

CATTIVA POLITICA E PESSIMA AMMINISTRAZIONE STANNO DISTRUGGENDO LA SANITÀ PUBBLICA ITALIANA

FER MIA MOLI



**Il Servizio sanitario nazionale
è una ricchezza per il Paese e
una garanzia per il diritto alla salute.**

INSIEME PER DIFENDERLO E MIGLIORARLO

RIPARTE LA VERTENZA SALUTE PER SALVARE IL SSN

Il tempo delle promesse è finito. I medici ne hanno ricevute fin troppe dalle Istituzioni, mentre di fatti concreti per dare soluzione ai problemi della categoria non c'è traccia. Così continua ad allungarsi la lista delle questioni irrisolte, e i professionisti continuano a pagare per le inefficienze degli altri.

A salire, i soli, sul banco degli imputati quando le pecche del sistema sanitario emergono in tutta la loro gravità. Di questo abbiamo parlato, in un'intervista che pubblichiamo nelle pagine successive, con Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anaa Assomed che ci ha spiegato nel dettaglio perché riparte la Vertenza salute. Un'iniziativa voluta dalla quasi totalità delle organizzazioni sindacali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e amministrativa (Anaa Assomed, Cimo-Asmd, Aaroi-Emac, Fp Cgil Medici, Fvm, Fassid, Fesmed, Sds Snabi, Aupi, Sinafo, Fedir Sanità, Sidirss) che hanno più volte posto all'attenzione del Governo, del Parlamento e delle Regioni alcune questioni centrali per il Ssn e per la sua dirigenza senza ricevere risposte concrete. Anche perché, gli impegni assunti dal Ministro Sacconi in accordo con il Ministro Brunetta, che avrebbero dovuto essere condivisi con le Regioni, non hanno determinato finora alcun risultato.

Sono 10 i punti su cui le organizzazioni sindacali chiedono di intervenire: Patto per la salute; Piani di rientro delle Regioni; federalismo fiscale; legge delega per la riforma della Pubblica Amministrazione e decreti delegati; "rotamazione" della dirigenza del Ssn; governo clinico e proroga attività libero professione intramuraria; rischio clinico; precariato della dirigenza del Ssn; rinnovi contrattuali; rivalutazione economica della indennità di esclusività. I sindacati, che a fronte degli impegni assunti avevano sospeso responsabilmente l'avvio della vertenza salute, in assenza di soluzioni, alcune delle quali proponibili nell'ambito della Finanziaria, avvieranno quindi a stretto giro di posta una mobilitazione, ricorrendo ad ogni forma di protesta consentita.

Sommario |

INTERVISTA A CARLO LUSENTI

Dal Governo tante parole e pochi fatti. I perché della Vertenza Salute
pagine 2-3

GOVERNO CLINICO

La commissione Affari Sociali della Camera licenzia il provvedimento
pagina 4

SANITÀ E POLITICA

Un forum con il viceministro Fazio sui rapporti tra politica e nomine nel Ssn
pagine 8-9

ABRUZZO

Un convegno dell'Anaa Assomed per fare il punto a otto mesi dal terremoto
pagine 11-12

INTERVISTA AL SEGRETARIO NAZIONALE DELL'ANAO ASSOMED



LUSENTI: DAL GOVERNO TANTE PAROLE

E POCHI FATTI

Lo Stato stritola la sanità e chi vi lavora. Provvedimenti punitivi, medici che pagano sulla propria pelle i Piani di rientro mal fatti e nessuna risposta agli allarmi lanciati dalla categoria. L'Anao è pronta ad alzare la voce. E annuncia la riapertura della Vertenza salute

Dottor Lusenti, si riapre la Vertenza salute. E questa volta non farete sconti a nessuno. Cosa sta succedendo? Ci sono tante questioni sul tappeto che ancora non hanno trovato soluzione. Troppe. Questioni che investono pesantemente la categoria medica. E sulle quali non accettiamo più rinvii e dinieghi, anche perché ormai le scuse sono a zero. Iniziamo dalla prima, quella relativa al Patto per la salute. Parto da una premessa: un mese fa abbiamo sospeso l'avvio del-

la vertenza perché avevamo intravisto due segnali positivi, ossia la sottoscrizione del Patto per la Salute tra Governo e Regioni e un'apertura importante da parte del ministro Sacconi verso i medici. La sottoscrizione del Patto l'abbiamo considerata, e continuiamo a considerarla, una buona notizia in quanto contiene elementi di indubbia positività, quali la certezza del finanziamento per il prossimo triennio. Inoltre, alcuni punti inseriti nella prima stesura del Patto stilato dal Governo, e

inizialmente rigettato dalle Regioni, indicati come obiettivi necessari, nel testo attuale sono spariti: peccato fossero questioni nodali per i medici e per le quali reclamiamo soluzioni da noi condivise. L'elenco è lungo: si va dalla contrazione dei posti letto alla riduzione degli organici e degli incarichi di direzione nelle strutture complesse e semplici. Tutti temi di cui non si parla più, o perché accantonati o perché oggetto di una trattativa da cui non vogliamo essere esclusi. E anche sul fronte della soste-

nibilità economica del Servizio sanitario nazionale, tanto caro alla Regioni, c'è un'altra questione che chiamava in causa i medici: quella dei Piani di rientro. Un tema sul quale avremo dovuto assumere un ruolo di interlocutori privilegiati, come ci era stato peraltro proposto proprio dal Ministro Sacconi in uno degli ultimi incontri. Cosa che non è avvenuta. Per cui noi ora stiamo assistendo, nelle Regioni in rosso, a tutto e al contrario di tutto. Sicuramente a qualcosa di inaccettabile. **Si spieghi meglio. Cosa contestate in merito ai Piani di rientro?** Noi non neghiamo la necessità dei Piani di rientro, e tanto meno l'opportunità di una gestione efficiente delle risorse. Neppure abbiamo intenzione di sottrarci, come professioni-

sti, alle nostre responsabilità in questo progetto di risanamento, moralizzazione ed efficienza dei sistemi regionali. Ma ciò che si sta concretamente attuando nelle Regioni è inammissibile: si sta assistendo ad una sorta di macelleria sociale senza alcun confronto con le organizzazioni professionali e con i professionisti. Un altro dei più temuti e pericolosi effetti, poi è che con il blocco del turn over assistiamo alla crescita a dismisura del precariato medico che avvilisce la professione, emargina dal sistema migliaia di medici e minaccia la qualità e la sicurezza del Ssn. **Qualche esempio concreto?** Due, tra i molti che potrei citare. Il primo, quello del Lazio dove non si capisce più cosa sta succedendo. La Regione, nel caos più totale in cui si tro-



fronto serio con le organizzazioni sindacali e con i medici che sarebbero più che disposti a fornire un contributo importante, nella consapevolezza di avere una responsabilità in queste vicende.

Altro nodo particolarmente duro da sciogliere è quello della Riforma Brunetta. Un provvedimento che contestate duramente e sul quale il sindacato si è espresso più volte ...

Certo che lo contestiamo, anche perché come negli altri casi è un provvedimento compiuto al solo fine di dimostrare che il ministro "agisce". Non entro nel merito della Riforma per capire che sia giusta o sbagliata. Ho solo una certezza: questo è un "vestito" tagliato su misura per il Pubblico impiego che non può essere indossato dai medici. Questa Riforma non c'entra nulla con le Aziende sanitarie le quali dipendono dalle Regioni e non dal ministero della Funzione pubblica. Non ha niente a che vedere con noi. Nulla. Nel contempo, però, contiene vari azioni che investono negativamente la categoria: posso citare la rottamazione, la riduzione delle Aree contrattazione, la diatriba sui falsi certificati. Tutti atti che cambiano le regole del gioco a partita aperta senza confronto con i giocatori. È una Riforma scritta intingendo la penna nell'odio per la Pubblica amministrazione, e nella quale noi siamo stati trascinati dentro. È inaccettabile, non ci stiamo.

Insomma, si continua a decidere della vita professionale dei medici, senza ascoltare i medici.

Soprattutto, ci sono state tante promesse, ma pochi fatti.

Absolutamente sì. E un altro caso è quello del Governo clinico. Anche in questo caso tralascio quelli che sono i meriti o gli eventuali demeriti del provvedimento. Il problema è che, alla luce di tutte le obiezioni di costituzionalità mosse dalle Regioni è ancora tutto da vedere se il Ddl decollerà o meno. Peccato che il 31 gennaio prossimo scade la proroga per l'intramoenia allargata, e per quella data è difficile pensare che il testo del provvedimento, che all'articolo 9 disciplina la libera professione, sarà approvato. Conclusione: ancora una volta i medici si ritrovano in mano un pugno di mosche. Per questo abbiamo chiesto al viceministro Fazio che fosse inserita una proroga in Finanziaria, proprio perché non si riesce mai a realizzare, in tempo utile, una legge organica che tenga conto delle esigenze differenziate delle varie realtà territoriali. Non è finita qui. Il provvedimento contiene anche norme sulle nomine dei Dg e dei direttori di struttura complessa sulle quali le Regioni non vogliono si metta bocca. Morale: anche in questo caso il tema resta irrisolto. E prima o poi, e questo normalmente accade in periodi pre-elettorali, si ripartirà con il leit motive dell'interferenza tra politica e sanità. E come al soli-



Carlo Lusenti

Ci sono tante questioni sul tappeto che ancora non hanno trovato soluzione. Troppe. Ora basta. Alle promesse ci abbiamo creduto. Tanto è vero che avevamo sospeso l'avvio della vertenza. Ma le promesse si fanno una volta sola

va, deve dimostrare di fare qualcosa. Cosa? Pressa i Dg delle Aziende, i quali pur di dimostrare che stanno risparmiando e compiendo azioni di razionalizzazione – non sapendolo fare – e avendo bisogno di risultati immediati compiono azioni insensate. Vedi il caso dell'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini dove il manager ha iniziato a mandare lettere di rottamazione, rinunciando a bravissimi professionisti, solo perché deve far vedere che taglia il bilancio.

Altro esempio la Sicilia. Anche in questa Regione – dove l'assessore alla Salute sta peraltro portando avanti con grande scrupolo un lavoro difficilissimo – pur di dimostrare di avere intrapreso un percorso di profondo cambiamento e di realizzare comunque un risparmio, non riuscendo a tagliare il numero delle strutture hanno degradato sul campo i professionisti con funzioni dirigenziali. Tutto questo accade perché non è mai stato aperto un con-

to, sul banco degli imputati finiranno i medici come se fossero loro quelli che non risolvono il problema. Ancora: il rischio clinico. C'è un testo unificato che noi giudichiamo buono anche se migliorabile, quindi se fosse approvato sarebbe sicuramente positivo. Ma anche questo, come tutti i disegni di legge di iniziativa parlamentare è su un binario morto. E noi restiamo con il problema che denunciavamo ormai da tempo infinito: quello della medicina difensiva che non consente ai medici di lavorare in condizioni serene.

Se tocchiamo il tasto della ripresa delle trattative contrattuali?

Fortunatamente non ci sono ostilità preconcepite. Anzi, registriamo positivamente, una disponibilità sia da parte dell'Aran sia delle Regioni. Certo i tempi sono strettissimi anche in vista della prossima stagione elettorale. Sarebbe bene che i Ministri competenti, in primis Sacconi, intervenissero per dare un segnale politico preciso. Per far capire che da parte del Governo c'è la necessità di chiudere il contratto. Se questo non avvenisse il rischio è che poi il tavolo si perda in questioni tecniche.

Tiriamo le somme

Tante parole e pochi fatti. Sacconi nell'ultimo incontro con le organizzazioni sindacali aveva riconosciuto che tutte le questioni da noi sollevate fossero vere. Anzi, aveva promesso che sarebbero stati aperti tavoli di confronto per dare risposte concrete ai temi irrisolti della categoria. Ma ad oggi questi tavoli non sono mai stati convocati. L'unica inutile riunione organizzata è stata quella sulla rottamazione dei medici al compimento dei 40 anni contributivi. Il Ministro, pur ribadendo di essere contrario al provvedimento, si è limitato a proporre come soluzione l'emanazione di una circolare per ridurre la discrezionalità

dei Dg e limitare l'applicazione della legge solo nei casi di esubero strutturale. Aveva inoltre assicurato che avrebbe proposto un accordo con le Regioni, le quali naturalmente hanno rifiutato. Quindi siamo al punto di partenza anche per l'unico tavolo convocato.

E allora quali saranno le prossime mosse?

Innanzitutto, vogliamo informare i medici su quanto sta avvenendo. Far crescere la consapevolezza che tutte queste vicende devono essere lette in un'unica chiave: non c'è attenzione verso i problemi del Servizio sanitario nazionale e chi ci lavora. Attraverso l'incuria, il disinteresse, la cattiva informazione si aggredisce la categoria. Non è quindi un attacco frontale diretto, ma un'aggressione subdola. Rivendichiamo soluzioni concrete a problemi concreti. Non c'è ideologia, non c'è politica, ma solo fatti.

Gli strumenti per informare e formare i colleghi li avevamo già individuati. Creeremo delle occasioni di incontro al Nord, Centro e Sud, e manifestazioni nazionali orientate geograficamente, con la partecipazione di tutte le organizzazioni sindacali. Se a questa prima fase non seguirà un'attenzione concreta alle questioni sollevate, proseguiamo con iniziative pubbliche come assemblee nei luoghi di lavoro che potrebbero anche culminare con azioni più prettamente sindacali quali lo sciopero e quant'altro. E ribadisco, lo sciopero è un punto di arrivo che non vorremmo utilizzare, infatti, non ricorriamo a questo strumento da più di un anno. Quindi tutto si può dire, tranne che abbiamo avuto un atteggiamento ostile. Ora basta. Alle promesse ci abbiamo creduto. Tanto è vero che avevamo sospeso l'avvio della vertenza. Ma le promesse si fanno una volta sola. (E.M.)

Il testo modificato e approvato DALLA COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA

Così cambia IL GOVERNO CLINICO

Abrogata la rottamazione dei medici e la presenza di un professore universitario nelle commissioni per la nomina dei direttori di struttura complessa. Queste due delle modifiche apportate al testo unico sul Governo clinico che la commissione Affari Sociali ha approvato lo scorso 27 ottobre

La strada per l'approvazione definitiva è ancora in salita. Il Ddl è infatti ora in commissione Affari Costituzionali per ricevere un parere alla luce delle modifiche del Titolo V per verificare che il provvedimento non sia in contrasto con l'autonomia delle Regioni in campo sanitario. In attesa di scoprire il destino del ddl, ecco una sintetica rassegna delle principali modifiche apportate dalle Commissioni Affari Sociali.

ARTICOLO 2 - Gli organi dell'Azienda

1. Sono organi dell'Azienda il Direttore generale (Dg), il Collegio di direzione e il Collegio sindacale. Al Collegio di direzione spettano poteri in relazione all'atto aziendale, ai programmi di ricerca e formazione, agli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale.

2. La Regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione di diritto del direttore sanitario e del direttore amministrativo e, negli Irccs, del direttore scientifico, nonché la partecipazione di due rappresentanti elettivi delle unità operative, un rappresentante elettivo dei direttori di dipartimento, un rappresentante elettivo delle professioni sanitarie. La Regione può integrare tale composizione con la rappresentanza di altre figure professionali presenti nell'Azienda. Nelle Aziende miste è assicurata la rappresentatività della componente ospedaliera e di quella universitaria.

ARTICOLO 3 - La nomina dei Direttori generali

1. Fermi restando tutti gli altri requisiti previsti, i candidati dovranno presentare un certificato di superamento (e non più di "frequenza") di un corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitarie. Il Dg già in carica dovranno adempiere a tale obbligo entro 12 mesi dall'introduzione della legge, pena la decadenza dell'incarico.

2. Il trattamento economico del Dg è stabilito dalla Regione nel limite del trattamento economico massimo complessivo previsto dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica, incrementato del 20% ed eventualmente incrementato fino a un massimo del 20% con la retribuzione di risultato.

Il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito dalla Regione entro il limite dell'85% di quello spettante al Dg, compresa la quota del 20% per gli obiettivi raggiunti.

ARTICOLO 4 - La nomina dei Direttori di struttura complessa

2. La nomina del direttore di struttura spetta al Dg previo avviso pubblicato in Gazzetta Ufficiale che riporti i requisiti curriculari e le competenze professionali richieste almeno 3 mesi prima che il posto si renda vacante.

Il Dg nomina una commissione di tre membri presieduta dal direttore sanitario e com-

posta da due dirigenti di struttura complessa dipendenti del Ssn della disciplina oggetto dell'incarico, individuati attraverso pubblico sorteggio da un elenco regionale redatto e curato dalla Giunta regionale ed aggiornato entro il 31 gennaio di ciascun anno. Il sorteggio viene effettuato successivamente alla data di scadenza fissata per la presentazione delle domande. La com-

missione formula un giudizio motivato su ciascun candidato e presenta al Dg una terna all'interno della quale il Dg nomina, con provvedimento motivato, il vincitore.

Nelle Aziende ospedaliero-universitarie la nomina del Direttore di struttura complessa a direzione universitaria è effettuata dal Dg sulla base di una terna di nominativi proposta dal Rettore, sentito il Direttore del dipartimento ad attività integrata cui afferisce l'unità operativa.

(Abrogato il comma che stabiliva la presenza di un professore universitario nella commissione di valutazione delle Aziende ospedaliero-universitarie)

2-ter. L'incarico di direzione di struttura complessa ha una durata di 5 anni (e non più "da 5 a 7 anni"), con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve.

ARTICOLO 8 - Limiti di età

1. Alzato da 65 a 70 anni il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Ssn, compresi i responsabili di struttura complessa.

L'intera dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn viene esonerata dall'applicazione della legge 102/2009.

ARTICOLO 9 - Esclusività e libera professione

1. Il dirigente medico e sanitario dipendente deve avere con il Ssn rapporto unico, che non esclude l'attività libero-professionale purché espletata fuori dell'orario di lavoro.

2. I volumi di prestazioni libero-professionale non devono essere superiori a quelli assicurati per i compiti istituzionali né superiori al 50% dell'impegno orario di servizio richiesto all'Azienda per i compiti istituzionali.

Il commento dell'Anao Assomed

Governo clinico: "Accolte le nostre richieste"

Nella seduta del 27 ottobre la Commissione Affari Sociali della Camera ha terminato l'esame del ddl sul Governo Clinico "Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche", approvando tre importanti emendamenti che recepiscono le richieste dell'Anao Assomed.

In particolare:

1. Abrogazione della cosiddetta rottamazione dei medici (articolo 8 - comma 2 bis): l'intera dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Ssn viene esonerata dall'applicazione della legge 102/2009;

2. Indennità di esclusività (articolo 9 - comma 2 - lettera f): ai dirigenti con rapporto di lavoro esclusivo è attribuita un'indennità di esclusività nella misura prevista dai contratti collettivi di settore. Tale indennità non è revocabile, se non in caso di opzione per il rapporto non esclusivo, e non è destinabile dalle Aziende ad altre funzioni;

3. Commissione per l'attribuzione di incarichi di natura professionale e di direzione di struttura complessa nelle aziende ospedaliero-universitarie: è stata abrogata nelle

commissioni per l'incarico di direzione di struttura complessa nelle aziende ospedaliero-universitarie la presenza di un professore universitario. Nelle stesse Aziende la nomina del Direttore di struttura complessa a direzione universitaria è effettuata dal Direttore generale sulla base di una terna di nominativi proposta dal Rettore, sentito il Direttore del dipartimento ad attività integrata cui afferisce l'unità operativa.

Invece, l'innalzamento dell'età pensionabile al compimento del settantesimo anno di età, sia pure per tutti i dirigenti medici e sanitari del servizio sanitario nazionale, non ha tenuto conto della richiesta dell'Associazione di ancorare l'età di quiescenza al 67esimo anno di età sia per i dipendenti del Ssn che per quelli del Miur.

L'Anao Assomed esprime soddisfazione per la sensibilità dimostrata dalla Commissione nei confronti delle istanze presentate dall'Associazione e si impegna a vigilare affinché i successivi passaggi parlamentari non stravolgano le modifiche positive inserite.

PATTO PER LA SALUTE 2010-2012

Un Patto CON L'ECONOMIA

In ritardo di un anno e limitato ai soli aspetti economici. Il Patto per la Salute avrebbe dovuto essere siglato un anno fa, come indicava la Finanziaria "estiva" del 2008, per dare alle Regioni indicazioni di standard operativi e la certezza delle disponibilità economiche. Avrebbe anche dovuto contenere molti elementi, compresa la revisione dei Lea, approvata in extremis da Livia Turco, poi annullata e dunque rimasta sospesa ormai da quasi due anni. Ma la trattativa tra Governo e Regioni è stata difficilissima, fino al gelo nei rapporti degli ultimi quattro mesi, punteggiati da lettere pubbliche dei rappresentanti regionali che lanciavano l'allarme sulla tenuta del Ssn e appuntamenti, puntualmente rinviati, con il presidente del Consiglio. Infine, il 23 ottobre scorso, il Patto per la Salute 2010-2012 è stato finalmente siglato. A firmarlo in rappresentanza dell'Esecutivo non è stato però Silvio Berlusconi, trattenuto

La trattativa tra Governo e Regioni è stata difficilissima, fino al gelo nei rapporti degli ultimi quattro mesi

Dopo mesi di rapporti difficilissimi tra Governo e Regioni, il 23 ottobre scorso è stato siglato l'accordo che interviene solo per gli aspetti economici del servizio sanitario. Ma le Regioni hanno già preparato un documento che propone interventi di merito sulle criticità, dalla riorganizzazione della rete ospedaliera alle politiche sul personale sanitario

↳ Eva Antoniotti

dalle nebbie o dalla neve in Russia, ma Giulio Tremonti. Dichiarazioni di soddisfazione da tutte le parti in causa, anche se l'Accordo raggiunto è stringatissimo, ridotto all'essenziale o all'osso, se si preferisce.

Sugli aspetti più propriamente sanitari il Governo aveva presentato una proposta a fine settembre, che definiva standard di costo e di servizi, tagli di posti letto e di personale, ticket che scatta-

vano automaticamente appena i conti regionali viravano al rosso. Ma la proposta aveva raccolto critiche fortissime da parte delle Regioni, le quali ora, dopo aver definito i parametri economici, tornano sull'argomento con un loro documento, approvato ai primi di novembre in Conferenza dei presidenti regionali e che dovrebbe essere ratificato al più presto dalla Conferenza Stato Regioni.

↳ Patto 2010-2012: i soldi della sanità

Un documento asciutto, che sta tutto in due paginette centrate sulla definizione dei finanziamenti per il triennio 2010-2012 e sulla gestione dei Piani di rientro per le Regioni in difficoltà, che sintetizziamo di seguito.

Fondo sanitario nazionale

Rispetto alla proposta del Governo le Regioni hanno ottenuto, per il cosiddetto Fondo sanitario nazionale, circa 4,5 miliardi di euro in più per il biennio, cui vanno aggiunti i fondi per il 2012.

Dunque ci saranno 106,214 mld di euro per il 2010, 108,653 mld per il 2011 e 111,695 mld per il 2012.

Investimenti

Impegno del Governo a garantire, nel triennio, 4,715 mld per gli investimenti strutturali (lex art.20), che si aggiungono ai 1.174 previsti a questo scopo per il 2009.

Viene innalzata da 23 a 24 mld la quota di accessibilità a questi fondi per ciascuna Regione, consentendo così di partecipare anche a quelle che avevano già utilizzato tutta la loro quota.

Fondi dedicati

Finanziato per 400 mln di euro il Fondo per la non autosufficienza (solo per il 2010), mentre il Fondo per le politiche sociali verrà incrementato di 30 mln di euro rispetto alla cifra già stanziata nella Legge Finanziaria per il 2010, arrivando ad un totale di 1.094 mln.

Contratti e Convenzioni

Il Governo si impegna a garantire un ulteriore finanziamento a copertura di eventuali incrementi di contratti e convenzioni del personale del Ssn eccedenti l'indennità di vacanza contrattuale.

Piani di rientro

Se il deficit di una Regione è maggiore del 5% del suo bilancio scatta l'obbligo di presentare un Piano di rientro, che sarà elaborato in collaborazione con Agenas e Aifa e valutato da una nuova struttura tecnica a composizione paritetica tra Governo e Regioni, che lo trasmetterà poi alla Conferenza Stato-Regioni e quindi al Consiglio dei Ministri.

Nel caso in cui il Consiglio dei ministri non consideri adeguato il Piano, scatta il commissariamento della sanità regionale, affidata al presidente della Regione che dovrà mettere a punto un nuovo Piano. Stessa procedura nel caso in cui la Regione non realizzi il Piano di rientro concordato.

Il passaggio al commissariamento comporta anche l'entrata in vigore di alcune misure già previste nei precedenti accordi (aumento delle aliquote Irp e Irpef, blocco del turn-over e di qualsiasi spesa non obbligatoria) e di altre misure indicate nel nuovo Patto (sospensione dei trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio, decadenza dei Dg di Asl e Ao).

↳ Le Regioni dilatano il Patto

Un documento "allineato" con il Patto per la Salute firmato con il Governo. Così viene definito il testo approvato dalla Conferenza dei presidenti regionali il 15 novembre scorso e che affronta i temi di merito della sanità, a partire dai parametri economici indicati dal Patto, sia pure rimarcando come la spesa sanitaria in Italia sia tra le più basse in Europa e come il basso livello di finanziamento del Fondo per la non autosufficienza faccia "ricadere sul settore sanitario i bisogni di una fascia crescente della popolazione anziana". Sette i settori su cui il documento propone di intervenire per migliorare la qualità dei servizi e il controllo della spesa.

RIORGANIZZAZIONE DELLE RETI OSPEDALIERE REGIONALI

Partendo dalle esperienze delle Regioni che presentano indicatori quali-quantitativi migliori si deve mettere a punto al più presto un'Intesa Stato-Regioni che indichi parametri per la razionalizzazione della rete ospedaliera, valorizzando l'appropriatezza clinica e organizzativa. L'Intesa dovrà anche intervenire sulle relazioni con le istituzioni sanitarie private.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

Creazione di un Tavolo specifico, composto da tre rappresentanti ministeriali, tre rappresentanti regionali,

un rappresentante dell'Aifa e uno dell'Agenas. Entro un mese il Tavolo dovrà elaborare una proposta organica.

GOVERNO DEL PERSONALE

Creazione di un gruppo di lavoro tra Governo e Regioni e con la presenza dell'agenas per indicare, pur nel rispetto dell'autonomia regionale, elementi di indirizzo utili a superare le "situazioni estreme" di disomogeneità nelle politiche gestionali del personale.

POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA

Gli interventi per ridurre i ricoveri inappropriati, devono accompagnarsi con lo sviluppo di prestazioni in Day Hospital ma soprattutto in

prestazioni ambulatoriali.

MECCANISMI DI REGOLAZIONE DEL MERCATO

Valorizzare il ruolo dell'Aifa riguardo agli strumenti di controllo e monitoraggio dell'innovazione tecnologica (Hta) e riconducendo alla sua competenza la Commissione sui dispositivi medici (Cud).

MOBILITÀ INTERREGIONALE

Entro tre mesi le Regioni dovranno individuare strumenti per regolare la mobilità, in particolare tra realtà confinanti.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Impegno a definire un modello organizzativo condiviso per l'assistenza territoriale e post-acuta.

Trattative per il rinnovo del Ccnl II BIENNIO ECONOMICO 2008-2009

LE otto PRIORITÀ dell'Anaaao

Prosegono le trattative all'Aran per il rinnovo del contratto di lavoro II biennio economico. Le parti si sono incontrate il 18 novembre scorso con l'obiettivo, secondo quanto affermato dall'Agenzia, di arrivare alla fase conclusiva entro pochi mesi. In attesa di un testo di discussione che dovrebbe essere predisposto prima di Natale, l'Anaaao Assomed ha ribadito la necessità che il contratto riconosca alcune questioni prioritarie. Vediamo quali sono le richieste presentate dal sindacato.

1. La rivalutazione dell'indennità di esclusività di rapporto e il suo definitivo inserimento nella massa salariale: unico sistema che consentirebbe alla dirigenza medica di ottenere gli aumenti contrattuali su tutta la retribuzione. Tale indennità, ferma dal 2000, sta perdendo progressivamente significato e valore.

2. L'intangibilità della RIA, patrimonio della categoria, che non può essere destina-

ta a salario di risultato.

3. Le risorse aggiuntive dello 0.8%, rese disponibili anche per la dirigenza medica e veterinaria, non possono essere pregiudizialmente escluse per alcune Regioni. Per la specificità della dirigenza medica, riconosciuta dalla legislazione, non pare obbligatorio destinare queste risorse esclusivamente al salario di risultato.

4. Provvedimenti disciplinari dopo l'approvazione definitiva della legge Brunetta: l'Aran ha definitivamente accettato l'impostazione che questi provvedimenti conseguono esclusivamente alla violazione del codice disciplinare, senza sovrapposizione con le valutazioni di tipo professionale. È assodato, e ne ha convenuto tutto il tavolo, che non affrontare in sede contrattuale questa problematica equivarrebbe ad accettare integralmente la legge di riforma Brunetta. Inoltre il provvedimento legislativo delega al contratto aspetti significativi quali: l'elencazione di

sanzioni intermedie alternative al recesso, l'istituzione di modalità conciliative, la separazione tra procedimento disciplinare e valutazione professionale, le garanzie in caso di procedimento penale.

5. Semplificazioni e aggiornamenti: trasformazione della retribuzione di posizione unificata in posizione fissa per una sua valorizzazione ai fini previdenziali, limitazione del ricorso all'art. 15 septies, valorizzazione dell'indennità di reperibilità, sono state indicate come possibili priorità.

6. Assicurazioni: illustrate le conclusioni del tavolo tecnico, base di partenza per assicurare su tutto il territorio nazionale un livello minimo di copertura.

7. Applicazione del Ccnl: ribadita la necessità di una applicazione certa in sede decentrata dei contratti nazionali. Alla luce dei risultati ancora insufficienti vanno ulteriormente rafforzate le garanzie sull'effettiva cogenza del Ccnl.

8. Precariato: a fronte del silenzio di Governo e Regioni l'Anaaao Assomed riconferma l'esigenza prioritaria di stabilizzare il precariato medico con il superamento dei contratti atipici.

LIBERA PROFESSIONE
INTRAMOENIA ALLARGATA

L'Anaaao chiede la proroga in Finanziaria

Inserire nella legge finanziaria per il 2010, in discussione in Parlamento, una norma di proroga della libera professione intramoenia allargata.

È quanto ha chiesto l'Anaaao Assomed, in una lettera indirizzata al ministro del Welfare Maurizio Sacconi e al viceministro alla Salute Ferruccio Fazio.

L'appello che il sindacato ha rivolto al Governo arriva in vista del 31 gennaio 2010, data fissata per la scadenza dell'ennesima proroga voluta dal decreto 154/2008, e dell'ancor più vicino il 30 novembre, termine entro il quale i medici hanno la possibilità di optare tra l'esercizio della libera professione intra o extramoenia. "Come sarà possibile una ragionevole scelta - ha affermato il sindacato - senza conoscere l'ultimo atto che disciplina la materia? Il tempo è tiranno e difficilmente i due rami del Parlamento potranno licenziare in tempo utile (entro il 31 gennaio 2010) il Ddl sul Governo Clinico con il quale viene riconosciuto, senza limitazioni, il diritto all'esercizio della libera professione in regime allargato". Per l'Anaaao Assomed "il rischio è che, nel contesto di un pericoloso periodo di vuoto normativo, decine di migliaia di medici potrebbero veder negato un diritto sancito dalle leggi e reso inesigibile dalle incapacità di Regioni e Aziende sanitarie a provvedere alla realizzazione delle strutture per l'attività libero professionale intramoenia".

L'Anaaao Assomed ha ribadito la necessità che il contratto riconosca alcune questioni prioritarie



BIOTESTAMENTO

Riprende con una pioggia di emendamenti, circa 2.600, la discussione in commissione Affari sociali alla Camera del Ddl sul testamento biologico. Circa 2.400 richieste di modifica provengono dai Radicali, un centinaio dal Pd, ma anche dalla Maggioranza arrivano proposte di modifica del testo Calabrò. Il nodo più duro da sciogliere resta quello dell'interruzione dell'alimentazione e idratazione artificiale, ma si discute anche sui

tempi di rinnovo della Dichiarazione anticipata di trattamento (Dat): secondo il testo attuale va rifatta ogni cinque anni, ma c'è chi chiede che sia valida, salvo ulteriori modifiche apportate volontariamente da parte del titolare.

CEDAP

Cresce la natalità in Italia, ma resta alto il ricorso al cesareo, utilizzato nel 37,4% dei parti. Un bambino ogni 100 nasce con le tecniche di procreazione medi-

calmente assistita (Pma). Sono i principali dati del 5° Rapporto Cedap sull'evento nascita in Italia pubblicato dal ministero della Salute e riferito ai dati del 2006. Il numero medio di figli per donna è pari a 1,35, confermando il trend in crescita dopo il minimo storico di 1,19 raggiunto nel 1995. Il tasso di natalità cresce, tuttavia, per lo più al Nord e al Centro, che recuperano rispetto alle Regioni del Sud, dove si registra al contrario una diminuzione. Il 15% dei

parti avviene tra le donne straniere, che in media hanno 28 anni di età contro i 32 delle madri italiane.

ISTAT

Il 38% degli italiani è affetto da patologie croniche e la percentuale arriva fino all'86,9% tra la popolazione over 75enni. È quanto emerge dall'Annuario statistico 2009 elaborato dall'Istat e pubblicato il 20 novembre. In pratica, un italiano su due afferma di essere un malato cronico

e nel 20,3% dei casi di soffrire di due o più patologie (68,2% tra gli ultra 75enni). Le cronicità più diffuse sono l'artrosi/artrite (17,8%), l'ipertensione (15,8%), le malattie allergiche (10,2%), l'osteoporosi (7,3%), la bronchite cronica e asma bronchiale (6,2%) e il diabete (4,8%).

Tutto sommato, il 40% delle persone che dichiarano di essere affette da almeno una patologia cronica non si lamentano e considerano buono il proprio stato di salute.

Approvata la legge che separa nuovamente LA SALUTE DAL WELFARE

TORNA IL MINISTERO DELLA SALUTE, MA A SOVRANITÀ LIMITATA

Con 252 voti a favore, 63 contrari e 156 astenuti la Camera ha approvato l'autonomia della Salute dal maxi ministero del Welfare. Ma, nei fatti, si tratta di un'autonomia a metà, perché sulla testa del nuovo ministro della Salute penderà l'ipoteca dell'Economia

Una rinascita, per il ministero della Salute. La seconda, a dire il vero. Perché già nel 2001, sempre con Berlusconi capo del Governo, si decise di ripristinare il ministero della Salute, cancellato dalla legge "Bassanini" del 1999 e poi nuovamente cancellato nel 2008 con l'ultima finanziaria del Governo Prodi. Ancora una volta, dunque, la politica torna sui suoi passi. Ma se si riconosce la necessità di un ministero dedicato esclusivamente alla gestione della "macchina sanità", tuttavia si affida al ministero dell'Economia il compito di tenere una mano sul freno e vigilare sulla spesa sanitaria nazionale e regionale. Quale compito spetterà, dunque, al nuovo ministero e al nuovo ministro? Ovviamente tutti quelli strettamente sanitari, mentre sulle competenze economiche (fondo sanitario, piani di rientro, ecc.) la palla passa direttamente a Tremonti.

COSA PREVEDE IL DDL DI RIPRISTINO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Il numero dei ministeri passa da 12 a 13, con lo scorporo della Salute dal ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Il numero totale dei componenti del Governo a qualsiasi titolo, compresi Ministri senza portafoglio, vice ministri e sottosegretari, non può essere superiore a 63. Tre in più, quindi rispetto ai 60 stabiliti dalla Finanziaria 2008. Di questi uno sarà certamente il neo ministro della Salute

mentre gli altri due lasciano supporre ad un aumento del numero degli attuali sottosegretari.

Il ministero dell'Economia. Il coordinamento della spesa pubblica e il suo andamento, "incluso il settore della spesa sanitaria", spetta al ministero dell'Economia, che monitora e verifica anche "tutti i profili attinenti al concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anche quanto ai piani di rientro regionali".

Al ministero della Salute spetta il ruolo di coordinamento del sistema sanitario nazionale, ma questa funzione dovrà essere svolta "di concerto con il ministero dell'Economia per tutti i profili di carattere finanziario".

Il ministero della Salute, in particolare, svolge le funzioni di spettanza statale per la programmazione tecnico-sanitaria di rilievo nazionale, e il provvedimento affida al dicastero anche il ruolo di "indirizzo, coordinamento e monitoraggio delle attività tecniche sanitarie regionali, di concerto con il ministero dell'Economia e delle Finanze per tutti i profili attinenti al concorso dello Stato al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, anche quanto ai piani di rientro regionali".

Il ministero dell'Economia affiancherà il ministero della Salute anche nell'organizzazione dei servizi sanitari, professioni sanitarie, concorsi e stato giuridico del personale del Servizio sanitario nazionale".

Rapporti con il Parlamento. Oltre che al ministero dell'Economia, il ministro della Salute dovrà rendere conto

anche al Parlamento, con una relazione annuale sui risultati di monitoraggio della qualità delle attività sanitarie regionali con riferimento ai livelli essenziali delle prestazioni erogate.

Costi per il ripristino del ministero. Si tratta di un trasferimento di risorse dal Welfare alla Salute che quindi, secondo il provvedimento, non produrrà maggiori oneri per il bilancio dello Stato, tenuto conto che non vi sarà alcuna revisione dei trat-

tamenti economici complessivi attualmente corrisposti ai dipendenti che verranno trasferiti.

Il ministero della Salute e quello del Welfare potranno, in ogni caso, provvedere alla copertura dei posti di funzione di livello dirigenziale generale e non, nonché di procedere ad assunzione di personale non dirigenziale, per far fronte ad eventuali incarichi rimasti scoperti. Queste nomine dovranno avvenire entro il 31 dicembre 2009 e

comunque essere nei limiti delle dotazioni organiche previste. I ministeri saranno poi tenuti a presentare, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della legge, i provvedimenti di riorganizzazione interna.

In definitiva, per lo scorporo del ministero della Salute da quello del Welfare e per finanziare le attività del nuovo dicastero, lo Stato metterà sul piatto 460 mila euro per l'anno 2009 e a 920 mila euro annui a partire dal 2010.

Il commento dell'Anao Assomed

Ministero Salute: "Un ruolo insostituibile"

L'Anao è soddisfatta per il ripristino del Ministero della Salute, ma per il buon funzionamento del Ssn devono essergli riconosciuti anche poteri e indipendenza

"L'Anao Assomed approva la decisione del Governo che ha ripristinato il Ministero della Salute, riconoscendo in tal modo che esso svolge un ruolo insostituibile per affrontare gli urgenti problemi che gravano sul Ssn e che chiedono immediate soluzioni". Così ha commentato Carlo Lusenti, Segretario Nazionale dell'Anao Assomed il disegno di legge che scorpora il dicastero della salute da quello del Lavoro. "Il nostro sindacato, che ha sempre manifestato la sua contrarietà all'accorpamento dei ministeri del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - ha spiegato Lusenti - ritiene che il ritorno di un Ministero con piena autonomia possa contribuire a garantire al Servizio sanitario nazionale il suo carattere di unitarietà. In un Paese in cui le differenze tra i vari servizi sanitari regio-

nali tendono ad ampliarsi determinando disuguaglianze sempre più evidenti, è sempre più necessario mantenere un organismo che funga da baricentro, per assicurare il coordinamento programmatico e di salvaguardia dei criteri di uniformità assistenziali ed evitare pericolose derive che negano il riconoscimento del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale.

Questi obiettivi richiedono, però, la piena autonomia e autorevolezza del nuovo dicastero, caratteristiche che, purtroppo, il testo licenziato dal Parlamento non gli attribuisce. Ci auguriamo che dopo aver riconosciuto la necessità di un ministero della Salute a se stante se ne riconoscano anche poteri e indipendenza a vantaggio del buon funzionamento del Servizio sanitario nazionale.

FORUM "SANITÀ E POLITICA. Quale rapporto?"

DIRIGENTI DELLA SANITÀ: comandanti o comandati?

"LA POLITICA IN SANITÀ VA NORMATA"

Ferruccio Fazio,
viceministro alla Salute

"La politica in sanità ci vuole, ma va sicuramente normata. Il punto fondamentale è rendere oggettivi i criteri di valutazione delle prestazioni sul territorio e gli obiettivi, prevedendo anche canoni di 'customer satisfaction'. Entro questi paletti la politica resta necessaria, e può prendere le decisioni. Tutto ciò va fatto per evitare che il rapporto con la politica stessa diventi deleterio e le decisioni vengano prese seguendo interessi diversi da quelli degli utenti. Se in alcune Regioni, infatti, non c'è una buona sanità è perché sono stati presi provvedimenti senza seguire, appunto, determinati paletti. In questo quadro, il Ddl sul Governo clinico apporta una serie di novità importanti per il nuovo corso della sanità. Le innovazioni introdotte dal testo, poi, si muovono su tre pilastri: trasparenza, obiettivi e valutazione. Certo, nonostante ciò bisognerà assolutamente salvaguardare il Ddl da vizi d'incostituzionalità dato che agisce nell'ambito delle competenze regionali. L'obiettivo è di arrivare ad una sanità in cui non si misura il tempo, ma la quantità delle prestazioni, in un contesto che veda sempre di più il territorio protagonista con ospedali meno generalisti e sempre più specialistici. Secondo me, e tengo a precisare che non esiste alcun progetto del Governo, se arrivassimo ad abolire i cartellini sarebbe meglio. A parte questo, ci sono questioni sul Ddl che vanno ancora discusse. Sul limite di età preferisco non parlare, infatti, il Governo si rimetterà al voto dell'Aula. In ogni caso, ci troviamo di fronte a due possibilità: dobbiamo lasciare spazio ai giovani e al contempo considerare che abbiamo una



popolazione che invecchia. La mia posizione personale è che nelle aziende miste, per esempio, i limiti dovrebbero essere gli stessi. Sulla libera professione, infine, il principio deve essere quello di dire ai medici cosa fare e non cosa non si deve fare".

"NON SONO CONVINTA SI VOGLIA DAVVERO CAMBIARE"

Livia Turco (Pd)

"Già durante il mio mandato come ministro, abbiamo provato a mettere mano al Governo clinico, ma il problema, alla fine, è sempre stato il regionalismo e la conflittualità di competenze costituzionali che un provvedimento di questa portata provoca. Al relazione del Ddl Domenico Di Virgilio riconosco quindi il merito di provarci, ma non sono convinta che la politica voglia cambiare più di tanto. In questa legge alla fine, di governo clinico, c'è poco. Siamo partiti con la volontà di arrivare ad una legge condivisa, come è avvenuto sulle cure palliative, e invece ci tro-



viamo davanti qualcosa di molto diverso. Sono stati introdotti aspetti che intervengono sull'esclusività di rapporto, norma inaccettabile e su cui faremo le barricate. Per questo sono convinta che il Ddl si possa migliorare. Soprattutto trovo inaccettabili quei politici di turno, di destra e di sinistra, che parlano del problema tra sanità e politica prima delle elezioni. Salvo poi dimenticarsene subito dopo. È intollerabile. Questo lo scenario rappresentativo del rapporto tra politica e sanità. Ma ora cerchiamo di capire cosa si può fare.

Una delle strade da intraprendere credo sia quella della valorizzazione delle competenze dei cittadini: bisogna renderli parte della valutazione del sistema sanitario. È una strada poco esplorata che va battuta, anche perché al dunque sono i cittadini che decidono con il loro voto chi li governerà. L'altra strada è appunto quella del Governo clinico: occorre dare ai professionisti gli strumenti per intervenire nel governo dell'azienda e de-

nunciare gli strumenti perversi che possono palesarsi. Inoltre, va migliorato il sistema di valutazione, sia delle nomine sia dei risultati. Cerchiamo, inoltre, di accendere i riflettori sugli assessori della sanità. Serve qualità e non devono essere scelti rispetto a logiche prettamente di affidabilità politica e, soprattutto, senza conflitti d'interesse. Infine, devo però esprimere tutta la mia contrarietà al colpo di mano della maggioranza che ha voluto di fatto affossare la nostra legge sull'intramoenia del 2007, inserendo nel Ddl sul governo clinico un sostanziale 'libera tutti', inaccettabile per i cittadini ma anche per tutti i medici che credono nelle regole e nella professionalità".

"TROPPIA CONFLITTUALITÀ TRA GOVERNO E REGIONI"

Aldo Ancona,
Regione Toscana

"Esiste tra la politica e la sanità, un rapporto di fiducia ed è altresì necessario che nelle nomine vi sia anche condivisione politica e non solo competenza professionale. Voglio ricordare a questo proposito una frase rappresentativa di

ciò. Una frase citata dall'assessore alla sanità della Toscana Enrico Rossi, che io rappresento: 'Pensate che la Piaggio possa nominare come suo Direttore generale uno che ritiene che il futuro dei trasporti in Italia sia sulla quattro ruote?'. Allora, alla luce di questo, ritengo che un manager non possa non essere pienamente consapevole che esiste una condivisione delle strategie, dei valori, della filosofia del servizio sanitario in cui opera. È ovvio che debba esserci trasparenza e chiarezza di valutazione nella preparazione. Ma deve anche esserci un rapporto fiduciario tra chi gestisce il 70% del bilancio regionale e chi attua le strategie. Ciò detto, la politica è sì fondamentale, ma vanno create delle regole per evitare che questa intromissione superi la soglia della gestione e della professionalità terapeutica. Per quanto riguarda il Ddl sul Governo clinico è vero che esiste un problema tra Regio-



ni e Stato centrale. Ma se il Governo decide da solo su norme che riguardano competenze che per Costituzione spettano alle Regioni lo scontro per forza di cose si materializza. Se ci fosse maggior dialogo forse ciò non accadrebbe. Il Ssn, poi, ha perso negli anni la sua autonomia. A livello centrale è sempre più gestito dall'Economia e a livello legislativo da norme regionali. I problemi sono plurimi. Dapprima si dovrebbe riuscire a diffondere sul territorio dei sistemi di governo efficienti. E poi bisogna assolutamente risolvere la dicotomia tra il Nord e il Sud del Paese. In quest'ottica la trasparenza dev'essere vista come uno strumento per la valorizzazione del cittadino. Credo, infine, che la politica non sia tutto male, occorre solo trovare gli strumenti per sostenere il sistema anche quando non c'è buona politica".

"IL PROBLEMA È NELLA PRASSI QUOTIDIANA"

Giovanni Monchiero,
presidente Fiaso

"Abbiamo voluto sollevare questo problema non per esprimere una lamentela dei Dg nei confronti della politica, ma per accogliere il fastidio dell'opinione pubblica, e anche dei nostri collaboratori, nei nostri confronti e nei confronti della politica stessa. Noi non ci stiamo lamentando, ma ci stiamo assumendo la responsabilità di dare una risposta coerente ad una doglianza di cui riconosciamo il fondamento. La questione non è tanto sull'aspetto teorico del rapporto che intercorre tra politica e sanità, sul quale, peraltro, condivido quanto detto dal viceministro Fazio, il problema, semmai, è la prassi quotidiana, è lì che non c'è la trasparenza e i principi non vengono sempre seguiti. Secondo noi c'è un'eccessiva intromissione della politica nella vita delle aziende.

Avremo bisogno di un po' più di politica a livello centrale, visto che l'eccessiva regionalizzazione ha premiato il Nord (anche grazie ad una maggio-

re continuità dei governi regionali), rispetto al Sud, dove l'instabilità politica non ha dato adito ad una continuità programmatica, pratica che nel comparto sanità richiede fiato lungo, appunto. In quest'ottica, il tentativo del Ddl sul Governo clinico ci sta bene visto che chiediamo da tempo criteri di selezione dei direttori generali più oggettivi. Credo, soprattutto, che con il Ddl verrà migliorato il rapporto tra direzioni generali e direttori di struttura complessa. C'è forse bisogno ancora di trovare correttivi più adatti, però, e speriamo, in questo senso, di poter avere una manifestazione più formale di nuove istanze, come per esempio sul fatto che attualmente per diventare Dg basta essere in possesso di una qualsiasi laurea o sulla libera professione ma, forse, su quest'aspetto bisognerebbe fare un altro dibattito".

"POLITICA DEVE ESSERE RESPONSABILE VERSO CITTADINI"

Carlo Lusenti,
segretario nazionale
dell'Anao Assomed e
coordinatore Cosmed

"Sono convinto che la qualità del rapporto politica-sanità è decisivo. Dove la politica è pessima c'è una qualità dei servizi altrettanto scadente e questa spirale negativa alimenta la sfiducia di cittadini e addetti ai lavori. Siccome noi teniamo al Ssn, il rapporto deve essere positivo e la politica deve dimostrarsi responsabile proprio perché gestisce un diritto dei cittadini. In questo contesto credo che non si possa risolvere tutto con i tecnicismi ma, bisognerebbe avere un quadro generale più ampio. Sulle nomine, poi, devono essere rispettati tre principi: trasparenza, indipendenza e valorizzazione del merito. Al contrario di quanto detto da Cassi io non sono affezionato al termine primario, in quanto rappresenta un soggetto che sta lì in alto e identifica un vecchio modo di agire. Sulla scelta dei Dg penso che l'articolo del Ddl

faccia dei passi in avanti, potrei dire che è da sei e mezzo. Certo, si potrebbe fare qualcosa in più sulla valutazione delle esperienze e poi si dovrebbe porre un limite d'età. In merito al collegio di direzione, invece, credo che se non gli si affidano compiti questa struttura non ha senso. E ancora, sulla nomina del Dg di struttura complessa penso che la terna non sia sufficiente, anche perché essa già esiste in tutte le Regioni tranne la Campania, dove invece c'è la graduatoria, che non ci piace ugualmente. Secondo noi, il Bando dovrebbe essere iper-specifico. La commissione dovrebbe essere composta da tre membri scelti a livello nazionale a cui viene aggiunto un direttore sanitario. In questa prima fase verrebbero selezionati dei candidati, in seguito alla commissione esaminatrice si affiancherebbe il Dg e verrebbero valutati i candidati anche in base alle dinamiche aziendali. In conclusione, non credo ci sia una tecnica perfetta, soprattutto se viene affidata a dirigenti incompetenti".

"NO AL LIMITE DI ETÀ PENSIONABILE A 70 ANNI"

Massimo Cozza,
segretario nazionale Cgil
Medici

"Per capire bene il problema del rapporto tra politica e sanità basta guardare i fatti. Un esempio? Quello che è avvenuto nel 2001 all'Ospedale San Martino al concorso per primario di chirurgia plastica e ricostruttiva. Fatti agli atti del parlamento non episodio riportato dai giornali. I candidati erano tre, giudicati da tre membri di commissione che hanno nominato il terzo in graduatoria. Uno dei professionisti esclusi ha presentato ricorso al Tar chiedendo le motivazioni di questa scelta. La risposta è stata che se fosse stato eletto il primo e più titolato avrebbe determinato inimmaginabili ripercussioni sui costi di organizzazione del lavoro e di revisione dell'intera politica aziendale..

Questo è un esempio di ciò

che accade con la terna giudicatrice che il provvedimento sul Governo clinico vuole introdurre. Per noi questa è una scelta che non funziona. È una soluzione gattopardesca. Per il resto condivido il fatto che questo Ddl è un passo in avanti per svincolare la professione dalla lunga mano della politica. Ci sono però due questioni da affrontare. La prima riguarda la libera professione. Se passa il testo così com'è si tornerebbe indietro di anni e ciò sarebbe devastante. I medici, poi, vogliono esercitare l'intramoenia nelle aziende. La seconda problematica tocca il limite di età pensionabile a 70 anni. Lo troviamo semplicemente inaccettabile rispetto a quello che è la questione del precariato e anche per il grosso della categoria per la quale viene esclusa ogni possibilità di crescita".

"MANCANO CRITERI DI VALUTAZIONE EFFETTIVI"

Riccardo Cassi,
presidente nazionale
Cimo

"Il problema reale non è tanto la nomina politica. I Dg devono essere nominati dalle Regioni che, in quanto garanti della tutela della salute dei cittadini, si devono assumere la responsabilità anche su chi deve guidare le Aziende sanitarie. Ovviamente con garanzie e trasparenza. Soprattutto l'aspetto più importante è la valutazione dell'operato dei Dg. Il manager, deve essere in sintonia con gli obiettivi di politica sanitaria regionale. Deve condividere la filosofia del sistema adottato nella propria realtà lavorativa. Ben diverso è il discorso della nomina dei dirigenti medici. Credo ci sia la necessità di restituire alla figura del primario caratteristiche preminentemente professionali per cui i criteri di nomina devono essere accentrati in particolare su questi aspetti piuttosto che su quelli gestionali. Per la gestione, infatti, ci sono i capi dipartimento sui quali la scelta

compete senza dubbio al Dg. Così come è altrettanto evidente che deve esserci sintonia tra i Dg, i direttori sanitari, i direttori amministrativi: anche in questo caso è giusto che la politica esprima il suo diritto di scelta. Diversa, è la nomina del direttore di struttura complessa, per il quale devono essere valutate in primis le sue capacità professionali, in quanto il suo deve essere un ruolo di guida, di formazione, di insegnamenti. In questo caso, è meglio che la politica non operi alcuna scelta".

"ESISTE UN PROBLEMA DI REGOLE"

Stefano Biasoli,
segretario generale
Confedir Mit-
Dipartimento Pa

"Il rapporto tra politica e sanità è per noi un tema di grande importanza. Dobbiamo però capire se stiamo parlando di mele marce o di un sistema marcio, perché se è il sistema ad essere guasto, a maggior ragione c'è la necessità di codificare delle regole. E, a mio parere, se dobbiamo cercare regole marce dobbiamo andare a cercarli nelle norme del D.lgs 502/92 che il correttivo della legge Bindi non ha sistemato.

Nel rapporto tra politica e sanità esiste certamente un problema di regole sulle modalità di nomina dei Dg. Problemi che troviamo in ogni area d'Italia. Il nodo da sciogliere è quello della trasparenza dei sistemi di nomina dei Dg e della loro valutazione. E nel Ddl purtroppo non sono state introdotte novità di rilievo. Iniziamo quindi con il dirimere la questione delle scelte, immettendo criteri di trasparenza sia nelle nomine, sia nello stipendio creando uniformità su tutto il territorio. Soprattutto, valorizziamo il ruolo del collegio sindacale, organismo che dovrebbe entrare nei meccanismi delle scelte di bilancio. Occorre fare in fretta, però, perché oggi c'è un serio problema, dato che se la politica non pone dei paletti seri il Ssn rischia grosso nel prossimo futuro".



Pubblicati i dati **SULL'ATTIVITÀ DI RICOVERO ANNO 2008**

Diminuiscono i ricoveri ospedalieri. Questa è una tendenza già emersa da qualche anno nel nostro Paese, infatti, nel corso del 2008 sono stati poco più di 12 milioni, l'1,7 per cento in meno rispetto all'anno precedente. Mentre le giornate di degenza sono state circa 76 milioni, un valore inferiore dello 0,9 per cento rispetto al 2007. È quanto emerge dall'analisi preliminare sull'attività di ricovero 2008 presentata dalla Direzione generale della programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema del ministero della Salute.

Fanno eccezione a questa tendenza i reparti per i lungodegenti, che accrescono il numero delle dimissioni, con un incremento del 3 per cento, e quelli per i neonati sani, che segnano un incremento del 2,2 per cento. Il tasso di ospedalizzazione 2008 (rapporto tra numero di degenze e popolazione media) è di poco inferiore a 195 ricoveri ogni mille abitanti, in diminuzione rispetto ai 198 relativi al 2007 e ai 209 invece del 2006.

Il calo più evidente si registra nella percentuale dei ricoveri acuti, che passa, per il ricovero ordinario, da 131 per mille abitanti del 2007 a 128 del 2008, e per il ricovero diurno da 60 a 58 per mille. Dati che vanno dunque verso la "deospedalizzazione" della cura e un migliore uso delle altre risorse presenti sul territorio. Com'era facilmente prevedibile permangono le differenze tra le aree del Paese. La Toscana e il Friuli Venezia-Giulia con meno di 150 ricoveri per mille abitanti si segnalano

come le Regioni più virtuose. Fanalino di coda invece il Centro-Sud in particolare quelle Regioni che hanno sottoscritto nel 2007 i Piani di rientro: Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia. Queste aree, pur presentando ancora tassi di ospedalizzazione per acuti superiori o prossimi a 200 per 1.000 abitanti, cominciano anche loro a far registrare un'inversione di tendenza che va verso un processo di "de-ospedalizzazione".

COMPLESSITÀ, EFFICIENZA, APPROPRIATEZZA

Le dimissioni con Drg chirurgico raggiungono complessivamente il 40,7%, e sono in aumento anche se lieve rispetto agli anni precedenti, infatti nel 2007 il dato era del 40,0% e nel 2006 pari al 39,9%. I ricoveri chirurgici eseguiti in day surgery costituiscono il 35,6% delle dimissioni con Drg chirurgico, mentre nel 2007 rappresentavano il 35,2%, possibile effetto dello spostamento in attività diurna di talune prestazioni chirurgiche, in ottemperanza a valutazioni sulla migliore appropriatezza organizzativa. La degenza media è sostanzialmente stabile da diversi anni e posizionata su 6,7 giorni; le differenze regionali vedono il minimo con 6,26 giorni in Campania (degenza media standardizzata per case-mix) e il massimo lo troviamo nella Provincia autonoma di Trento con 7,76 giorni. La degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa, rimane sostanzialmente ferma a poco meno di 2 giorni (1,99 nel 2007 e 1,97 nel 2008). I valo-

SCENDONO I RICOVERI OSPEDALIERI, CRESCCE LA LUNGODEGENZA

Diminuiti i ricoveri ospedalieri, ma aumentati quelli nei reparti per lungodegenti. Lo rilevano i dati sulle dimissioni ospedaliere del 2008, diffusi dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali. In particolare i dati relativi all'attività di ricovero per l'anno 2008 confermano la tendenza già emersa da qualche anno. Si registra, infatti, una riduzione dei ricoveri in quasi tutte le tipologie di attività (acuti e riabilitazione), in regime ordinario e diurno

↳ Stefano Simoni

ri più elevati si presentano nel Lazio e nel Molise (rispettivamente 2,59 e 2,58 giorni) ed in Liguria e Basilicata (rispettivamente 2,47 e 2,45 giorni).

Al contrario i valori più bassi si fanno registrare nelle Marche (1,37 giorni) e in Friuli Venezia Giulia (1,53).

I tassi di ospedalizzazione per asma, diabete e scompenso cardiaco sono utili quali indicatori proxy per valutare l'efficacia dell'assistenza primaria e dell'assistenza specialistica territoriale. I rispettivi valori sono più bassi dove l'assistenza primaria e l'assistenza specialistica risultano più efficaci e ben funzionanti. A fronte di riduzioni significative dei tassi di ospedalizzazione registrati negli anni pas-

sati per queste patologie, nel 2008 si confermano grossomodo i valori rilevati nell'anno precedente: per il diabete il tasso di ospedalizzazione passa da 91 a 89 ricoveri per 100mila abitanti, per l'asma da 32 a 33 e per lo scompenso cardiaco il tasso varia da 320 a 322. Rispetto ad un valore nazionale stabile in questi ultimi anni, variazioni regionali significative si riscontrano a livello regionale.

Lelevata incidenza di parti cesarei, fenomeno prettamente italiano, accenna lievemente a diminuire nonostante siano stati messi in atto dalle regioni ripetuti e significativi interventi. La percentuale rispetto al totale dei parti è di 38,3 nel 2008 contro un 38,5% del 2007, con

valori massimi registrati in Campania (61,9), Sicilia (52,9), Puglia (47,9) e Molise (47,3). In particolare valori superiori al 40% di parti cesarei si rilevano in tutte le regioni del centro-sud, con la sola eccezione della regione Sardegna. Ponendo a confronto i valori assunti dall'indicatore negli anni 2007 e 2008, si rileva che non tutte le regioni operano efficacemente per l'effettivo contenimento di questa pratica chirurgica.

L'appropriatezza organizzativa, misurata semplicemente con un indicatore che totalizza i pazienti con Drg medico dimessi da reparti chirurgici, denota lievi segnali di miglioramento con un valore leggermente superiore al 35% delle dimissioni.

↳ Sintesi dell'attività ospedaliera 2008

Tipo di attività	Numero	Variazione % rispetto al 2007
Acuti		
Ordinario	7.735.053	- 1,7 %
Day Hospital	3.504.217	- 2,3 %
Riabilitazione		
Ordinario	296.644	- 0,4 %
Day Hospital	64.747	- 2,5 %
Lungodegenza	104.608	+ 3,0 %
Neonati	423.949	+ 2,2 %
Totale	12.128.678	- 1,7 %

↳ L'Analisi sull'attività di ricovero in cifre

- 76 milioni** le giornate complessive passate dagli italiani in ospedale
- 195** il numero di ricoveri ogni mille abitanti
- 150** ogni mille abitanti, i ricoveri nelle regioni più virtuose
- 200** ogni mille abitanti, i ricoveri nelle regioni meno efficienti
- 6,7** giorni è la durata del ricovero in ospedale
- 1,97** giorni è la durata della degenza media pre-operatoria, indice di efficienza organizzativa

CONVEGNO ANAAO ASSOMED

LA DIFFICILE RIMONTA DELL'ABRUZZO

Ce la sta mettendo tutta l'Abruzzo per scrollarsi di dosso l'appellativo di Regione canaglia. Per essere cancellata dal libro nero delle Regioni in profondo deficit economico. Una risalita non facile, ulteriormente ostacolata dal macigno del terremoto che nel suo seminare vittime e distruzione ha svelato, con crudezza, la parte più retriva della sanità. Quella che senza scrupoli e con grande sperpero di denaro pubblico ha edificato un gigante dai piedi d'argilla, il San Salvatore de L'Aquila. Un'ennesima pagina buia da aggiungersi alle molte altre che – dal 2003 fino all'avvio delle manovre correttive reclamate dal Piano di rientro – hanno prodotto mediamente 200 milioni di deficit annui e un disavanzo di circa un miliardo e 700 milioni di euro. Anche la terapia che si sta mettendo in atto per sistemare le dissestate casse regionali ha prodotto fin ora scarsi risultati. Il debito, anche se assottigliato, continua a pende-

re come spada di Damocle sugli abruzzesi. E ha imposto palle rigide ai medici, i quali lavorano con organici ridotti e combattono contro un precariato che non trova soluzione. Uno scenario difficile che vede l'Anao Assomed in prima linea, sempre pronto ad intervenire sulle tante, troppe, peccche del sistema. Per questo il 13 novembre scorso il sindacato ha organizzato il convegno "Sanità in Abruzzo. Il piano di rientro dopo il sisma del 6 aprile. Ricostruzione e riordino della rete ospedaliera" moderato da Domenico Iscaro, presidente dell'Anao Assomed e Filippo Gianfelice, segretario regionale del sindacato. Un'occasione per scattare un'istantanea della situazione con i dati presentati da Giovanna Baraldi, responsabile dei Piani di Rientro dell'Agenas e Ferdinando Romano, direttore dell'Asr abruzzese. Ma anche per capire qual è il futuro della sanità abruzzese con un dibattito moderato da Cosimo Napoletano, presidente Omceo di Teramo, al quale hanno partecipato oltre

Il convegno "Sanità in Abruzzo. Il piano di rientro dopo il sisma del 6 aprile. Ricostruzione e riordino della rete ospedaliera" organizzato a L'Aquila ha fotografato una realtà in profonda crisi. Un quadro difficile che vede i medici dell'Anao pronti a combattere per risollevare la sanità abruzzese e per dare aiuto alle popolazioni terremotate

↳ Ester Maragò

al segretario nazionale dell'Anao Assomed Carlo Lusenti, i vertici delle istituzioni regionali, dal governatore Gianni Chiodi al sindaco de L'Aquila, Massimo Cialente, dall'assessore alla sanità Lanfranco Venturoni al rettore dell'Università del capoluogo abruzzese, Ferdinando Di Orio.

Non ci sono più scuse per le Regioni, ha ricordato Iscaro, perché con il federalismo la parola d'ordine dovrà essere "autonomia sul fronte della spesa, delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi sanitari". E l'Abruzzo parte già con un importante handicap. La Regione – ha spiegato il direttore dell'Asr, Ferdinando Romano – sta infatti collezionando molteplici criticità non risolte: nel-

le Aziende manca la contabilità analitica, si lotta ancora per raggiungere l'appropriatezza dei ricoveri, i piccoli ospedali non sono stati riconvertiti, e non è certo se lo saranno come prevede il Piano di rientro. Inoltre, l'obiettivo del tasso di ospedalizzazione di 180 per mille abitanti (quello nazionale è di 160 per 1000), previsto per il 2009, non è stato raggiunto. Insomma, per Romano, c'è ancora molto da fare. Anche perché, ha ricordato, oggi "si continua a viaggiare con 51 milioni di disavanzo". Sicuramente una cifra che non fa tremare i polsi come quella cumulata da altre realtà. Peccato che in Abruzzo, come ha senza mezzi termini sentenziato Giovanna Baraldi dell'Agenas: "Si è speso molto e si è speso male, con risultati di considerevole inefficienza, per cui viene erogata una sanità di bassa qualità ed efficacia. Tant'è che le unità operative di chirurgia, ortopedia, ostetricia rischiano di essere decadenti e di portare ad una inefficacia dell'atto medico".

NUMERI DA "CAPOGIRO"
È impietosa la fotografia dell'Abruzzo scattata da Giovanna Baraldi. I dati illustrati dal-

la rappresentante dell'Agenas parlano di un tasso di ospedalizzazione pari a 215 per mille abitanti "raggiunto non grazie ad un'operazione di razionalizzazione, ma all'intervento della magistratura". Di un tasso di posti letto per acuti pari a 4,2 pl per mille, rispetto all'obiettivo nazionale di 3 pl per mille. Ancora, i ricoveri ordinari sono nel 45% dei casi rivolti agli over 65. I ricoveri sono caratterizzati da una bassa complessità, con un peso inferiore a 1 (quindi descrivono prestazioni che potrebbero essere rese in regime ambulatoriale e non negli ospedali con tecnologie avanzate). I 43 Drg a rischio di inapproprietezza sono al 13% (nelle Regioni virtuose sono al 6-7%). E poi la percentuale di ricoveri chirurgici è troppo bassa (con rischi per il paziente e gli operatori), mentre è elevata la percentuale di ricoveri ripetuti (30%), il ricorso al parto cesareo raggiunge percentuali vertiginose (45%) e sono numerosissime le strutture che fanno meno di 500 parti l'anno. Le affezioni nel neonato sono al 25% contro il valore nazionale del 19%. La mobilità passiva è rivolta verso le Marche, una Regione che, ha affermato Baraldi, non



FILIPPO GIANFELICE, segretario regionale Anao Assomed Abruzzo

La sanità che vogliamo

brilla in quanto a qualità dell'offerta, per cui "gli abruzzesi fuggono per stare peggio".

E poi c'è il nodo del privato (il 33% solo nella provincia di L'Aquila). "Il 64% dei ricoveri - ha detto Baraldi - ha un peso inferiore a 1. Stiamo finanziando ricoveri come nel pubblico, che non hanno bisogno di ricovero ordinario". Inoltre, nei piccoli ospedali tra il 70 e il 91% dei ricoveri sono dedicati agli over 75. "Raggiungere gli obiettivi nazionali - ha chiarito Baraldi - non vuol dire accontentare le Regioni virtuose, ma riuscire a dare ai cittadini cure appropriate sul territorio, fornire cure alternative nelle residenze assistite e nei consultori. Così si raggiunge una sanità moderna". E le soluzioni? Baraldi non ha dubbi, anche perché, come ha ricordato "sono proposte già validate dal Ministero". "Dall'assistenza del letto - ha spiegato - bisogna passare a quella della funzione. Le strutture devono essere funzionali ai volumi di attività non alle persone. La medicina di famiglia deve iniziare ad assumersi le proprie responsabilità, soprattutto bisogna evitare le duplicazioni con il privato".

MEDICI PUNTO DI RIFERIMENTO DELLA COMUNITÀ

Insomma, l'Abruzzo deve rimpiacersi le maniche e affrontare un cambiamento non più evitabile. E i medici, su questo fronte, possono fare molto. "Per risolvere i problemi non bastano né la cultura politica, né quella economica - ha detto Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anao - servono valori, consapevolezza



Carlo Lusenti

L'Abruzzo è una delle Regioni che registra una situazione drammatica, soprattutto in campo sanitario, stretta da un lato dalla pesante situazione debitoria realizzata nel corso degli anni e dall'altra dalla necessaria e severa azione di risanamento concretizzata con l'elaborazione del Piano di rientro economico, che ha subito un ulteriore pesante aggravamento a causa del terremoto del 6 aprile. Lo scopo del convegno del 13 novembre è stato appunto quello di richiamare l'attenzione di quanti, politica, istituzioni, Università, si trovano ad essere impegnati su questi temi al fine di far sì che la necessità di rispettare i piani programmatici di riequilibrio della spesa, caratterizzati da

riforme strutturali soprattutto sulla organizzazione della rete ospedaliera, si adatti costantemente con la nuova situazione esistente. Questo comporta l'elaborazione di un nuovo progetto quanto più ampio e condiviso, e l'avvio di un dibattito rappresenta un mezzo per giungere a nuove scelte che prevedano la modifica del percorso fin'ora accettato ed aprano a nuove idee sulla ristrutturazione della Sanità in Abruzzo. Inoltre, aprire un confronto sulle modalità ed i tempi di ricostruzione delle strutture sanitarie dell'area aquilana, così duramente colpita, inserendolo nel più ampio progetto di rivalorizzazione e riassetto della rete

Ospedaliera abruzzese, pubblica e privata, è certamente un importante segno di maturità e consapevolezza della situazione. Ed i primi risultati di questa azione si sono concretizzati già il 16 novembre, con la presentazione, da parte dell'Assessore alla Sanità della regione Abruzzo insieme al Commissario della neonata Asl provinciale di L'Aquila, del cronoprogramma dei lavori che si attueranno nell'Ospedale martoriato de L'Aquila. Lavori che prevedono il raggiungimento del numero dei posti letto già presenti prima del 6 aprile entro il 20 dicembre e la completa ripresa dell'attività entro 120gg. Ma soprattutto viene anche

accettata l'idea proposta di costruire ex-novo una struttura centrale al fine di ottimizzare la struttura esistente dal punto di vista della efficienza e del contenimento dei costi di gestione.

La presenza di oltre 200 medici ospedalieri ha ribadito che la continua azione di stimolo alla riflessione che come categoria esercitiamo trova ancor più sostegno e stimolo ad insistere proprio nel momento in cui si iniziano ad intravedere risultati.



Filippo Gianfelice

za e unità. E noi abbiamo una grande responsabilità. Una responsabilità che i medici hanno sempre avuto nella storia dell'umanità: essere un punto di riferimento della comunità. Siamo intelligenza collettiva che si mette a disposizione degli altri. Senza questi valori la politica diventa gestione della clientela e del malaffare". La cattiva politica, ha affermato Lusenti, fa la pessima sanità e i medici questo non lo vogliono come professionisti e come cittadini. Però, ha ammonito Lusenti, bisogna fare della scelta. Anche a costo di perdere oggi consensi, i quali verranno però riconquistati domani. Quindi, la medicina deve cambiare a iniziare da quella del territorio, dove i medici di famiglia devono modificare il loro modo di esercitare la professione: "Basta con i medici free lance che esercitano la medicina del 1800 - ha detto Lusenti - servono strutture adeguate, riconvertendo i piccoli ospedali". Bisogna poi fare i conti con il privato, senza pregiudizi: "Ma deve finire la storia che il privato in sanità privatizzi gli utili e socializzi perdite che vengono messe a carico dei bilanci regionali. E questo avviene non solo in Abruzzo". Anche la formazione deve es-

sere rivista. E profondamente. "In un Paese di sessanta milioni di abitanti, che non sta tra l'altro formando medici e specialisti necessari alle richieste future, abbiamo 43 facoltà di medicina e ben 1.400 scuole di specializzazione e di queste il 50% ha un solo studente iscritto. Questo significa buttare i soldi. Soprattutto non possono essere solo i medici a pagare le spese di queste inefficienze".

POST TERREMOTO, SI LAVORA ANCORA

Lusenti non dimentica il terremoto: "Non dobbiamo scordare quello che è accaduto. Bisogna fare ripartire l'ospedale de L'Aquila, anche perché a distanza di sei mesi sento da parte dei colleghi che poco è cambiato e le critiche rimangono le stesse". Un punto sul quale l'assessore alla Sanità Lanfranco Venturoni, non concorda: "Per l'ospedale San Salvatore - ha dichiarato - abbiamo fatto tanto: è stata la prima struttura ad aprire a fine maggio con 100 posti letto disponibili per la popolazione. E l'obiettivo praticamente raggiunto è quello di 198 posti letto, più i 51 letti del G8. Il problema reale sono state le camere operatorie che presentavano

danni strutturali importanti. Per cui i tempi di recupero sono stati necessariamente lunghi. Per evitare gare europee abbiamo bandito, grazie ad una delega del Governo, una gara a trattativa privata proprio per riattivare in tempi brevi le camere operatorie. Comunque dal prossimo gennaio l'ospedale potrà ripartire a pieno ritmo".

LE PROSPETTIVE FUTURE

Non è invece così ottimistico il quadro dipinto dal presidente della Regione, Gianni Chiodi: "Questo sistema sanitario regionale così com'è non può più andare avanti e le casse e il sistema finanziario della Regione Abruzzo non possono più far fronte ad indebitamenti provenienti da questo stesso sistema. A fronte di 4 miliardi di euro di debiti - ha aggiunto Chiodi - abbiamo il dovere di costruire un nuovo sistema equilibrato e corretto. Per questo con il Governo abbiamo avviato una procedura negoziata che si basa su tre punti: la ristrutturazione della rete ospedaliera con strutture in grado di offrire prestazioni sanitarie di grande qualità; la possibilità di avviare una politica di investimenti a fronte del sacrificio che que-

sta regione si appresta ad affrontare; la questione del commissario straordinario per la gestione del Piano di rientro con la nostra richiesta di far coincidere tale figura con quella del presidente della Regione". E dal Governo, ha assicurato Chiodi, "abbiamo ottenuto finora risposte convincenti". Per gli investimenti di edilizia sanitaria è stata, infatti, riconosciuta alla Regione Abruzzo, anche alla luce del terremoto, priorità nell'attingere ai fondi ex articolo 20. Insomma, una boccata d'ossigeno per una Regione in affanno da non trascurare. Su sempre sul fronte della riforma del Servizio sanitario regionale, l'assessore Venturoni, ha assicurato che "non verranno chiusi ospedali, ma alcuni di questi saranno interessati a processi di riconversione che voglio siano condivisi con tutte le forze locali". Non solo, rivolgendosi alla platea, Venturoni ha detto che "in questo momento storico per la sanità abruzzese, i medici non possono rimanere fuori dal processo di riforma, per questo è necessario un atto di responsabilità di tutti".

L'assistenza psichiatrica in Italia NEGLI ULTIMI 30 ANNI (seconda parte)

LE CRITICITÀ DELLA PSICHIATRIA

↳ Enrico Rosini - Dirigente Medico Psichiatra Rm A Roma

Come sappiamo il nostro Paese spende sempre meno in Sanità: dal 2000 al 2007 la spesa pro-capite degli italiani è cresciuta meno della media Ocse. Secondo il "Progetto Obiettivo Nazionale 2002", il finanziamento per la Psichiatria non dovrebbe essere inferiore al 5% del finanziamento sanitario regionale e rinegoziabile. Condizione lontana dalla realtà. In alcune Regioni il finanziamento della spesa per la Salute mentale attinge ad un fondo comune, sia per le strutture pubbliche, sia per quelle private, rendendo opinabili i "distingui" relativi alle differenti cornici di intervento. In alcune città, ad esempio, la dotazione di posti letto/popolazione negli Spdc è ben inferiore agli standard, favorendo indirettamente l'assistenza privatistica. È emblematica la situazione dell'area metropolitana romana che può contare oggi su circa 250 posti letto a fronte dei 500 necessari per la popolazione assistita, col risultato di vedere accorciati innaturalmente i tempi di degenza, di vedere affollati i reparti con conseguente rapido deterioramento strutturale, ed obbligo di ricoverare solo specifiche categorie di pazienti. Anche per le agenzie territoriali si hanno situazioni analoghe, in termini di carenze di operatori e di strutture. In alcuni Paesi europei, dove l'emergenza di nuovi disagi sociali e giovanili e l'aumento della domanda sono state affrontate con maggior determinazione che nel nostro paese, la percentuale di spesa per la salute mentale ha raggiunto il 9% del finanziamento alla sanità.

Da più parti viene riconosciuto che il passaggio dall'Ospedale psichiatrico alla "Psichiatria di Comunità" non è applicabile a tutti i pazienti indiscriminatamente. Alcuni necessitano di strutture psichiatriche comunitarie in maniera duratura, problema disatteso per anni e impossibile da risolvere con la semplice chiusura dei manicomi, intesi come luoghi

della cronicità. Occorre evitare che la de-istituzionalizzazione finisca per diventare una sorta di re-istituzionalizzazione nella comunità.

Qualsiasi tipo di cura può risultare dannoso se non è di "provata efficacia". La formazione spesso "umanistica" degli operatori può recepire con difficoltà un modello di formazione e di pratica medica fondato sull'approccio "evidence-based". Il confronto con l'Ebm è, oggi, fatti salvi i necessari distinguo in tema di ricerca clinica ed a fronte della sempre maggiore complessità degli interventi, anche in campo psicoterapico, ineludibile. Si tratta certamente di un paradigma che può modificare radicalmente la prassi e portare a conflitti e disfunzioni all'interno di gruppi e comunità di lavoro che per decenni si sono organizzate, svolgendo assai spesso un lavoro egregio (*effectiveness* più che *efficacy*), secondo una comune visione del mondo e della conoscenza scientifica. Il continuo monitoraggio della qualità dell'intervento (il trattamento posto in essere, la "presa in carico", i temi della residenzialità e della riabilitazione, il lavoro per i pazienti, etc.), sono aspetti della pratica psichiatrica che non necessariamente possono sottrarsi ad una normativa e ad un calcolo del loro peso economico, come è destino per altre specialità mediche. In Psichiatria, d'altro canto, la pratica migliore per il paziente e per la comunità non si può fondare sui soli giudizi di manager e statistici. Ne soffrirebbe la relazione clinica, trascurati gli aspetti psicologici e verrebbe a crearsi un'oscura ortodossia dell'intervento. È certo, però, che una valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi, effettuata da un ente indipen-

dente, pena l'inevitabile autoreferenzialità, tanto cara ad una certa nostra psichiatria, comporterebbe una messa in discussione di prassi ormai "consolidate" ma potenzialmente prive di un razionale scientifico.

Le figure professionali che operano nei Dsm sono tuttora organizzate secondo equippe multiprofessionali, che accomunano psichiatri, psicologi, assistenti sociali, etc. L'equipe è responsabile della "presa in carico" dei pazienti, cioè di una diretta assunzione di responsabilità nei confronti di un'utenza territoriale definita. L'operatività dell'equipe si struttura secondo un adeguato bilanciamento tra la volontarietà dei trattamenti, la lotta all'abbandono dei pazienti che eludono o si oppongono al trattamento, fino all'adozione di misure coercitive come il Tso, e la riduzione del grado di dipendenza del paziente dal sistema assistenziale. Nel nostro Paese non esistono modelli di intervento di Psichiatria di Comunità per pazienti con scarsa compliance al trattamento, come lo "Assertive Community Treatment" o gli "Outreach Program", adottati e validati da anni nei paesi anglosassoni.

Come ha ribadito il Progetto Obiettivo Nazionale 1998-2000, la mission dei Dsm è la presa in carico delle persone affette da disturbi mentali gravi. La quota maggiore di risorse umane ed economiche sono impegnate proprio nel trattamento dei disturbi psicotici gravi degli adulti, sebbene sia sempre più evidente il sempre maggiore impatto degli esordi negli adolescenti e nei giovani adulti, che possono portare, nel tempo, a disturbi psicotici gravi. Disturbi di personalità, "doppie diagnosi", disturbi alimentari, quadri in co-

morbidità con malattie somatiche o in pazienti anziani sono disturbi a sempre maggiore impronta epidemica, a volte con aspetti "sottosoglia", quindi percentualmente sottostimati. Tali disturbi costituiscono un'utenza di cui, spesso, i Dsm non riescono a farsi carico proprio perché carenti di personale addestrato e di linee di intervento specialistiche in funzione delle diagnosi e delle situazioni di vita. Anche qui un problema di investimenti, risorse e organizzazione. Se i Dsm concentrano comprensibilmente le loro risorse sul trattamento dei pazienti psicotici cronici, a volte con scarsa efficacia vista la natura del loro disturbo, chi si occuperà degli altri disturbi psichici, maggiormente prevalenti nella popolazione generale? Li si può ignorare, o suggerire loro di rivolgersi al privato, o affidarli ai medici di base privi, oggettivamente, delle auspicabili competenze specialistiche, seppur volentosi.

Le equippe multiprofessionali sono la storica e tuttora imprescindibile organizzazione dei servizi territoriali. Il lavoro in equippe è passato da un'esaltazione quasi mitica negli anni ottanta ad una potenziale inattualità odierna. È un modello pensato soprattutto per il territorio e per i pazienti gravi. Oggi rischia di frustrare le legittime aspirazioni verso l'autonomia professionale dei singoli operatori coinvolti e la loro identità professionale. Il mito fondante delle equippe si basava su un'organizzazione democratica ed egualitaria degli operatori, tesa ad ovviare agli aspetti autoritari delle cure. Mentre i medici hanno oggi meno potere decisionale, le altre figure professionali hanno aumentato la loro autonomia, crean-

do nuovi equilibri decisionali e confusione nelle competenze. In sostanza vi opera una condizione di intercambiabilità degli operatori che sarebbero in grado di porre una diagnosi e formulare l'opportuna terapia. In questo modo, però, ci si appropria di quello che è, in sostanza, un "atto medico". La stessa intercambiabilità degli operatori vale, frequentemente, per la posizione apicale dirigenziale di Responsabile di struttura. Questi meccanismi gestionali perversi stanno progressivamente emarginando gli psichiatri dei Servizi pubblici verso la grave patologia cronica di marca biologica, che impone trattamenti farmacologici di lunga durata, limitando l'utilizzazione di competenze psicoterapeutiche fruibili da specifiche patologie. (vedi DM n. 3 del 2007).

Se non è chiaro chi è responsabile del "buon" governo clinico, è assai ben identificabile chi detiene la responsabilità medico-legale del paziente. Dopo anni di indeterminatezza, la Magistratura è sempre più dell'idea che lo psichiatra debba rispondere dei reati compiuti dolosamente da un proprio assistito nel momento in cui questi, "malato di mente", viene riconosciuto a posteriori incapace di intendere e di volere. È ciò che è successo recentemente ad un nostro collega. In questo modo, se i pazienti non saranno imputabili per reati da loro commessi, lo saranno gli psichiatri, che diventeranno penalmente responsabili dei comportamenti giudiziari dei propri assistiti. Ciò perché lo psichiatra riveste, nella propria funzione, una "posizione di garanzia" verso terzi e la collettività. La prospettiva interpretativa della Magistratura nei confronti della malattia

segue a pag. 14

Giurisprudenza

Paola Carnevale

Responsabilità per danno erariale

Il dirigente medico è responsabile per danno erariale cagionato ad una Asl derivante dalla mancata emissione di ricevute fiscali a fronte di prestazioni mediche rese in regime di attività intramoenia

Il dirigente medico che, a fronte di prestazioni rese in regime di attività intramoenia non emette regolare ricevuta fiscale, è responsabile per danno erariale cagionato alla Asl. Così deciso con sentenza della Corte dei Conti sezione giurisdizionale per la Liguria nel settembre scorso; la Corte ha condannato un dirigente medico responsabile della mancata emissione di ricevute fiscali a fronte di prestazioni rese in regime di attività intramoenia, al pagamento in favore della Asl di una somma di denaro e degli interessi legali maturati, nonché delle spese di giudizio.

Infatti, a seguito di verifiche fiscali sull'attività svolta nel 2005 e nel 2006 dal convenuto presso uno studio privato in regime di intramoenia allargata, veniva evidenziata, dall'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate la presenza di elementi costituenti presunzioni gravi, precise e concordanti relativamente alla mancata emissione di ricevute fiscali a fronte di prestazioni mediche rese dal dirigente medico in regime di intramoenia. L'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate procedeva pertanto alla ricostruzione dei compensi percepiti dal professionista negli anni 2005 e 2006, provvedendo inoltre alla denuncia dello stesso alla Procura della Repubblica. In

particolare, per l'anno 2006, l'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate, sulla base di documentazione extracontabile (annotazione in agenda degli appuntamenti per visite mediche), considerava come effettuate senza emissione di ricevuta fiscale le visite annotate in agenda alle quali non corrispondeva alcuna fatturazione, quantificandone un importo non fatturato. Per l'anno 2005, in assenza di documentazione extra-contabile analoga a quella rinvenuta per il 2006, lo stesso Ufficio procedeva, al contrario, con metodo induttivo alla ricostruzione dei compensi percepiti senza fatturazione. Secondo la Procura attrice, gli accertamenti condotti dall'Ufficio dell'Agenzia delle Entrate sarebbero attendibili e immuni da vizi logico-giuridici, dato che per il 2005 la determinazione dei compensi sarebbe stata effettuata con metodo induttivo sulla base di una serie di elementi ricavabili anche dai dati extracontabili del 2006, tra cui le giornate dedicate dal medico alle visite, le visite effettuate e il corrispettivo richiesto per visita. Sulla base della vicenda così ricostruita - posto che tali compensi non fat-

turati andavano versati all'Ente Ospedaliero, il quale avrebbe poi provveduto ad attribuirne il 90% al dirigente medico, trattenendone il 10% quale propria quota - la Procura attrice ha computato le somme dovute e non percepite dall'Ente Ospedaliero e, quindi, il danno per la Asl.

A nulla è valsa la difesa del medico che, costituitosi in giudizio, ha contestato nel merito l'accertamento condotto dall'Ufficio fiscale nella determinazione del quantum del danno.

La difesa ha ritenuto che sarebbe stato opportuno rifarsi all'unico dato certo di quantificazione del danno e cioè a quello risultante dall'indagine penale relativa all'anno 2006, che poteva essere utilizzato anche ai fini di un congruo ridimensionamento delle risultanze relative all'accertamento per l'anno 2005. Infatti il danno erariale sarebbe derivato dal mancato introito da parte dall'Asl della quota (10%) di compensi non fatturati a fronte di prestazioni mediche rese dal convenuto in regime di attività intramoenia allargata. Il Collegio, peraltro, ha ritenuto che la ricostruzione della vicenda ope-

rata dalla Procura attrice sia corretta sia sotto il profilo dell'individuazione del nesso causale tra la condotta del convenuto e l'evento dannoso sia sul versante della colpevolezza del convenuto sia nella quantificazione del danno imputabile.

Il danno, è infatti esclusivamente imputabile alla condotta dolosa del medico, non avendo questi rilasciato regolare ricevuta fiscale per i compensi derivanti da prestazioni rese in intramoenia.

Sulla base della documentazione riscontrabile in atti, e in particolare, sulla base delle indagini di polizia giudiziaria condotte nell'ambito del procedimento penale a carico del convenuto è stato inoltre possibile verificare il comportamento dello stesso da numerose testimonianze di soggetti che hanno usufruito delle prestazioni mediche dello specialista presso il suo studio, i quali hanno riferito di avere pagato l'onorario senza il rilascio di regolare ricevuta fiscale. Il Collegio inoltre ritiene che il danno riconducibile alla condotta del convenuto sia correttamente quantificato nell'importo determinato nell'atto di citazione. Infatti ritie-

ne che i fatti riportati costituiscono elementi sufficienti dai quali fondatamente dedurre, unitamente agli elementi valutativi considerati dall'Agenzia delle entrate, che l'accertamento su base induttiva, anche per l'anno 2005, sia attendibile ed immune da vizi logico-giuridici. Il Collegio ha evidenziato che, se in generale vale il principio secondo cui le presunzioni e le nozioni di comune esperienza rimesse alla prudente valutazione del giudice costituiscono mezzo di prova di rango non inferiore agli altri, nella fattispecie valgono anche i principi desumibili dalla disciplina di settore, dato che la possibilità di ricostruzione di un reddito con metodologia sia "induttiva" sia "sintetica" è espressamente prevista e disciplinata dalla normativa tributaria.

La quantificazione del danno operata dalla Procura attrice nell'atto di citazione, essendo basata su valori di reddito ricostruiti dall'Ufficio fiscale con la suddetta metodologia, risulta pertanto corretta e non contraddetta dalle successive indagini di polizia giudiziaria nell'ambito del procedimento penale a carico del convenuto.

LE CRITICITÀ DELLA PSICHIATRIA

segue da pag. 13

mentale appare in netto contrasto con il dettato della legge 180, fondamento della nostra assistenza psichiatrica, dove è scomparso qualsiasi riferimento ad una presunta pericolosità del malato di mente, al suo

obbligo di controllo e custodia piuttosto che di protezione. Inoltre, quali scenari si apriranno per i medici con il trasferimento della cura dei pazienti dagli Ospedali psichiatrici giudiziari ai Dsm?

In direzioni sorprendenti sembrano, poi, andare alcune recenti proposte di legge per la modifica della legge 180. Progetti spesso auto-

referenziali, che attribuiscono sempre maggiori rischi e responsabilità medico legali agli psichiatri e lontani dalle più recenti ed aggiornate legislazioni psichiatriche europee. Uscire dal provincialismo ideologico, dare spazio e voce a tutte le figure professionali ma ridefinire ruoli e responsabilità, fondare i modelli di intervento e la formazione del

personale psichiatrico su epistemologie scientifiche e di buon governo clinico, porre i medici al centro del processo terapeutico, recuperare i valori umani e la spinta ideale della 180 sono gli ingredienti imprescindibili di una Psichiatria moralmente e scientificamente avanzata.

(La prima parte dell'articolo è stata pubblicata sul numero 7/2009 di *Dirigenza Medica*)

Circolari ministeriali

Paola Carnevale

Circolare della Funzione Pubblica n. 7/2009: controlli sulle assenze per malattia

LA CIRCOLARE N. 7 DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, DETTA INDICAZIONI IN MERITO AI CONTROLLI SULLE ASSENZE PER MALATTIA ALLA LUCE DELLE RECENTI NOVITÀ INTRODOTTE DALLA RIFORMA "BRUNETTA"

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, Renato Brunetta, con circolare dell'11 novembre 2009, ha dettato alle amministrazioni pubbliche indicazioni in merito ai controlli sulle assenze per malattia degli impiegati pubblici, alla luce delle recenti novità introdotte con il D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni".

La circolare richiama l'attenzione sull'articolo 69 del decreto, il quale nell'introdurre nel testo unico sul pubblico impiego (D.lgs. 165 del 2001) l'articolo 55septies, detta in tema di controllo per malattia due disposizioni: l'obbligo per l'Amministrazione di disporre il controllo in ordine alla sussistenza della malattia del dipendente anche nel caso di assenza di un solo giorno, tenuto conto delle esigenze funzionali ed organizzative dell'azienda, e la titolarità in capo al Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione di stabilire con decreto fasce di reperibilità del lavoratore ammalato entro le quali devono essere effettuate le visite mediche domiciliari.

Il decreto, come anticipato dallo stesso Ministro, dovrebbe estendere la fascia di reperibilità dalle quattro ore attuali a sette ore (la circolare non specifica gli orari, ma dovrebbero essere dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18); saranno introdotte deroghe espresse all'obbligo di reperi-

bilità dei dipendenti in malattia, qualora si manifestino situazioni particolari, eventualmente connesse a stati patologici specifici, meritevoli di trattamenti derogatori.

Ad una più attenta lettura il contenuto più rilevante della circolare riguarda importanti indicazioni su come i dirigenti delle amministrazioni

devono regolarsi per evitare il dovere generale di richiedere la visita fiscale, anche nelle ipotesi di prognosi di un solo giorno determinando ingiustificati aumenti di carico di lavoro e della spesa. La circolare dunque suggerisce di effettuare un'istruttoria finalizzata a considerare l'effettiva utilità di richiedere la visita fiscale; ad esempio nel caso di assenza per malattia dovuta a visite specialistiche, cure o esami diagnostici, l'amministrazione dovrà soppesare l'opportunità di richiedere alle aziende sanitarie la visita fiscale, perché il tentativo di accedere al domicilio del lavoratore da parte del medico fiscale potrebbe porre in

essere un ingiustificato aggravio di spesa. La circolare, inoltre, ribadisce che imprevedibili carichi di lavoro o urgenze di una specifica giornata giustificano una gestione flessibile di richiedere la visita di controllo. Un'ultima precisazione: qualora certificati medici successivi alla visita fiscale attestino la modifica della situazione di patologia accertata inizialmente, l'amministrazione deve chiedere una nuova visita. Nella circolare, infine, si richiamano i dirigenti e i responsabili della gestione del personale ad osservare le disposizioni relative alle assenze per malattia impartite nel D.lgs. 150 del 2009, al fine di prevenire e contrastare, nel-

l'interesse della funzionalità dell'ufficio, le condotte assenteistiche.

Inoltre si sottolinea che l'inaidempimento colposo di tale dovere di vigilanza, come anche la decadenza dell'azione disciplinare per omissioni del dirigente, sono puniti con sanzioni a carico di quest'ultimo che vanno dalla decurtazione della retribuzione di risultato alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione.

CIRCOLARE della Funzione Pubblica n. 5/2009: assenze e presenze del personale

LA CIRCOLARE N. 5 DEL DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA, DETTA ULTERIORI INDICAZIONI OPERATIVE IN MERITO ALLA PUBBLICAZIONE DEI DATI SULLA DIRIGENZA E SULLE ASSENZE E PRESENZE DEL PERSONALE

Il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, Renato Brunetta, con circolare n. 5 dell'ottobre scorso, ha dettato alle amministrazioni pubbliche ulteriori indicazioni operative in merito alla pubblicazione dei dati sulla dirigenza e sulle assenze e presenze del personale (cosiddetta Operazione trasparenza), alla luce delle recenti novità introdotte dalla legge 69 del 18 giugno 2009 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile". Nella circolare si chiariscono i limiti dell'obbligo.

La circolare richiama l'attenzione sull'articolo 21 della legge il quale, nell'introdurre l'obbligo di pubblicazione dei dati, fa riferimento esclusivamente al personale avente

qualifica dirigenziale, anche con contratto a tempo determinato, ed ai segretari comunali e provinciali. L'adempimento richiesto da tale articolo obbliga le amministrazioni a pubblicare anche le retribuzioni annuali dei dirigenti. Si precisa che la pubblicazione riguarda gli emolumenti stipendiali percepiti annualmente dal dirigente come specificati nei contratti collettivi e non si riferisce in alcun modo ai dati reddituali della persona.

Dovranno pertanto essere pubblicati sia gli importi afferenti il trattamento fondamentale, sia quelli percepiti a titolo di retribuzione accessoria, mentre non devono essere pubblicati i dati relativi agli emolumenti percepiti da dirigenti per incarichi specifici, sia istituzionali, sia extraistituzionali

quali ad esempio la partecipazione a comitati e commissioni o lo svolgimento di attività di docenza. Con particolare riguardo alla dirigenza medica non sono oggetto di pubblicazione i dati relativi a compensi percepiti per lo svolgimento di attività professionale anche effettuata in regime di intramoenia. La pubblicazione inoltre deve riguardare i dati relativi a ciascun singolo dirigente. Pertanto l'esposizione di dati generali riferiti ad intere categorie di dirigenti non appare sufficiente ad integrare il dettato normativo.

Inoltre l'articolo 21 ha stabilito l'obbligo di pubblicare sul sito internet istituzionale "i tassi di assenza e di maggiore presenza del personale" e l'obbligo è ottemperato con la pubblicazione dei dati percentuali relativi al tasso sia di assenza, sia al tasso di presenza del personale raggruppato per unità organizzativa di livello dirigenziale. Si precisa inoltre che, avendo la rilevazione una ratio meramente conoscitiva ed informativa, nel computo del tasso di assen-

za dovranno ricomprendersi tutte le giornate lavorative di mancata presenza lavorativa ivi compresi i permessi ed i distacchi sindacali, i permessi di cui alla legge 104/1992, le assenze per astensione obbligatoria e tutte le assenze consentite dalle norme di legge e di contratto.

Si ricorda inoltre che la pubblicazione dei dati, le cui modalità sono state concordate con il garante della protezione dei dati personali, integra un preciso obbligo di legge per ottemperare il quale le amministrazioni non necessitano di alcuna autorizzazione e/o assenso da parte dei soggetti titolari dei dati medesimi. Il mancato od incompleto adempimento costituisce comportamento valutabile alla stregua del principio di buon andamento dell'amministrazione ed è sanzionabile in base alle previsioni di leggi e dei Ccnl.



Renato Brunetta

SCUOLA CARLO URBANI
per la Formazione dei Medici per la Cooperazione Internazionale

6° CORSO DI FORMAZIONE

EVENTO ECM

PROGRAMMA PRELIMINARE
FIRENZE 12 marzo - 29 maggio 2010

OBIETTIVO DEL CORSO

Proporre un livello di formazione di "base" in merito all'organizzazione del lavoro delle équipes sanitarie, nell'ambito della cooperazione internazionale in particolare modo orientata verso i progetti di sviluppo umano. Il corso ha ottenuto crediti dalla Commissione NFC.

DURATA DEL CORSO

6 Moduli quindicinali della durata di 4 + 8 ore da tenersi da settembre a novembre 2009, il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina e pomeriggio per complessive 72 ore. Il Corso è riservato ai medici ed alle altre professioni sanitarie interessati alle problematiche della cooperazione

DIRETTORE DEL CORSO

Paolo Quondam

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Egidio Di Pedè
Enrico Reginato

RECAPITI

Telefono e fax: 055 496035
e.mail: segr.toscana@anaao.it

SEDE DEL CORSO

Residence Palazzo Ricasoli
Via Mantellate, 2 - Firenze
telefono 055 352151 fax 055 495001

DOCENTI

MARCO ANSELMO Malattie Infettive - Ospedale di Savona
ALESSANDRO BARTOLONI Malattie tropicali - Università Firenze
FRANCO BONANNI Esperto problematiche Albania, America Latina e Centro America
LUIGI CAFIERO referente UNDP Albania
DANTE CARRARO Direttore Medici con l'Africa CUAMM

LUCIANO CARRINO Ministero degli Affari Esteri- UNDP Roma
GIORGIO CORTASSA Esperto in medicina d'urgenza e problematiche della Cina
VALERIO DEL BONO Malattie Infettive - Ospedale San Martino di Genova
GIANLUCA FALCITELLI ONG CISP Roma
LUIGI FERRANINI Dipartimento salute mentale - Ospedale Galliera Genova

PIERGIORGIO GABASSI Psicologia delle organizzazioni e del negoziato - Gorizia
SILVIO GALVAGNO Chirurgo ONG CCM - Torino
GIUSEPPE GIAGNORIO Medicina d'Urgenza - Ospedale di Gorizia
ANTONIO GUERCI Antropologia Medica - Genova
ROSARIO LEMBO Contratto Mondiale per l'acqua

ALESSANDRO LORETTI Esperto in salute pubblica e Azione umanitaria - Ginevra
GAVINO MACIOCCO Istituto d'igiene dell'Università di Firenze
AMBROGIO MANENTI Direttore WHO Office Iran
GIUSEPPE MEO Chirurgo ONG CCM - Torino
GIACOMO NEGROTTA Responsabile UNDP Libia

FAUSTO ORECCHIO Istituto d'Igiene - Università Cattolica Roma
GABRIELLA PAGANO Malattie Infettive - A.O. San Martino Genova
LUCA SCALI Dirigente medico, epidemiologo - Siena
ANGELO STEFANINI Istituto di Igiene Università di Bologna
GIUSEPPE TOMMASINI Esperto problematiche Africa orientale

PROGRAMMA

MODULO I venerdì 12 - sabato 13 marzo 2010	MODULO II venerdì 26 - sabato 27 marzo 2010	MODULO III venerdì 9 - sabato 10 aprile 2010	MODULO IV venerdì 23 - sabato 24 aprile 2010	MODULO V venerdì 14 - sabato 15 maggio 2010	MODULO VI venerdì 28 - sabato 29 maggio 2010
CONOSCENZA DI BASE	VISIONE GENERALE: PER CAPIRE	ALLARGARE LA VISIONE	MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 1	MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 2	ATTRIBUZIONE E PRESA IN CARICO
<p>venerdì 15.00-17.00 Modello partecipativo, alternative alla cooperazione bilaterale e commerciale, cooperazione multilaterale, sviluppo umano, prospettive per la cooperazione decentrata <i>Luciano Carrino</i></p> <p>17.00-19.00 UNDP ARTGOLD Libano: dai progetti ai piani di sviluppo <i>Luigi Cafiero</i></p> <p>sabato 9.00-13.00 Programmazione e costruzione di un progetto di cooperazione per lo sviluppo <i>Franco Bonanni</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Primary Health Care <i>Luca Scali</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-19.00 Antropologia della salute, costumi e religione nella molteplicità e nella diversità <i>Antonio Guerci</i></p> <p>Sabato 9.00-11.00 Malattie croniche nei PVS <i>Giuseppe Tommasini</i></p> <p>11.00-13.00 Disponibilità d'acqua. Acqua: diritto o bisogno? Le guerre per l'acqua <i>Rosario Lembo</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Disaster reduction, monitoraggio dei trend globali, allarmi precoci e contingency planning <i>Alessandro Loretti</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>Venerdì 15.00-17.00 Epidemie globali: nord e sud del pianeta. Equità e sistemi sanitari in evoluzione <i>Gavino Maciocco</i></p> <p>17.00-19.00 Il Sentiero difficile: 10 anni di Cooperazione sanitaria in Tibet <i>Gianluca Falcitelli</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 La disastrosa sindrome cinese. Troppo tardi, troppo poco? <i>Giorgio Cortassa</i></p> <p>11.00-13.00 le équipes sanitarie <i>Giorgio Cortassa</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Acqua e malattie trasmissibili <i>Fausto Orecchio</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-17.00 Globalizzazione e salute: i rapporti tra FMI, WTO e WHO - <i>Paolo Quondam</i></p> <p>17.00-19.00 Malattie infettive: inquadramento generale <i>Gabriella Pagano</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 Malattie ad elevata contagiosità e PVS <i>Marco Anselmo</i></p> <p>11.00-13.00 AIDS: diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei Paesi in via di sviluppo - <i>Valerio Del Bono</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Malaria, realtà e territori <i>Alessandro Bartoloni</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-17.00 Ruolo delle ONG in Medio Oriente - <i>Angelo Stefanini</i></p> <p>17.00-19.00 Sistemi sanitari in Africa: ruolo dell'ONG "Medici con l'Africa Cuamm" <i>Dante Carraio</i></p> <p>Sabato 9.00-11.00 Cooperazione sanitaria in Palestina e in Iran - <i>Ambrogio Manenti</i></p> <p>11.00-13.00 Urgenze mediche - <i>Giuseppe Giagnorio</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Comunicazione e negoziazione in aree di crisi - <i>Piergiorgio Gabassi</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p>	<p>venerdì 15.00-17.00 Organizzazione di un intervento di cooperazione internazionale <i>Giacomo Negrotto</i></p> <p>17.00-19.00 Salute mentale nei paesi in via di sviluppo e durante periodo bellico <i>Luigi Ferranini</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 Chirurgia nei paesi PVS <i>Giuseppe Meo</i></p> <p>11.30-13.00 Chirurgia di guerra - <i>Silvio Galvagno</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-16.00 Gestione delle ferite di guerra: ruolo dell'équipe <i>Silvio Galvagno</i></p> <p>16.00-18.00 Questionario di valutazione finale</p>

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anao Assomed

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

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

Coordinamento redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORI PERIODICI

Editore



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

Registrazione al Tribunale di Milano
n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb.

postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Roma
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di novembre 2009