capacità di filtro nei confronti delle inutili richieste di prestazioni di pronto soccorso.

7. PROMOZIONE ed ampliamento delle indicazioni e dell'utilizzo della telemedicina per il teleconsulto anche nella catena dei soccorsi extraospedalieri.

Dall'indagine, infatti, emerge che, "malgrado sia avvenuta l'elaborazione di apposite linee guida da parte della Conferenza Stato-Regioni, ancora profondamente diversificati appaiono i modelli gestionali della rete dell'emergenza-urgenza, a partire dal trasporto primario finanche all'accettazione e al trattamento presso i Dea. Le uniche Regioni che hanno istituito delle Agenzie regionali per l'emergenza-urgenza sono la Lombardia (Aree) e il Lazio (Ares)".

LA POSIZIONE DELL'INTERSINDACALE MEDICA sul Ddl in discussione alla Camera

GOVERNO CLINICO: Il nuovo testo ancora non va

“I presupposti e gli obiettivi che rendono utile, e necessario, un intervento legislativo in materia, più volte enunciati dai proponenti, quali una più netta separazione tra politica e sanità, l'individuazione di nuovi equilibri nelle aziende sanitarie tra valori professionali e logiche organizzative nonché la ri-definizione di ruolo e responsabilità del Medico sono pienamente condivisi. Ma non possiamo, però, fare a meno di registrare che i contenuti del testo, così come formulati, rispetto alla odierna gravità e complessità del disagio dei Medici all'interno del sistema sanitario, appaiono, quando non peggiorativi, insufficienti rispetto ai problemi che pure si dice di volere risolvere”. È questo il parere sul Ddl “Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario”, all'esame della Commissione Affari Sociali che le Organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica e Veterinaria del Ssn (Anao Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi-Emac, Fp Cgil Medici, Fvm, Cisl Medici, Fassid, Fesmed, Anpo-Ascoti-Fials Medici, Uil Fpl Federazione Medici) hanno raccolto in una lettera indirizzata all'attenzione del Presidente e dei componenti della Commissione Affari Sociali della Camera, del relatore del Ddl sul Governo clinico e dei responsabili Sanità dei Partiti.

“La sentenza n. 1873/2010 della IV Sezione Penale della Suprema Corte di Cassazione – scrivono i sindacati – bene descrive il moderno paradosso del ruolo del medico nelle

Il nuovo testo sul Governo clinico si limita a dettare norme di funzionalità delle aziende sanitarie senza affrontare in concreto i problemi dei medici. Non mancano i meriti, ma è del tutto inadatto a trovare soluzioni soddisfacenti. È questo in estrema sintesi il giudizio dell'Intersindacale Medica sul Ddl in discussione alla Commissione Affari Sociali, contenuto in una lettera inviata a Deputati e responsabili Sanità dei partiti

organizzazioni sanitarie: tanto piccolo e marginale, magari da controllare con sanzioni disciplinari, negli aspetti organizzativi, quanto grande, centrale ed esclusivo nelle sue funzioni di garanzia del cittadino e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali da questo protette. La cornice legislativa degli assetti organizzativi del Ssn, che non impedisce alla politica di invadere la sfera della sanità né ad una certa cultura aziendalista di minimizzare i valori della professione medica, si è tradotta in una rigida catena di comando che tutto ha sacrificato sull'altare del pareggio di bilancio, senza nemmeno raggiungere l'obiettivo, come il disastro dei conti dimostra. Le Aziende Sanitarie

adottano regole di ingaggio sempre più radicate in un efficientismo gestionale che esercita un controllo pressoché assoluto dei Medici, privi di un coinvolgimento operativo nei percorsi organizzativi, considerati solo come costosi fattori di produzione. Evidente il conflitto, latente o manifesto, tra i loro obblighi deontologici, che la Magistratura sempre più frequentemente richiama, e le regole del sistema. Un nuovo modello gestionale deve, allora, originare dall'idea del governo clinico nata, ormai molti anni fa, per reclutare le competenze, le autonomie, le responsabilità e i valori dei professionisti alle logiche ed agli obiettivi del management aziendale, per contrastare una cultura che nelle organizzazioni sanitarie riduce i Medici alla stregua di

macchine banali ed anonime, rinunciando alle loro competenze e professionalità.

La sfida della sostenibilità economica, sociale, etica e tecnico-professionale di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace richiede da una parte di ri-definire ruolo e responsabilità del Medico, il cui compito fondamentale è governare le cure, dall'altra di disegnare l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle aziende sanitarie anche attribuendo agli organismi rappresentativi dei professionisti reali margini di autonomia e responsabilità per orientare e supportare il management aziendale nelle scelte tecniche. Una governance integrata, che individui procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie, sottraendole, a cominciare dalla nomina dei Direttori di struttura, al puro rapporto fiduciario con il Dg, e quindi alle incursioni della politica, per valorizzare la valutazione professionale anche ai fini del rinnovo degli incarichi”.

Sono questi, secondo i sindacati, i principi fondamentali e presupposti del “governo clinico”, inteso come espressione di un sistema pluridisciplinare e pluriprofessionale

di indirizzo e governo delle attività tecnico sanitarie finalizzato all'efficacia, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni, pur nell'ambito di risorse definite, che esigono un sostanziale cambio di paradigma culturale e politico.

Il testo in esame appare, invece, sottolineano le sigle “limitarsi a dettare norme di funzionalità delle aziende sanitarie lambendo solo il nocciolo del problema. Il risultato di tante discussioni è, insomma, una legge, forse non priva di qualche merito, ma del tutto inadatta alla soluzione dei problemi che ne sono alla origine. Infine, la determinazione della età di quiescenza non può essere avulsa da quella dell'età di ingresso nel sistema, pena un irrigidimento delle carriere ed un ulteriore contributo all'invecchiamento della categoria. Ci sembrano maturi i tempi, e favorevole la occasione, per restituire un ruolo formativo professionalizzante al Ssn anticipando l'incontro tra mondo della formazione e mondo del lavoro, vista l'eccessiva lunghezza di un percorso che nega ai giovani medici la massima tutela previdenziale. Anche in vista della annunciata, e ormai prossima, carenza di risorse professionali.

Auspichiamo, pertanto, uno sforzo congiunto di rivisitazione del testo in linea con queste considerazioni, condizione imprescindibile per il sostegno della categoria e premessa di un Patto che passi attraverso la definizione di una nuova cornice culturale, giuridica e amministrativa. Il Ddl non sia l'ennesima occasione sprecata lungo questo percorso, ma evidenzi il coraggio di aprire strade nuove”.

Auspichiamo uno sforzo congiunto di rivisitazione del testo in linea con le nostre considerazioni, condizioni imprescindibili per il sostegno della categoria e premessa di un Patto che passi attraverso la definizione di una nuova cornice culturale, giuridica e amministrativa

Ecco il Documento di Economia e Finanza

SPESA SANITARIA: + 10% DA QUI AL 2014

TORNA IL TICKET SULLA SPECIALISTICA

Il Documento di Economia e Finanza, approvato alla Camera alla fine di aprile, non anticipa misure particolari per la sanità, ma punta tutto sulla governance federalista e sulla responsabilità delle Regioni. Previsioni caute sul trend della spesa che tra tre anni raggiungerà i 126,5 miliardi. Confermato che anche nel 2012 non vi sarà copertura per il ticket di 10 euro sulla specialistica. Per l'Anaa il Documento non contiene rassicurazioni sul futuro della Sanità pubblica

Non vengono annunciati nuovi tagli per la sanità, ma essa, insieme a pensioni e prestazioni sociali, è trattata un po' come un "osservato speciale" al quale prestare massima attenzione ai fini dell'attuazione del Patto di stabilità e crescita. Per farlo la ricetta del Documento di economia e finanza (Def) è fondamentalmente quella della governance del sistema attraverso una piena attuazione del federalismo. Del resto che il comparto sanitario sia uno dei grandi pericoli per la finanza pubblica non è una novità e lo confermano anche le previsioni contenute nello stesso Def che indicano una crescita costante della spesa sanitaria pubblica con un'incidenza sul Pil che passerà dal 6,7% del 2005 all'8,1% del 2035, fino all'8,8% del 2055. E, anche restando più vicini nelle proiezioni temporali, il Def valuta comunque una crescita nel periodo 2012-2014 con un tasso medio del 3,3% e con un'incidenza sul Pil, alla fine dell'arco temporale, del 7,2%. Queste ultime previsioni si basano su:

- l'acquisizione dei dati di costo relativi al IV trimestre 2010;
- il quadro macroeconomico previsto per il periodo in esame;
- la manovra di contenimento della spesa per gli anni



LE OSSERVAZIONI DELL'ANAAO ASSOMED

A rischio il futuro della sanità

"Il Documento di Economia e Finanza prodotto dal Governo, con chiarezza espositiva e massa di informazioni, non contiene rassicurazioni sul futuro della Sanità pubblica". È questo il giudizio dell'Anaa Assomed al Def. "Per la spesa sanitaria pubblica - sottolinea il sindacato - è previsto un incremento quantificato nel 1,2% per il 2011 (con la spesa pari al 7,2% del Pil), nel 2,2% per il 2012 (anno in cui si registrerà addirittura una riduzione rispetto al Pil che scenderà al 7,1%) e solo per gli anni 2013 e 2014 del 4% e del 3,6%, nel quadro, però, di una drastica manovra per la riduzione del debito pubblico. I freddi dati si colorano di tinte forti se sono accompagnati dalle seguenti considerazioni:

- È appena passato un biennio terribile per la Sanità pubblica: nel 2009 la crescita è stata solo dell'1,8% e nel 2010 del 2,7%;
- La riduzione della spesa è

in gran parte determinata dal blocco delle retribuzioni e la presunta razionalizzazione del settore consiste semplicemente nel far stringere la cinghia agli operatori senza intervenire veramente sugli elementi di spreco che una classe politica molto attenta al potere si guarda bene dall'intaccare;

- La crescita di costi, nel settore, sarà sicuramente molto più elevata rispetto alle percentuali di incremento del finanziamento statale, ma non viene indicato come si potrà conciliare il mantenimento della qualità con un finanziamento così basso.

Oggi gli operatori sanitari sono costretti a superare regolarmente gli orari di lavoro contrattuali perché il blocco del turn-over ha reso inadeguati gli organici, mentre si chiede empatia e adeguata in-

formazione ai pazienti ed alle loro famiglie senza considerare che il tempo viene a mancare sempre di più comportando una riduzione della qualità. In altri termini il Def ci ricorda che la spirale suicida della sanità pubblica, innescata qualche anno fa, continuerà per i prossimi anni". L'Anaa chiede quindi che il Governo riveda la programmazione e conduca una politica di vera razionalizzazione, avendo come elementi di confronto gli altri sistemi sanitari nazionali a finanziamento e gestione pubblica, in cui vengono continuamente aumentati gli investimenti, impegnando molto più del 7% del Pil: "Lo richiede l'economia e lo richiedono i cittadini che, alle mille angosce generate da una lunga crisi, non vogliono aggiungere la perdita della sicurezza fornita da un sistema sanitario nazionale efficace, efficiente ed adeguatamente finanziato".

2012 e 2013 e il loro trascinarsi sull'anno 2014 (ci si riferisce in particolare alle misure sul personale adottate dalla manovra del luglio 2010);

- gli oneri per la corresponsione della indennità di vacanza contrattuale per il 2014, relativamente al triennio 2013-2015;
- un andamento della spesa farmaceutica convenzionata coerente con il tetto del 13,3% della territoriale e una stima delle entrate del pay back farmaceutico in diminuzione della spesa;
- gli effetti del ripristino del ticket di 10 euro sulle prestazioni specialistiche (lasciando quindi intendere che non vi sarà alcuna nuova copertura per le Regioni degli oneri del mancato gettito. È bene ricordare, comunque, che salvo sorprese per quest'anno sono coperti solo i primi cinque mesi);
- i risparmi derivanti dai piani di rientro.

LE PREVISIONI DI SPESA 2011-2014

In soldoni, secondo queste previsioni, la spesa sanitaria pubblica si assesterà su 114.836 milioni (pari al 7,2% del Pil) nel 2011, per passare a 117.391 milioni (7,1% del Pil) nel 2012, a 122.102 milioni (7,2% del Pil) nel 2013 e a 126.512 milioni (7,2% del Pil) nel 2014.

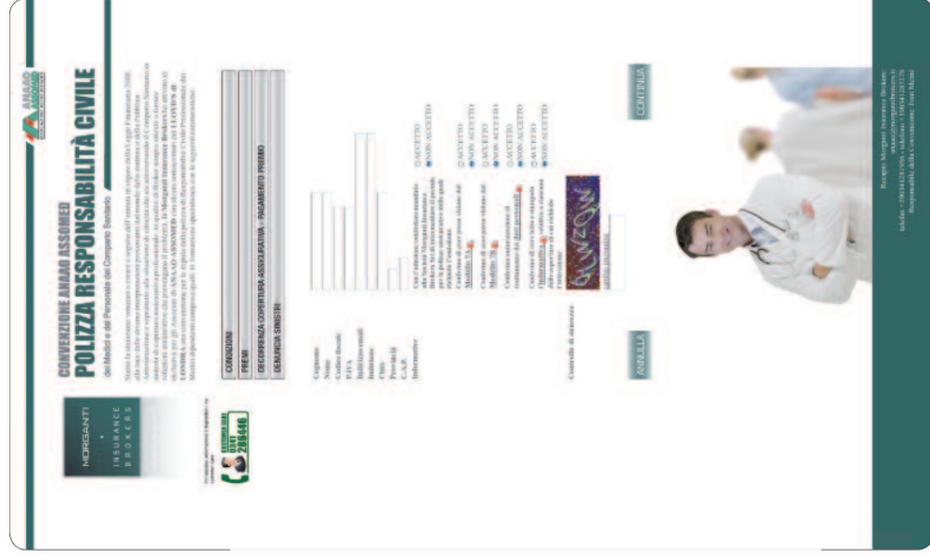
Come aderire alla Convenzione

Per aderire alla Convenzione è necessario accedere all'apposita Sezione del sito www.anaao.it che provvederà al reindirizzamento al link della Morganti Insurance Brokers dedicato agli Associati ANAAO ASSOMED.



2

Dal sito della Morganti Insurance Brokers, cliccando su **CONTINUA** si accede direttamente al sistema di calcolo dal quale è possibile richiedere la propria copertura assicurativa.



CONVENZIONE ANAAO ASSOMED

POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE

dei Medici e del Personale del Comparto Sanitario



Recapiti Morganti Insurance Brokers S.r.l.:

T: 0341.287278

F: 0341.281956

E: anaao@morgantibrokers.it

N° RUJ: B000065127

Responsabile Convenzione: Ivan Memè
 Responsabile Direzione Tecnica: Gianluca Zanonì



CONVENZIONE ANAAO ASSOMED

POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE

dei Medici e del Personale del Comparto Sanitario

Stante la situazione venutasi a creare a seguito dell'entrata in vigore della Legge Finanziaria 2008, alla luce delle diverse interpretazioni provenienti dal mondo della dottrina e della Pubblica Amministrazione e soprattutto alla situazione di criticità che sta attraversando il Comparto Sanitario in materia di copertura assicurativa professionale, in qualità di Broker sempre attento a fornire soluzioni assicurative che prevenano il problema, la **Morganti Insurance Brokers** ha attivato in esclusiva per gli Associati di ANAAO ASSOMED con alcuni sottoscrittori dei LLOYD'S di LONDRA una convenzione per la stipula della polizza di Responsabilità Civile Professionale dei Medici e del Personale del Comparto Sanitario con le seguenti caratteristiche:

Condizioni "Azione di Rivalsa - Colpa Grave"

- La Copertura Assicurativa tiene indenne l'Assicurato per azioni di rivalsa esperite dalla Pubblica Amministrazione in genere nei suoi confronti, a seguito di errori od omissioni compiuti con "Colpa Grave" nell'ambito di tutte le mansioni svolte alle dipendenze della Struttura Sanitaria, ivi compresa l'attività professionale intramoenia e i danni derivanti da interventi di primo soccorso per motivi deontologici
- Possibilità di adesione da parte di tutti gli Associati ANAAO ASSOMED dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (Dirigenti Medici, Dirigenti sanitari non medici, Medici in formazione specialistica, ecc.)
- Contraenza diretta da parte del singolo Associato
- Copertura sul singolo, che dunque si vede garantito anche in caso di passaggio da un Ente all'altro
- Retratività fino a dieci anni precedenti alla data di decorrenza della polizza
- Massimale di € 5.000.000,00 per persona, per sinistro e/o sinistri in serie e per anno assicurativo
- Massimale fino a € 2.500.000,00 relativamente alla Categoria E
- La polizza non prevede alcuna franchigia
- La polizza prevede una postuma di due anni, con possibilità di estenderla sino a sette, qualora l'Assicurato dovesse cessare per sua libera volontà l'attività professionale
- La convenzione decorre dal 01.10.2010, avrà durata sino al 31.12.2013
- L'adesione alla presente Convenzione potrà essere esclusivamente ON LINE

Premi

CAT.ASS.	QUALIFICA	PREMIO ANNUO LORDO
A	DIRIGENTE MEDICO	€ 440,00
B	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO	€ 363,00
C	MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA	€ 202,00
D	PENSIONATO	€ 188,00
E	DIRIGENTE SANITARIO CON RESPONSABILITA' GESTIONALE	€ 108,26



Gestione online mediante piattaforma dedicata

Il software consente all'utente del servizio di scegliere la data di effetto della propria copertura all'interno di uno spazio temporale compreso tra i 90 giorni antecedenti la data di registrazione e i 30 giorni successivi, il sistema non riporta una data fissa e obbligatoria. Qualora l'utente del servizio non indicasse alcuna data il sistema prende in automatico la data preimpostata.

Una volta ultimata la procedura di adesione, il sistema invia automaticamente all'Utente via e-mail i moduli di adesione da sottoscrivere e inviare a mezzo fax al numero indicato.

Decorrenza copertura assicurativa - pagamento premio

Il premio assicurativo dovrà essere pagato entro 7 giorni dalla conferma inviata via e-mail dal sistema all'Utente, mediante bonifico bancario.

Denuncia sinistri

L'Assicurato deve far denuncia scritta alla Morganti Insurance Brokers di ciascun sinistro entro e non oltre i 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza.

Alla denuncia dovrà far seguito con urgenza la documentazione e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Prima di denunciare un sinistro suggeriamo di prendere contatto con il Broker onde poter istituire la pratica in modo corretto.





MORGANTI
INSURANCE
BROKERS

“MODULO DI ADESIONE”

Convenzione ad adesione volontaria - Polizza Tutela Legale - Il rischio

INFORMATIVE

Informative

- Con l'adesione conferisco mandato alla Società MORGANTI INSURANCE BROKERS SRL di intermediare il premio per la Polizza assicurativa della quale richiedo l'emissione
- Confermo di aver ricevuto e preso visione del Modulo 7A
- Confermo di aver ricevuto e preso visione del Modulo 7B
- Confermo di aver ricevuto il Fascicolo Informativo di cui al regolamento ISVAP n. 35/2010 relativo alla copertura di cui richiedo l'attivazione

Il sottoscritto dichiara di conoscere la Polizza di Tutela Legale n. 82.0004371 contratta da ANAAO ASSOMED

PRIVACY

Conferma autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.Lgs. N. 196/2003)

Il sottoscritto AUTORIZZA MORGANTI INSURANCE BROKERS SRL al trattamento ed alla comunicazione a terzi dei propri dati personali per finalità di gestione amministrativa della Convenzione.

ACCETTO NON ACCETTO

il Sottoscrittore del certificato
(firma leggibile)

_____ (data e firma)

CONVENZIONE ANAAO ASSOMED PER TUTTI GLI ASSOCIATI

Polizza Tutela Legale

1

ESCLUSIVA

Solo per gli Associati ANAAO ASSOMED una Polizza di Tutela Legale a copertura dei procedimenti Penali e Civili, illeciti amministrativi e controversie di lavoro.

2

INNOVATIVA

La polizza ha un contenuto tecnico assolutamente innovativo con condizioni contrattuali attualmente non riscontrabili in altri prodotti similari del comparto sanitario.

3

GRATUITA

Senza alcun costo per tutti gli Associati ANAAO ASSOMED.

www.anaao.it

per ulteriori informazioni:

Segreteria Nazionale Roma

T: 06.4245741

F: 06.48903523

E: segreteria.nazionale@anaao.it

Segreteria Nazionale Milano

T: 02.6694767

F: 02.66982507

E: segr.naz.milano@anaao.it

Segreteria Nazionale Napoli

T: 081.7649624

F: 081.7640715

E: segr.naz.napoli@anaao.it

Morganti Insurance Brokers

T: 0341.287278

F: 0341.286684

E: anaao@morgantibrokers.it

Numero Verde

800-689955





Polizza Tutela Legale

CONVENZIONE ANAAO ASSOMED-ROLAND: SCHEDA PRODOTTO

Caro Collega,

la crescita del contenzioso medico-legale registrata negli ultimi anni investe ormai la relazione medico paziente minacciando la libertà di ogni atto medico. Al fine di rafforzare il sistema di tutela professionale abbiamo stipulato con decorrenza 01.07.2010 una polizza per la copertura delle spese legali, e penali, inerenti procedimenti penali e/o civili correlati alla tua attività professionale. Tale servizio, GRATUITO CON L'ISCRIZIONE ALLA ANAAO ASSOMED, vuole rappresentare un "ombrello" da aprire in caso di necessità per scegliere nella massima libertà le migliori competenze professionali ritenute necessarie. Sperando di avere compiuto una scelta gradita, ti invio cordiali saluti.

Costantino Troise
Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED

Perché ANAAO ASSOMED-ROLAND

- Il numero di azioni di natura civile e penale nei confronti dei Medici è in continua crescita.
- Il patrocinio previsto dal CCNL non garantisce in tutti i casi un intervento a favore del Medico.
- Per garantire un intervento integrato fra la consulenza sindacale ed il bisogno di trasferire il rischio economico inerente le spese legali per la difesa del Medico associato.

Chi viene assicurato

Tutti i Medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale - iscritti ad ANAAO ASSOMED - durante l'esercizio della loro attività professionale compresa quella esercitata in intramoenia, anche in forma allargata, nell'adempimento del loro rapporto di impiego per l'Azienda Ospedaliera di appartenenza.

La polizza viene attivata gratuitamente in modo automatico all'atto dell'iscrizione al Sindacato.

In che modo interviene la copertura assicurativa

La copertura interviene ad integrazione del patrocinio legale previsto dal CCNL o a primo rischio in caso di scelta dell'Avvocato da parte dell'Assicurato.

Quali massimali

€ 25.000,00 per sinistro e per Assicurato senza limite annuo. Se più Assicurati vengono coinvolti nel medesimo sinistro il massimale è pari a € 150.000,00 per sinistro. Possibilità di elevare i massimali sino a € 100.000,00 per sinistro con integrazione a proprio carico.

L'aumento del massimale può essere attivato tramite la seguente procedura:

- 1 Accedere all'apposita Sezione del Portale ANAAO (www.anaao.it) e cliccare sull'apposito pulsante
- 2 Il link rimanderà all'apposita Sezione del Sito della Mor-

ganti Insurance Brokers dal quale sarà possibile scaricare il Modulo di Adesione, nonché la documentazione informativa

3 Compilare il Modulo di Adesione, stamparlo e ritornarlo datato e firmato, via fax o scansionato via e-mail, alla Morganti Insurance Brokers

4 La copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di valuta indicato nella disposizione di bonifico, secondo le indicazioni contenute nel Modulo di Adesione stesso

5 Al completamento delle attività, gli Assicuratori rilasceranno i certificati di assicurazione individuali

Peculiarità della copertura

- Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzionali
- Retroattività 24 mesi per la Difesa Penale
- Garanzia Postuma 12 mesi
- Difesa Penale per imputazioni dolose, salvo l'obbligo di rifondere a ROLAND quanto da essa anticipato in caso di sentenza di condanna passata in giudicato
- Patteggiamento ex art 444 ss. c.p.p.
- Conciliazione e Mediazione
- Decreto di archiviazione
- Difesa da richieste di risarcimento ai sensi dell'art. 1917 del c.c. (ad integrazione della polizza di RC)
- Vertenze individuali inerenti il proprio contratto di lavoro, sia esso privato che pubblico a primo rischio
- Chiamata in causa della compagnia di RC
- Difesa Penale nell'ambito della circolazione stradale
- Opposizioni avverso sanzioni amministrative ex. d.lgs 81/2008 (codice sicurezza); d.lgs.196/03 (codice privacy), d.lgs. 152/06 (codice ambiente)
- Avvocato di libera scelta senza alcuna limitazione territoriale
- Consulente di parte di libera scelta senza alcuna limitazione territoriale



LA PRESENTE SCHEDA PRODOTTO HA VALORE INDICATIVO E NON SOSTITUISCE IN ALCUN MODO LE CONDIZIONI CONTRATTUALI INDICATE NELL'ORIGINALE DI POLIZZA.

"MODULO DI ADESIONE"

Convenzione ad adesione volontaria - Polizza Tutela Legale - Il rischio

Il presente Modulo di Adesione forma parte integrante della Polizza di assicurazione nr. 4666

Cognome e nome _____ Nr. Iscrizione ANAAO _____
 Data effetto iscrizione ANAAO _____
 Codice Fiscale / Partita IVA _____ Via _____ CAP _____ Prov _____
 Residente a _____
 Specializzazione Medica _____ c/o Ente Ospedaliero _____
 Telefono _____ Fax _____ e.mail _____ Cell _____
 Decorrenza dalle ore 24.00 del _____ Scadenza 01/01/2012
 (v. avvertenze e obblighi)

DATI PERSONALI

Tutela Legale - Il rischio

- OPZIONE 1 - Massimale in eccesso al limite per sinistro art. 1 Condizioni Particolari € 25.000,00**
- Premio annuo lordo € 50,00
Premio lordo alla firma € 50,00
- OPZIONE 2 - Massimale in eccesso al limite per sinistro art. 1 Condizioni Particolari € 50.000,00**
- Premio annuo lordo € 70,00
Premio lordo alla firma € 70,00
- OPZIONE 3 - Massimale in eccesso al limite per sinistro art. 1 Condizioni Particolari € 75.000,00**
- Premio annuo lordo € 90,00
Premio lordo alla firma € 90,00

PRESTAZIONI PRESCELTE

Pagamento del premio

Il pagamento del premio è stato corrisposto mediante bonifico bancario a:

MORGANTI INSURANCE BROKERS SRL

IBAN: IT49 E05696 22900 000003074X10 - Banca Popolare di Sondrio - Sede di Lecco

Causale: nome, cognome, soluzione prescelta
Allegare alla presente disposizione di bonifico

PAGAMENTO

Leggere con attenzione

- 1 Il presente modulo è necessario per poter aderire alla Polizza
 - 2 La copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di valuta indicato nella disposizione di bonifico a condizione che lo stesso pervenga effettivamente quel giorno a Morganti Insurance Brokers Srl
 - 3 Alla presente Polizza possono aderire solo ed esclusivamente gli Associati regolarmente iscritti ad ANAAO ASSOMED
- Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 1892 ss.c.c.:

- che non ha avuto, negli ultimi tre anni - né sono in corso - procedimenti Penali a suo carico
- che non ha avuto, negli ultimi tre anni - né sono in corso - vertenze di lavoro o richieste di risarcimento danni nei suoi confronti
- di non essere a conoscenza di atti o fatti che possano o abbiano potuto determinare l'insorgenza del caso assicurativo

AVVERTENZE E OBBLIGHI

La Conferenza Stato Regioni raggiunge l'accordo sulla suddivisione del Fsn 2011

Il Riparto taglia il traguardo

Accordo raggiunto, dopo continui stop and go, tra Governo e Regioni sul riparto del Fondo sanitario 2011. Una torta di 106 miliardi, 800 milioni e 300 mila euro sulla quale si è giocato il 20 aprile scorso un primo importantissimo round tra Governo e Regioni (e soprattutto tra le regioni del Nord e quelle del Sud che avevano puntato sull'introduzione del criterio della deprivazione sociale) che hanno convenuto su come spartirsi la fetta più consistente dei fondi, quella non vincolata, pari a 104.380.906.387 euro. La differenza è costituita dai fondi finalizzati e vincolati per un totale di circa 2,4 miliardi di euro.

Il secondo round si giocherà sul come suddividersi gli importi, pari a circa 1,3 miliardi, relativi alla mobilità sanitaria interregionale, mentre un terzo possibile round è appeso alla decisione del Governo di coprire o meno il gettito del ticket di 10 euro sulle prestazioni specialistiche, la cui copertura arriva solo fino al 30 maggio, versando alle Regioni altri 486,50 milioni di euro come promesso nel Patto per la Salute. Insomma, la palla passa di nuovo a Tremonti, che dovrà chiarire se e quando metterà sul piatto questi fondi e se scongiurerà il pagamento dei ticket sulle prestazioni specialistiche già a partire, come abbiamo visto, dal prossimo 1 giugno.

In attesa di conoscere come andrà a finire la partita è interessante la lettura della proposta di delibera per il Cipe, predisposta dal Ministero della Salute il 19 aprile scorso, sulla quale le Regioni hanno operato con la "lima" della politica per rimodulare le singole assegnazioni regionali, arrivando a quell'accordo che costituirà la nuova base di cal-

Dopo mesi di estenuanti tira e molla le Regioni e il Governo hanno trovato l'accordo su come ripartire i fondi 2011 per il Ssn. In tutto oltre 106 miliardi di euro. Ancora da distribuire le quote per la mobilità sanitaria interregionale. Resta inoltre l'incognita sulla copertura del Governo di ulteriori 486,5 milioni necessari a scongiurare il ripristino del ticket sulla specialistica dal 1 giugno prossimo

colo per il riparto definitivo, una volta definite le quote di mobilità, in attivo o passivo, spettanti alle singole Regioni. Nella proposta della Salute (da considerare solo per i cri-

teri e non per le tabelle poi modificate a seguito dell'esame delle Regioni) sono infatti illustrati tutti i passaggi che hanno portato alla determinazione del fondo 2011 ed

anche i criteri di riparto usati (al netto della citata "limatura" delle Regioni), per ogni branca di assistenza. In particolare è stato usato il parametro della popolazione

non pesata per distribuire il 5% delle risorse destinate alla prevenzione, mentre per il riparto del 51% delle risorse per l'assistenza distrettuale si è usato un mix tra non pesata e pesata, come per l'ospedaliere alla quale è andato il 44% delle risorse disponibili.

IL RIPARTO PER ETÀ PENALIZZA IL SUD CHE "PERDE" PER STRADA 681 MILIONI DI EURO

Un altro aspetto da considerare, sempre al netto della mobilità sanitaria che inciderà ulteriormente sui totali, è quello di quanto, in soldoni, hanno ottenuto a livello pro capite le singole Regioni (tabella 1). La media pro capite nazionale è di un finanziamento pari a 1.730 euro, con picchi in Liguria di 1.866 euro (che è l'unica a superare la soglia dei 1.800 euro) cui fa riscontro la Campania con soli 1.673 euro pro capite.

Una differenza che trova spiegazione nel criterio della popolazione pesata che premia le Regioni più "anziane" a discapito di quelle con popolazione più giovane. Tra questi due picchi, si collocano sopra i 1.750 euro procapite: Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Molise. Subito dopo, al di sopra la soglia dei 1.700 euro: Abruzzo, Valle d'Aosta, Basilicata, Sardegna, Lombardia, Veneto, Lazio, Trento e Calabria. Infine, sotto i 1.700 euro: Sicilia, Puglia e Bolzano.

Complessivamente (tabella 2), al Nord è andato il 46,18% delle risorse a fronte di una popolazione pari al 45,73% del totale italiano, al Centro il 19,86% delle risorse su una popolazione pari al 19,67% e al Sud (comprese le Isole) il 33,95% a fronte di una popolazione meridionale pari al 34,60. Ciò vuol dire che, al netto della mobilità sanitaria che storicamente ha sempre penalizzato il Sud, già oggi le Regioni del Nord hanno avuto 485 milioni in più in proporzione alla loro popolazione. Il Sud, al contrario, ha avuto 678 milioni in meno, mentre il Centro si è aggiudicato 193 milioni in più rispetto alla quota capitaria secca.

Tabella 1- Il riparto 2011 per Regione e per quota pro capite

Regione	Quota riparto 2011* Euro	Quota pro capite** Euro
Piemonte	7.862.042.000	1.768
Valle d'Aosta	221.985.287	1.736
Lombardia	16.972.121.580	1.727
P.A. Bolzano	847.255.705	1.683
P.A. Trento	899.079.267	1.713
Veneto	8.459.356.257	1.722
Friuli Venezia Giulia	2.187.800.839	1.773
Liguria	3.015.226.812	1.866
Emilia Romagna	7.741.748.671	1.761
Toscana	6.614.542.479	1.773
Umbria	1.592.607.863	1.768
Marche	2.743.452.885	1.759
Lazio	9.779.898.142	1.721
Abruzzo	2.333.343.482	1.743
Molise	567.643.811	1.773
Campania	9.745.762.549	1.673
Puglia	6.920.990.774	1.645
Basilicata	1.019.438.171	1.731
Calabria	3.435.931.958	1.710
Sicilia	8.549.279.757	1.695
Sardegna	2.871.398.100	1.717
ITALIA	104.380.906.387	1.730

Note

* Fabbisogno finale ante mobilità sanitaria, con 347,5 milioni di euro copertura ticket (gennaio-maggio 2011) e 70 milioni di euro fondo riequilibrio di solidarietà delle Regioni
** Popolazione Istat al 1 gennaio 2010

Tabella 2 - Confronto tra risorse assegnate e popolazione residente per grandi aree geografiche

Aree geografiche	% delle risorse su totale ripartito	% abitanti su totale Italia	Differenza assegnazioni rispetto alla quota procapite secca (mln. Euro)
Nord	46,18	45,73	+ 485
Centro	19,86	19,67	+ 193
Sud e Isole	33,95	34,60	- 678

Fonte: elaborazione Quotidiano Sanità su dati Regioni e Istat

LE OSSERVAZIONI SULL'ATTO DI INDIRIZZO ALL'ARAN predisposto dalla funzione pubblica

Le nuove relazioni sindacali E LE FOBIE DI BRUNETTA

“Evidentemente il Ministro Renato Brunetta soffre di una grave fobia nei confronti delle organizzazioni sindacali visto che continua, imperterrito, la sua opera di marginalizzazione delle rappresentanze dei lavoratori, delineando una pubblica amministrazione che procede sulla strada dell'efficienza senza subire i fastidiosi rallentamenti determinati da forme, evidentemente da lui ritenute anacronistiche, di partecipazione sindacale. Se tutto ciò avesse determinato un effettivo aumento dell'efficienza della pubblica amministrazione non muoveremmo alcuna critica e, come sempre, continueremmo a dare il nostro contributo fattivo, ma purtroppo assistiamo alla progressiva perdita di diritti, peraltro costituzionalmente garantiti, e al conseguente inevitabile peggioramento del clima lavorativo nelle aziende e negli uffici pubblici, senza veder crescere la tanto agognata produttività”. È questo il giudizio secco dell'Anaa Assomed alla bozza di Atto di indirizzo all'Aran relativa alle “nuove” relazioni sindacali, elaborata dal Dipartimento della Funzione Pubblica, che conferma gli intenti negativi messi in atto dalla Fp, e denuncia “una pericolosa, quanto sterile, schizofrenia tra le dichiarazioni di principio e le decisioni assunte”. (La bozza dell'atto di indirizzo è consultabile sul sito internet www.anaa.it)
“In premessa, infatti, – sottolinea l'Anaa – viene attribuito alle modifiche introdotte con il DLgs. 150/2009 la capacità di realizzare relazioni sindacali ‘tali da determinare nei luoghi di la-

Il ministro Brunetta continua, imperterrito, la sua opera di attacco alle relazioni sindacali e di marginalizzazione dei diritti dei lavoratori. Tutto in nome del recupero di una efficienza che per il momento resta solo un annuncio



voro le condizioni confacenti agli obiettivi generali dell'economia, perseguendo l'incremento dei redditi dei cittadini, delle imprese e degli stessi dipendenti pubblici attraverso la spinta alla competitività, all'innovazione, alla flessibilità produttiva’. Poi

in realtà il documento ribadisce che ‘sono escluse dalla contrattazione collettiva le materie attinenti all'organizzazione degli uffici, quelle oggetto di partecipazione sindacale, quelle afferenti alle prerogative dirigenziali, la materia di conferimento e

della revoca degli incarichi dirigenziali, nonché quelle di cui all'articolo 2, comma 1, lett. C) della legge 23 ottobre 1992, n. 421’. Mentre in Italia assistiamo a tale clamoroso ridimensionamento, a colpi di decreti legislativi, della partecipa-

zione sindacale, nel Regno Unito, ed in particolare a proposito del Servizio Sanitario (il National Health System), proprio in conseguenza delle stesse dichiarate esigenze di efficienza gestionale si è deciso poche settimane fa di affidare ai Medici ancora maggiori ambiti decisionali, rendendoli responsabili di un budget vero, prevedendo incentivi nel caso in cui riescano ad ottenere un uso più razionale delle “scarse” risorse disponibili. Se fossimo ritenuti da questo Governo interlocutori degni di avanzare proposte, chiederemmo di investire di più sulla competenza gestionale dei Dirigenti Sanitari. Quindici anni di aziendalizzazione hanno formato una classe di dirigenti consapevoli dei risultati economici delle proprie scelte cliniche ed organizzative; è giunto il momento di metterci alla prova affidando anche ai medici ospedalieri un budget “vero”; responsabilizzandoli sui risultati complessivi di gestione, prevedendo incentivi che non turberebbero i sonni di Tremonti in quanto sarebbero in relazione ad essi”.

“Sappiamo che il nostro appello non sarà ascoltato – ha concluso l'Anaa – molto meglio fare riforme radicali solo nei comunicati stampa che non intaccano il potere dei politici e dei loro bracci armati; riforme che basano la loro efficacia su draconiane riduzioni dei costi, senza farsi carico dei rischi di ridimensionamento della qualità dell'assistenza che inevitabilmente si determineranno quando non basteranno più i sacrifici a cui quotidianamente gli operatori sanitari si sottopongono, nonostante il ministro Brunetta ed i suoi tanto amati decreti legislativi”.

ANAAO ASSOMED LOMBARDIA SULLA CARENZA DEI MEDICI

Trasformiamo il contratto di formazione lavoro in contratto a tempo determinato

L'ANAAO ASSOMED per prima ha sollevato il problema della prossima carenza di medici, frutto della gobba demografica e del peggioramento delle condizioni economiche e di lavoro, e del suo impatto negativo sulla tenuta del sistema sanitario. E da tempo ha denunciato l'insufficienza quantitativa e qualitativa di un modello formativo ancorato alle logiche delle Facoltà di Medicina che, in spregio di leggi e necessità di sistema, di fatto esclude il Ssn e le competenze dei suoi professionisti.

“Occorre – ha commentato il Segretario Anaa Assomed della Lombardia, Massimo Bocca – anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latente o manifesta e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più giovani. Aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea, come è allo studio in Lombardia, non risolve, però, il problema se è vero, come è vero, che la strozzatura è data dalla previsione del titolo di specializzazione come requisito d'accesso al sistema. Inoltre richiede di farsi carico dell'aumento delle necessità didattiche coinvolgendo il Ssn anche nella formazione pre-laurea. La soluzione vera – ha aggiunto Bocca – è la trasformazione del contratto di formazione lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e l'inserimento dei giovani a pieno titolo nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani e quello dei sistemi sanitari”.

IL PARERE DELLA COSMED sullo schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013

PREMESSA

Lo schema di Piano Sanitario Nazionale previsto per il 2011-13 presenta numerosi aspetti condivisibili e si propone finalità ed azioni utili al miglioramento del Servizio sanitario nazionale.

Appare positivo il metodo della concertazione "strumento facilitatore dell'incontro delle responsabilità e delle risorse" nonché il coordinamento con la Conferenza delle Regioni.

Del resto il governo di un sistema complesso quale quello sanitario non può prescindere da un forte coordinamento nazionale delle diverse realtà regionali, specie dopo la devoluzione alle Regioni dell'organizzazione sanitaria, né dal contributo degli operatori, medici e dirigenti sanitari in particolare, che non devono essere emarginati e devono poter sviluppare, in autonomia, quel governo clinico delle strutture, da tutti auspicato, ma che non trova adeguato e coerente riscontro sia negli atti normativi che nella abituale pratica di governo delle strutture sanitarie. Si condivide la necessità di un rilancio della prevenzione come scelta strategica, prevenzione che non può essere solo sanitaria, dato che i soggetti interessati appartengono ad amministrazioni diverse (Ssn, Arpa, province e comuni) che richiedono un forte coordinamento e integrazione.

Fondamentale appare la problematica della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro che richiede specifici investimenti nonché il coinvolgimento di diversi soggetti e, in particolare, la valorizzazione del ruolo sanitario dell'Inail le cui attività andranno integrate con quelle del Ssn. Risulta necessaria una politica sulla sicurezza delle strutture che devono rispondere a precisi requisiti strutturali ed organizzativi, con investimenti sia per l'edilizia sanitaria che per l'ammmodernamento e la sicurezza delle apparecchiature.

La sicurezza delle cure richiede necessariamente una dotazione organica quantitativamente adeguata, capace di assicurare il rispetto della nor-

PSN



IRREALIZZABILE

SE NON SI INTERVIENE SU FINANZIAMENTO, POSTI LETTO, LISTE D'ATTESA E PERSONALE

Sono numerosi gli aspetti positivi contenuti nel nuovo Psn 2011-2013 che aspetta solo il via libera del Presidente della Repubblica per tagliare il traguardo. Tuttavia, per la Cosmed sarà difficile raggiungere gli obiettivi prefissati nel Piano se non si interviene su quattro temi fondamentali: finanziamento del sistema, carenza di posti letto, liste di attesa e risorse umane

mativa europea sull'orario di lavoro, nonché della presenza di specifiche figure specialistiche e di strutture in grado di fornire prestazioni adeguate ed appropriate. Sarebbe utile se il piano cominciasse a delineare livelli essenziali organizzativi che le Regioni devono essere in grado di assicurare per la erogazione delle prestazioni sanitarie. In tal senso va inquadrata anche la proble-

matica dei piccoli ospedali e della loro riconversione, secondo modelli di intensità di cura compatibili con le risorse umane e strumentali disponibili. Si segnala peraltro che in questi anni alla chiusura dei piccoli ospedali pubblici è corrisposto un incremento di piccoli ospedali privati, accreditati in numero crescente e inseriti nella rete ospedaliera, in evidente controtendenza con

gli orientamenti generali. Per quanto riguarda la riabilitazione si condivide la necessità di un percorso riabilitativo unico con riferimento a prestazioni sanitarie e assistenziali con una reale integrazione tra il Ssn e gli enti di previdenza e assistenza (Inail ed Inps in particolare) mentre lascia perplessi l'ipotizzata compartecipazione alla spesa da parte del cittadino "per la par-

te non sanitaria". La ricerca biomedica trova due ostacoli principali: la spesa per la ricerca troppo bassa e la fuga dei cervelli per cui le proposte elaborate risultano più un'ipotesi che un vero e proprio piano. Importante è l'attenzione sui dispositivi medici e la loro sicurezza. Appare necessario implementare le competenze tecniche proprie delle aziende sanitarie che devono esse-



Le osservazioni della Cosmed sull'accordo per il rinnovo delle Rsu

Vigiliamo sul rinnovo delle rappresentanze sindacali

L'ACCORDO SULLE ELEZIONI DELLE RSU RAGGIUNTO L'11 APRILE NON INTERESSA LA DIRIGENZA MEDICA, MA COSTITUISCE COMUNQUE PER LA CONFEDERAZIONE UN SEGNALE POSITIVO PER RIPRISTINARE IL REGOLARE RINNOVO DELLE RAPPRESENTANZE SINDACALI

È STATO RAGGIUNTO in Aran l'11 aprile l'accordo per il rinnovo delle Rsu che prevede le elezioni per il prossimo 5 marzo 2012. Si voterà con i nuovi comparti accorpati se si raggiungerà tra Aran e le Confederazioni generali un accordo entro novembre 2011, in caso contrario si voterà con gli attuali comparti. La Cosmed non era presente alla riunione in quanto non interessata alle Rsu, organismo peraltro non previsto per la dirigenza, tuttavia ha espresso le sue osservazioni in merito. "Va segnalato che mentre le Rsu non ci riguardano direttamente - rileva la

Confederazione - l'accorpamento delle aree e dei comparti ci coinvolge pienamente in quanto interesserà l'articolazione della contrattazione della dirigenza. È positivo che la trattativa sulle aree e comparti non sia più subordinata alla questione delle Rsu che ne ha condizionato lo svolgimento e che possa svolgersi liberamente come più volte affermato da Cosmed. È altresì auspicabile che le rappresentanze sindacali possano essere rinnovate secondo scadenze regolari, come previsto dalla normativa, con rilevazioni delle deleghe entro l'ultimo anno di vigenza

contrattuale ovvero dicembre 2011-gennaio 2012 (per la dirigenza) e con rilevazioni di deleghe e Rsu per i comparti. Dovrebbe in tal modo essere ripristinata la regolare determinazione delle rappresentanze sindacali, a tutt'oggi congelata alla rilevazione del 2006 in seguito ad interventi legislativi che hanno prorogato le rappresentanze esistenti fino al 2012. La democrazia sindacale esige tempi certi per lo svolgimento delle rilevazioni che esprimono la volontà dei lavoratori e determinano le rappresentanze ai tavoli negoziali".

re in grado di esprimere valutazioni autonome sugli impianti e le attrezzature delle aziende senza subalternità e condizionamenti da parte dai fornitori. In tal senso andranno sviluppate adeguate e autonome competenze di ingegneria clinica.

Non possiamo non evidenziare e apprezzare un livello di attenzione e di dettaglio finalmente adeguati per le politiche di Prevenzione in generale e per la Sanità pubblica veterinaria in particolare con lo specifico richiamo alle logiche di filiera e agli aspetti legati a una politica della prevenzione sempre più mirata e legata a una corretta analisi del rischio.

La sicurezza alimentare dovrà essere parte di un sistema in cui oltre ai Lea siano garantiti dei livelli organizzativi minimi che ci consentano di certificare la salubrità delle nostre produzioni tipiche, sia di continuare a garantire una risposta professionale ed uniforme alle emergenze sanitarie. Lo scenario globale internazionale richiede inoltre maggiori investimenti nel campo della profilassi internazionale e della sicurezza alimentare delle merci. La ricostituzione del ministero della salute è un fatto estremamente positivo, ma il nuovo Ministero dovrà valorizzare le proprie funzioni sanitarie integrandole con il servizio sanitario nazionale anche a garanzia di uniforme erogazione dei Lea su tutto il territorio nazionale. In tal senso andrà completata la riforma del ministero della Salute, portando a termine l'inquadramento giuridico del suo personale sanitario e il superamento del precariato.

In definitiva si concorda pienamente sulla validità del modello di sistema sanitario pubblico del nostro Paese, riconosciuto a livello internazionale come uno dei migliori in termini di accessibilità, equità e sostenibilità economica, così come si rende indispensabile un recupero di consenso da parte dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Infatti, la qualità percepita del sistema, che per parte sua negli ultimi anni sembra assestato in una mediocre stabilità, è assai inferiore rispetto a quella scientificamente riconosciuta, come dimostrano le ricerche di settore in tema

di aumento della sfiducia dei cittadini verso il sistema ed i suoi attori.

Il principale obiettivo di un sistema sanitario resta l'efficacia e la capacità di soddisfare i bisogni essenziali su tutto il territorio nazionale, in maniera tale da evitare di declinare il diritto alla salute, che è diritto di cittadinanza, in funzione del luogo in cui ci si trova a vivere. Le pur legittime esigenze di contenimento della spesa non devono produrre fenomeni di razionamento incardinati in logiche economiche. La tutela della salute delle persone resta la più razionale forma di investimento in una società evoluta e deve costituire una delle priorità nell'agenda politica del Paese.

Questa Confederazione, pur riconoscendo la validità complessiva dell'impianto proposto, ritiene che il raggiungimento degli obiettivi sia di difficile realizzazione soprattutto in termini di soddisfazione degli utenti se non si interviene su quattro temi fondamentali:

1. Il finanziamento del sistema
2. La carenza di posti letto
3. Le liste di attesa
4. Le risorse umane

1 FINANZIAMENTO DEL SISTEMA

La spesa sanitaria pro capite negli ultimi 50 anni è costantemente aumentata in tutti i Paesi dell'Ocse, non vi è Paese che non incrementi ogni anno la spesa sanitaria dell'anno precedente (con due sole eccezioni negli ultimi 50 anni riferiti all'Islanda nel 2005 e 2006 e all'Ungheria nel 2007).

Nel 2007 la spesa sanitaria complessiva pro capite negli Usa ha raggiunto i 7.290 dollari pro-capite, contro i 2686 dell'Italia (cfr. Oecd Health Data 2009).

I dati dell'ultimo rapporto Ocse dimostrano ancora una volta come i servizi sanitari pubblici risultano molto meno costosi rispetto ai sistemi privatistici. Inoltre i servizi sanitari pubblici ottengono risultati migliori in termini di accessibilità e di efficacia delle cure e in termini di salute, mortalità evitabile, concorso al prolungamento della vita media di tutta la popolazione.

Va quindi ribadita la scelta di

fondo del servizio sanitario pubblico respingendo la tentazione di "collocare sul mercato" il bene salute, moderando approcci ideologici che tendono a ricondurre la sanità a logiche di "libero mercato".

Il recente rapporto Istat 2011 analizza la spesa sanitaria pubblica dell'Italia nel contesto europeo e conclude che: "la spesa sanitaria pubblica italiana è molto inferiore rispetto a quella di altri importanti paesi europei. A fronte dei circa 2.200 dollari per abitante in parità di potere d'acquisto spesi in Italia nel 2008, poco più della spesa sostenuta dalla Spagna, il Regno Unito destina quasi 2.600 dollari, mentre la Francia e la Germania sfiorano i 2.900 dollari pro capite".

Lo stesso rapporto ricorda che oltre il 20% della spesa sanitaria totale è sostenuta dalle famiglie, in analogia con quanto accade in Francia e Germania e in percentuale maggiore

del Regno Unito.

Il sottofinanziamento del servizio sanitario pubblico è tanto più grave nel nostro Paese ove si consideri:

- l'alta percentuale di anziani presente nel nostro Paese
- la scarsa spesa pubblica per prestazioni assistenziali il basso livello delle pensioni (importo medio 10219 euro annui)
- l'alto livello di disoccupazione
- l'assenza di un efficace e diffuso "secondo pilastro" di assistenza sanitaria integrativa.

A causa dello scarso incremento del sistema sanitario, numerose Regioni presentano deficit sanitari, sebbene le Regioni stesse destinino alla spesa sanitaria più del 80% dei loro bilanci. Sono ormai 15 le Regioni che presentano deficit da ripianare oltre a quelle storicamente deficitarie e soggette a commissariamento.



Spesa sanitaria procapite nei paesi Ocse a parità di potere di acquisto (Dollari Usa)

Paesi	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004
Australia	90		644	1203	2271	2402	2573	2672	2865
Austria	77	196	783	1618 b	2824	2874	3057	3200	3392
Belgium		150	643	1357	2377	2484	2685	3059 b	3272 e
Canada	125	301	780	1738	2516	2734	2876	3066	3220
Czech Republic				559	980 b	1082	1195	1339 b	1387
Denmark			896	1544	2378	2521	2696	2832 b	3055
Finland	63	185	571	1366	1853	1967	2144	2254	2459
France	69	194	668	1449	2542	2718	2922	2985	3115
Germany		269	971	1768	2671	2808	2937	3088	3160
Greece		161	491	853	1449 b	1755	1965	2029	2092
Hungary					852	970	1114	1284 b	1305
Iceland	57	175	755	1666	2736	2845	3156	3196 b	3335
Ireland	43	117	513	791 b	1805	2128	2367	2521	2753
Italy				1359	2052	2214	2223	2271	2399
Japan	30	152	585	1125	1967	2080	2137	2224	2337
Korea			107	357	809	951	997	1068	1155
Luxembourg					2553	2737	3081	3580 b	4080
Mexico				296	508	551	584	629	670
Netherlands			728	1416	2337	2555	2833	3099 b	3310 e
New Zealand		215	509	990	1605	1708	1842	1846	2049
Norway	49	144	668	1369	3039	3265	3629	3837	4079
Poland				289	583	642	733 b	748	808
Portugal		48	276	636	1509 b	1568	1657	1823	1912
Slovak Republic					603	665	730	792	1058 b
Spain	16	95	363	872	1536	1636	1745	2017 b	2126
Sweden		312	946	1596	2283	2508 b	2697	2829	2950
Switzerland	166	346	1017	2033	3217	3428	3673	3779	3938
Turkey			70	155	432	456	483	502	576
United Kingdom	84	160	470	963	1833	2003	2190	2324	2557
United States	149	356	1091	2810	4704	5053	5453	5851	6194

Legenda: b=Break in series e=Estimate

I deficit sanitari regionali producono inoltre un blocco del turnover indiscriminato che rischia di compromettere la presenza in servizio di figure specialistiche sanitarie indispensabili per assicurare con i necessari requisiti di professionalità i livelli essenziali di assistenza.

Occorre pertanto un rapido rifinanziamento se si vuole mantenere standard tecnologici e professionali adeguati, riconoscendo alla sanità pubblica quel ruolo prioritario che le compete in termini di qualità della vita e di sviluppo umano.

2 POSTI LETTO OSPEDALIERI

Il recente rapporto Istat "Noi Italia 2011" dedica giustamente un intero capitolo alla ormai acclarata carenza di posti letto ospedalieri sintetizzata nel titolo: "l'offerta di posti letto ospedalieri continua a diminuire ed è al di sotto del valore medio dell'Unione europea". In fatti nel 2008 a fronte di un numero di posti letto medio nell'unione europea di 5,6 posti per 1000 abitanti l'Italia disponeva di soli 3,7 posti per mille abitanti. La nazione con il maggior numero di posti letto risultava la Germania con 8,2 posti letto per mille abitanti con l'Italia al 24° posto (si veda allegato rapporto Istat). L'Italia inoltre è l'unico Paese europeo che ha dimezzato dal 1990 a oggi la dotazione di posti letto che era di 7,2 per mille nel 1990 e di 6,2 nel 1995. E' convinzione diffusa, come trapela anche da alcune affermazioni contenute nel piano, che la riduzione dei posti letto coincida con la riduzione

del deficit sanitario. Tutto questo è contraddetto dal fatto che tra le Regioni con il maggior numero di posti letto troviamo l'Emilia Romagna e il Trentino (entrambe con 4,2 posti letto per mille abitanti) regioni notoriamente virtuose e in equilibrio di bilancio, mentre tra le Regioni con il minor numero di posti letto troviamo Campania e Calabria (rispettivamente con 3,1 e 3,2 per mille) che risultano tra le più indebitate.

La carenza di posto letto rende drammatica la condizione dei pronto soccorso ospedalieri, specie metropolitani, con lunghi periodi di attesa in barella nelle strutture di emergenza. Si tratta di una vera e propria emergenza sociale che crea gravi disagi ai pazienti e disaffezione dei cittadini nel servizio sanitario pubblico, oltre che una lesione dei diritti del malato e un grave pregiudizio alla serenità e alla sicurezza delle cure.

Stupisce che proprio in un Paese con una elevata percen-

tuale di anziani, spesso soli ed in condizioni di disagio economico, si persegua una riduzione dei posti letto. Si tratta di una evidente stortura del sistema a finanziamento mediante Drg che rende necessario ridurre i posti letto per calmierare la produzione degli stessi Drg che costituiscono la base di calcolo della spesa ospedaliera. L'introduzione della contabilità a Drg ha poi spostato nel tempo risorse dalle competenze sanitarie a quelle amministrative in modo significativo. Ad una riduzione drammatica dei posti letto dei posti letto passati dal 2002 al 2007 da 4,3 a 3,7 posti per mille abitanti con una riduzione di oltre 23 mila posti letto (-14%) non ha fatto seguito una significativa riduzione del numero di strutture (ridotte da 1286 a 1197 con un calo del 6,9%), che risultano dotate mediamente di 185 posti letto. Una logica di tagli lineari che rischia di trasformare l'intera rete ospedaliera in piccoli ospedali, in contra-

sto con gli orientamenti sanitari universalmente riconosciuti. Si sta inoltre sviluppando un orientamento quasi di contrapposizione tra ospedale e territorio che non tiene conto di come, storicamente, l'ospedale appartenga al territorio e trova radicamento nel territorio stesso.

L'ospedale nel tempo ha arricchito l'offerta di servizi di tipo ambulatoriale, superando una esclusiva attività di ricovero mettendo al servizio del territorio sia le competenze specialistiche che gli strumenti diagnostici di cui dispone. Esiste inoltre il fondato sospetto che ai tagli alla spesa ospedaliera non corrisponda un altrettanto potenziamento territoriale. Del resto nonostante i progressi della medicina territoriale restano alcuni nodi scoperti sul territorio: la copertura h 24 dei servizi di base, la difficoltà di una risposta integrata tra valutazione clinica ed accertamento diagnostico strumentale e di laboratorio, la possibilità di una valutazione plurispecialistica. A dimostrazione di tali difficoltà vi è l'evidenza di un sempre maggiore ricorso dei cittadini alle strutture di pronto soccorso che si contrappone al

trasferimento della spesa dall'ospedale al territorio stesso verificatosi in questo anni: la spesa ospedaliera è infatti inferiore al 50% della spesa totale. Le politiche di integrazione, necessarie ed auspicate devono superare posizioni teorico-ideologiche e confrontarsi con le risorse umane disponibili.

Del resto le cure domiciliari non sono meno costose di quelle ospedaliere se si conteggiano gli oneri che restano a carico delle famiglie. Inoltre l'efficacia delle cure domiciliari è possibile solo in ambienti familiari culturalmente ed economicamente elevati, non certo alla portata di tutti i pazienti specie se anziani, soli e non abbienti. Certamente la domiciliarizzazione delle cure è un obiettivo da perseguire, ma richiede notevoli disponibilità economiche non alla portata attualmente di larghi strati della popolazione.

Questa Confederazione pertanto non può che riaffermare l'importante stato di disagio di cittadini ed operatori per la grave carenza di posti letto, elemento che rischia di pregiudicare in tempi brevi la credibilità e l'efficacia dell'intero sistema sanitario.

3 LISTE D'ATTESA

L'allungamento delle liste di attesa rappresenta un punto critico per la credibilità del sistema. Il rischio è di fornire una risposta tecnicistica, ideologica e inadeguata al fenomeno classificando la grande richiesta di accertamenti clinici, diagnostici e strumentali come per lo più il prodotto di richieste non appropriate. In realtà l'inappropriatezza viene troppo spesso valutata a posteriori, dopo l'accertamento, mentre è assai meno evidente e quantitativamente ridotta se valutata all'inizio dell'iter diagnostico. Le liste di attesa esprimono in realtà un bisogno di salute non soddisfatto e resta incomprensibile per il cittadino la

lunga attesa per effettuare un accertamento prescritto da un medico di fiducia.

Si tratta di uno dei fenomeni che minano la fiducia del cittadino nel servizio sanitario che compromette gravemente la credibilità nel sistema e la soddisfazione dell'utenza. In realtà le liste di attesa sono in buona parte generate dalle scelte di politica e di programmazione della spesa sanitaria.

Le Aziende ospedaliere e sanitarie pubbliche e private non hanno interesse a implementare l'offerta di prestazioni ambulatoriali assai meno remunerative rispetto a quelle correlate al ricovero e alla fatturazione mediante Drg. Lo smantellamento del siste-

ma dell'incentivazione alla produttività e il ricorso sempre più ridotto

alle prestazioni aggiuntive da richiedere al personale sanitario hanno ulteriormente inciso nell'offerta di prestazioni ambulatoriali. In generale, al pari dell'attività di ricovero, le Regioni rispondono ai deficit di bilancio chiedendo una riduzione della produttività e imponendo tetti di produzione per tutte le attività, tale fenomeno è più marcato in quelle organizzazioni dove si è verificato lo scorporo tra le funzioni di governo della spesa e le strutture deputate all'erogazione dei servizi fino ad assumere un ruolo di committente da parte delle Aziende sanitarie nei confronti delle aziende ospedaliere deputate alla produzione.

In realtà l'attività ambulatoriale è resa economicamente

PSN
2011-2013
IL PARERE
DELLA
COSMED

sconveniente in quanto gravata da ticket che non costituiscono entrata aggiuntiva, ma che vengono sottratti al finanziamento ordinario delle attività sanitarie, ciò rende le tariffe di rimborso nettamente inferiori ai costi sostenuti per erogare la prestazione. Di fatto incrementare l'attività ambulatoriale determina un incremento del deficit nonostante l'aumento di produzione.

Per converso il ticket è in grado di coprire parte significativa della spesa sostenuta, in definitiva il cittadino in questo sistema non riesce a trovare prestazioni tempestive anche in presenza di un'ampia compartecipazione alla spesa. Di fatto le risorse ricavate dai ticket costituiscono anticipazione di finanziamento per tutte le attività sanitarie e non per implementare le attività ambulatoriali.

Infine va flessibilizzata con opportuni incentivi l'offerta di prestazioni ambulatoriali, considerato che il costo del ticket è solo uno dei costi che le famiglie devono sopportare, a cui si aggiungono gli oneri per l'accompagnamento del paziente in termini di perdita di giornate lavorative. Occorre un'azione specifica nel merito che consenta di evitare il circolo vizioso che si è cercato di descrivere mediante una chiara iniziativa di politica sanitaria:

- trasformare i ticket come risorsa aggiuntiva dedicata all'attività ambulatoriale o comunque non penalizzare le regioni che implementano l'attività ambulatoriale
- incentivare il ricorso a prestazioni aggiuntive per l'abbattimento delle liste di attesa nell'ambito di accordi contrattuali aziendali che coinvolgano non solo de-

4 LE RISORSE UMANE

terminati specialisti, ma tutto il personale mediante un fondo di perequazione

■ estendere ai programmi di abbattimento delle liste di attesa i benefici fiscali e contributivi previsti per l'incremento della produttività (fiscalità di vantaggio per straordinari e raggiungimento di obiettivi) da estendere a tutto il personale sanitario coinvolto incentivazioni per l'erogazione di servizi in orari serali o prefestivi.

Appare indispensabile superare la logica dei tagli finalizzati alla riduzione della spesa ed incentivare la produttività per perseguire un minor costo per unità di prodotto. Per lo meno si incrementerà la spesa sanitaria correlandola alla produttività e alla soddisfazione dell'utenza.

Assai condivisibile appare la preoccupazione per la progressiva carenza di medici che si prospetta nei prossimi anni, risolvibile non già con il prolungamento dell'età lavorativa fino al 70° anno di età o con l'apertura indiscriminata del corso di laurea di medicina, bensì con la trasformazione, almeno a partire dal terzo anno del percorso formativo, del contratto di formazione-lavoro in contratto di lavoro a tempo determinato che consenta, al pari di quanto avviene in tutti i Paesi della comunità europea, un graduale inserimento dei medici specializzandi all'interno delle attività assistenziali. La formazione specialistica del medico, essendo un primario interesse di chi fornisce l'as-

sistenza sanitaria pubblica, non può, infatti, non coinvolgere il Ssn al quale il D.Lgs. 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante vista l'eccessiva lunghezza di tale percorso e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione, che in molte discipline continua a essere lontana dal garantire gli obiettivi formativi previsti dalle indicazioni della Ue.

Un forte rinnovamento dei percorsi formativi, in grado di far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico deve prendere in considerazione nuovi contenuti ove la preparazione teorica sia immediatamente emblematizzata nella attività pratica e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. In tal senso si auspicano coerenti modifiche legislative.

Si ricorda che la carenza di personale laureato coinvolgerà non solo i medici, ma anche i veterinari pubblici, dai dati in nostro possesso risulta che nel prossimo triennio il 35% dei medici veterinari andrà in pensione.

Appare indispensabile un investimento nella formazione specialistica per tutte le professioni sanitarie valorizzando la funzione formativa della dirigenza del Ssn.

La carenza di figure professionali, medici in particolare, nasce non solo dall'approssimarsi della gobba demografica ma anche da un sostanziale peggioramento delle

condizioni di lavoro nelle Aziende sanitarie. Il combinato disposto tra blocco di ogni progressione economica e aumento delle condizioni di disagio lavorativo, stante anche il blocco del turnover ormai generalizzato, in forma latente o manifesta, che priva il sistema di forze giovani e ripartisce tra pochi una mole di lavoro crescente, spinge di fatto i medici fuori dal sistema.

Fattori strutturali e sovrastrutturali determinano una crisi di ruolo in cui sembra smarrirsi la stessa identità professionale. Ma una parte importante è giocata dall'attuale modello di governance delle aziende sanitarie divenuto conflittuale con la posizione di garanzia che il medico è chiamato a svolgere dal codice deontologico e da quello penale.

La recente sentenza della Suprema Corte di Cassazione bene descrive il moderno paradosso del ruolo del medico nelle organizzazioni sanitarie: tanto piccolo e marginale, magari da controllare con sanzioni disciplinari, negli aspetti organizzativi, quanto grande, centrale ed esclusivo nelle sue funzioni di garanzia del cittadino e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali da questo protette.

La cornice legislativa degli assetti organizzativi del Ssn, che non impedisce alla politica di invadere la sfera della sanità né ad certa cultura aziendalista di minimizzare i valori della professione medica, si è tradotta in una rigida catena di comando che tutto ha sacrificato sull'altare del pareggio di bilancio, senza nemmeno raggiungere l'obiettivo, come il dis-

stro dei conti dimostra. Le Aziende Sanitarie si comportano come pure aziende contabili, smarrendo le loro finalità istituzionali, e adottano regole di ingaggio sempre più radicate in un efficientismo gestionale che esercita un controllo pressoché assoluto dei Medici, privi di un coinvolgimento operativo nei percorsi organizzativi, considerati solo come costosi fattori di produzione, generatori di altri costi. Risorse umane nei discorsi ufficiali, costi aziendali da tagliare nella pratica quotidiana. La idea del governo clinico, nata ormai molti anni fa, per reclutare le competenze, le autonomie, le responsabilità e i valori dei professionisti alle logiche ed agli obiettivi del management aziendale, esige un sostanziale cambio di paradigma culturale e politico per contrastare una cultura che nelle organizzazioni sanitarie riduce i Medici alla stregua di macchine banali ed anonime, rinunciando alle loro competenze e professionalità. La sfida della sostenibilità economica, sociale, etica e tecnico-professionale di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace richiede di ri-definire ruolo e responsabilità del Medico, anche attribuendogli reali margini di autonomia e responsabilità per orientare e supportare il management aziendale nelle scelte tecniche. Una governance integrata, che individui procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali e autoritarie, sottraendole al puro rapporto fiduciario con il Dg per valorizzare la valutazione professionale anche ai fini del rinnovo degli incarichi.

Se è l'ora delle risorse umane vanno messe in campo politiche in grado di supportarne la crescita professionale ed il coinvolgimento nei modelli di governance aziendali.



DIRIGENZA MEDICA
Il mensile
dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via XX 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 E SPECIALIZZATA

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 aprile 2011