

# DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DCB ANCONA

## Editoriale

### UN CONTRATTO DIFFICILE

di Serafino Zucchelli

La fine del 2005 e l'inizio del 2006 non ci portano buone novità.

La trattativa per il rinnovo contrattuale per il biennio 2004-2005 si è arenata.

Il giorno 10 novembre 2005 le Organizzazioni sindacali hanno presentato, dopo un confronto interno responsabile e produttivo, un testo unitario di proposte dalle quali si è differenziata, e solo in parte, la CGIL medici.

Come avete già ripetutamente avuto la possibilità di verificare nelle nostre passate dichiarazioni e nei documenti ufficiali, gli elementi fondamentali di tale proposta sono:

- Il riconoscimento economico non automatico, ma frutto di verifica da effettuarsi da parte del Collegio tecnico del Dipartimento, della crescita della capacità professionale, indipendente dal ruolo gestionale esercitato dai dirigenti medici.
- L'attribuzione di una remunerazione dignitosa per l'attività notturna svolta nell'orario di lavoro, eletta a simbolo del disagio del lavoro dei medici dipendenti del SSN.
- L'adeguamento del valore dell'ora di straordinario al nuovo tabellare ed il suo uso prioritario per le ore effettuate in PD e per fare fronte alle carenze di organico dovute a cause imprevedibili e non strutturali.

Tutto questo nella nostra proposta è mantenuto entro i limiti quantitativi di incremento del 5,07% della massa salariale previsto dal Comitato di settore, secondo gli accordi Governo-Confederazioni del 27 maggio 2005.

Siamo perfettamente consapevoli che nonostante questo rispetto dei limiti previsti la controparte aziendale potrà trovarsi talora in difficoltà quando sarà costretta a chiedere ai propri dirigenti un impegno eccedente il normale orario di lavoro.

Ma non è responsabilità del sindacato se questo accadrà.

Altri avevano il dovere di provvedere in tempo alla riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera, dei servizi, del sistema dell'emergenza urgenza territoriale e nei luoghi di cura.

Altri dovevano e devono porsi il problema della insostenibilità di un processo di formazione degli specialisti che sequestra i cinque anni più vivaci e produttivi della vita professionale di quarantamila giovani laureati seppellendoli, contro le norme vigenti, nell'asfittico circuito formativo di quaranta Facoltà di Medicina inca-

segue a pag. 3

## FINANZIARIA 2006

# Ecco le novità nella sanità

Con il sì da parte dell'aula di Palazzo Madama il maxi emendamento alla Finanziaria 2006 ottiene il definitivo via libera ed è legge dello Stato. La manovra, che ha avuto bisogno di tre letture, ha ricevuto 164 voti a favore, 105 voti contrari e nessun astenuto.

Tra gli interventi previsti per la sanità: finanziamento del Servizio sanitario nazionale, stanziati 93 miliardi, 91 per il fondo sanitario nazionale e 2 per il ripiano dei disavanzi pregressi (ma la somma sarà erogata in relazione agli esiti degli interventi di riduzione delle liste d'attesa). Altri 300 milioni sono stati stanziati per i medici specializzandi e 85 milioni a favore della ricerca medica. Tra le misure si segnalano quelle sulle ricette informatizzate dove si prevede che i medici di base e i pediatri dovranno trasferire su un circuito informatico almeno il 70% delle ricette, pena la perdita dell'indennità informatica prevista dal contratto. In caso di mancanza del codice fiscale dell'assistito l'Asl non liquiderà il rimborso. Per i farmaci è previsto un taglio dei prezzi a carico della "filiera del farmaco" vale a dire industrie, farmacisti e grossisti per saldare i disavanzi annuali della spesa farmaceutica. Altre misure di carattere sociale riguardano la famiglia con un "bonus bebè". Un assegno di 1.000 euro per tutti i bimbi nati nel 2005 e per tutti quelli del 2006, dal secondo in poi, anche adottati. È previsto un tetto di 50mila euro al reddito per poter usufruire del bonus. Asili: detrazione fiscale del 19% sulle spese sostenute dalle famiglie per gli asili nido fino a un massimo di 632 euro annui per ogni figlio. Disabili: 100 milioni alle famiglie con a carico soggetti portatori di handicap. All'interno tutti i commi riguardanti la sanità

Servizio alle pagine 2-3

## SSN - UNIVERSITÀ

# Le proposte Anaa per un nuovo equilibrio

Un convegno nazionale organizzato a Roma per fare il punto sul livello di integrazione tra Ssn e Facoltà di Medicina a sei anni dall'approvazione del decreto legislativo 517/99. I risultati sono sotto gli occhi di tutti: il processo stenta a decollare nonostante questo possa rappresentare un valore aggiunto per le aziende sanitarie, troppi i conflitti e i contenziosi nati tra le due parti in questi anni e troppe le regole non rispettate. Eppure l'integrazione è ormai indispensabile per dare quelle risposte che la società civile chiede.

All'interno il documento Anaa Assomed per una integrazione possibile ed urgente e gli interventi di Enrico Reginato, Alberto Sensi, Luciano Gabbani, Pierroberto Mioli.

Per richiedere il CD contenente gli atti del convegno "Le aziende sanitarie integrate: attualità e prospettive" inviare una e-mail a: [ufficiostampa@anaao.it](mailto:ufficiostampa@anaao.it) specificando i dati per l'invio postale.

Servizio alle pagine 6-11

## MANDA LA TUA E-MAIL

Al fine di migliorare i servizi agli associati e rendere tempestiva la diffusione delle comunicazioni Anaa Assomed, invitiamo tutti gli iscritti ad inviare il loro indirizzo di posta elettronica - indicando dati anagrafici e numero di iscrizione - al seguente indirizzo: [posta@anaao.it](mailto:posta@anaao.it). Sarete iscritti anche alla NEWSLETTER che vi sarà recapitata ogni settimana sulla vostra casella di posta con gli ultimi aggiornamenti sull'attività politica e sindacale e con i link ai principali documenti.

## PRIMO PIANO

*Il Cdm ha approvato il Psn 2006-2008. Secondo il documento nel prossimo triennio si dovranno rafforzare la prevenzione, il governo clinico e le cure primarie. Un piano articolato e realistico che l'Anaa Assomed ha giudicato "ampiamente condivisibile" nelle linee strategiche e negli obiettivi*

ALLE PAGINE 4-5

## SPECIALE REGIONI

*Su questo numero focus su: Veneto. Intervista all'assessore regionale, Flavio Tosi e al segretario regionale Anaa Assomed, Salvatore Calabrese*

ALLE PAGINE 12-13

## TUTELA LAVORO

*Il conferimento degli incarichi di struttura complessa costituisce un tema di grande attualità che ha visto intensificarsi negli ultimi tempi l'impegno della giurisprudenza e della dottrina che si sono interrogate sulla natura, pubblicistica o privatistica, di detta procedura*

A PAGINA 14

Le aziende sanitarie integrate  
Attualità e prospettive

PIÙ OBBLIGHI PER LE AZIENDE SANITARIE E UN PREMIUM PRICE PER LE IMPRESE FARMACEUTICHE

# Finanziaria 2006: le norme della sanità

La legge Finanziaria 2006 ha raggiunto il traguardo. Approvate definitivamente da Camera e Senato, la manovra è entrata in vigore a partire dal 1° gennaio. Per la sanità le maggiori novità riguardano l'attivazione delle misure per contrastare le lunghe liste di attesa; l'attivazione di un centro nazionale di controllo per la valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni; l'aumento di fondi per l'informatizzazione nella sanità; l'attivazione dal 2006 del contratto di formazione per i medici specializzandi. Ma anche l'istituzione di un fondo aggiuntivo di 100 mln di euro per gli screening preventivi oncologici e la possibilità di devolvere il 5 per mille alla ricerca.

Via libera al maxiemendamento alla Finanziaria 2006. Per la sanità stanziati 93 miliardi: 91 vanno al cosiddetto Fondo sanitario nazionale, da ripartirsi tra le Regioni, e 2 per il ripiano dei deficit al 2004 ma legati agli interventi per ridurre le liste di attesa. Scompare il tetto per la mobilità sanitaria previsto nella prima versione del maxiemendamento. Ecco gli interventi previsti dalla Legge Finanziaria in materia di sanità; poiché il testo approvato dal Parlamento è formato da un solo articolo di ben 612 commi indichiamo il numero di questi ultimi.

## Patto di stabilità

**c.274.** In ambito sanitario si confermano gli obblighi posti a carico delle Regioni con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, finalizzati in particolare a mantenere l'equilibrio economico-finanziario, a garantire i Lea e a prevedere, dove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle Asl, la presentazione di piani di rientro. Pena la decadenza dei direttori generali.

## Ricette informatizzate

**c.275.** Fra gli adempimenti regionali è compresa la stipula, entro il 31 marzo 2006, di accordi attuativi con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per il raggiungimento di obiettivi e di standard erogativi ed organizzativi, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro, mediante il supporto del sistema della Tessera Sanitaria, del rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche effettuate da ciascun medico. Le Regioni che non stipuleranno questi accordi saranno considerate inadempienti.

**c.276.** Per la rilevazione dalla ricetta dei dati è riconosciuto per gli anni 2006 e 2007 un contributo, nei limiti di 10 milioni di euro. La mancata o tardiva trasmissione dei dati o la mancanza di uno o più elementi della ricetta è punita con la sanzione di due euro a ricetta. In caso di mancanza di codice fiscale dell'assistito sulla ricetta, la Asl competente non procede alla relativa liquidazione.

## Finanziamento del Ssn

**c.278.** Il livello complessivo della spesa del Ssn è incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dal 2006, rispetto a quanto stabilito dalla Finanziaria 2005: la cifra complessiva è dunque di 90,96 mld di euro. L'incremento è da ripartire tra le Regioni in base alla stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa

al fine della riduzione strutturale del disavanzo.

## Ripiano dei disavanzi

**c.279.** Lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi del Ssn per gli anni 2002, 2003 e 2004 con 2.000 milioni di euro. L'erogazione dell'importo è subordinata all'adozione, da parte delle Regioni, dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni.

**c.280.** L'accesso ai fondi di cui al comma 281, da ripartire tra tutte le Regioni sulla base del numero dei residenti entro il termine del 31 marzo 2006, è subordinato alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, a partire dall'entrata in funzione del Centro unico di prenotazione (Cup). A certificare la realizzazione degli interventi sarà il Comitato permanente per la verifica dei Lea.

**c.281.** L'accesso ai di cui al comma 281 è inoltre subordinato, per le Regioni che nel periodo 2001-2005 abbiano fatto registrare un disavanzo medio pari o superiore al 5% o che abbiano fatto registrare nell'anno 2005 un incremento del disavanzo rispetto all'anno 2001 pari o superiore al 200%, alla stipula di un apposito Accordo tra la Regione interessata e i ministri della Salute, dell'Economia ovvero all'integrazione di Accordi già sottoscritti per l'adeguamento alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008 e il perseguimento dell'equilibrio economico.

## Commissione sull'appropriatezza

**c.283.** Con decreto del ministro della Salute, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della Finanziaria, è istituita la Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, composta da esperti in medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, da rappresentanti del ministero della Salute, di rappresentanti designati dalla Conferenza Stato-Regioni e da un rappresentante del Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti. Per i lavori della Commissione è autorizzata la spesa annua di 100.000 euro a decorrere dall'anno 2006.

## Edilizia sanitaria - Ex art.20

**c.285.** Le Regioni destinano le risorse residue dell'ex art.20 alla costruzione, ristrutturazione e adeguamento di presidi ospedalieri, nonché agli interventi necessari al rispetto dei requisiti minimi strutturali e tecnologici previsti dal Dpr 14 gennaio 1997.

**c.310.** Decorso diciotto mesi dalla sottoscrizione, le richieste delle Regioni e delle Province Autonome per l'utilizzazione delle risorse per l'at-

tuazione del programma di edilizia sanitaria previsto dall'articolo 20 della Legge 67/88, si intendono risolti con la conseguente revoca dei corrispondenti impegni di spesa. Per gli accordi aventi sviluppo pluriennale, i termini si intendono decorrenti dalla data di inizio dell'annualità di riferimento prevista dagli accordi medesimi per i singoli interventi.

**c.311.** Le risorse rese disponibili a seguito dell'applicazione del comma 312 sono utilizzate per la sottoscrizione di nuovi accordi di programma, nonché per gli interventi relativi alle linee di finanziamento per le strutture necessarie all'attività libero professionale intramuraria, per le strutture di radioterapia e per gli interventi relativi agli Irccs, ai policlinici universitari, agli ospedali classificati, agli istituti zooprofilattici sperimentali e all'Iss.

**c.312.** In fase di prima attuazione, su richiesta della Regione interessata, da presentare entro il 30 giugno 2006, può essere disposto che la risoluzione degli accordi già sottoscritti, di cui al comma 312, con la revoca dei corrispondenti impegni di spesa, sia limitata ad una parte degli interventi previsti, corrispondente al 65 per cento delle risorse revocabili. Entro sei mesi dall'entrata in vigore del decreto di cui al presente comma, per l'utilizzo degli importi corrispondenti agli impegni di spesa non revocati, la Regione trasmette al ministero della Salute la richiesta di ammissione al finanziamento dei relativi interventi.

## Materiali dismessi

**c.286.** La cessione a titolo di donazione di apparecchiature e altri materiali dismessi da Asl, Aziende ospedaliere, Irccs di diritto pubblico e altre organizzazioni similari nazionali a beneficio delle strutture sanitarie nei Paesi in via di sviluppo o in transizione è coordinata dall'Alleanza degli ospedali italiani nel mondo.

## Sistema di verifica

**c.288.** Presso il ministero della Salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, è realizzato un Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas), che si avvale delle funzioni svolte da altri organismi di controllo.

**c.289.** Per le finalità di cui al comma 290, il ministero della Salute può avvalersi, anche tramite specifiche convenzioni, della collaborazione di istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari, nonché di esperti nel numero massi-

mo di 20 unità. Per la copertura dei relativi oneri è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008.

#### Certificazione dei bilanci

**c.291.** Con decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, entro il 31 marzo 2006 sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle Asl, delle Aziende ospedaliere, degli Irccs di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie.

#### Incrementazione Lea

**c.292.** Il ministero della Salute promuove una rimodulazione delle prestazioni comprese nei Lea, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e decrementare l'offerta in regime di ricovero ospedaliero; in materia di assistenza protesica si prevede che la fornitura di prodotti monouso per stomizzati e incontinenti e per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito venga inserita nel Livello essenziale di assistenza integrativa e che sia istituito il repertorio dei presidi protesici ed ortesici erogabili a carico del Ssn.

#### Aifa

**c.297.** Per potenziare le funzioni istituzionali dell'Aifa, finalizzate a garantire il monitoraggio dell'andamento della spesa farmaceutica e il rispetto dei tetti stabiliti, la dotazione organica complessiva della Agenzia è determinata dal 1° gennaio 2006 nel numero di 190 unità, con oneri finanziari a carico del bilancio della stessa Agenzia, cui vengono trasferite specifiche voci d'entrata. L'Aifa è tenuta a trasmettere al ministro della Salute e al ministro dell'Economia una relazione mensile sull'andamento della spesa.

#### Medici specializzandi

**c.300.** Per i medici specializzandi si prevede il trattamento economico, da determinare annualmente, costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata dei corsi, e da una parte variabile. Le risorse destinate al finanziamento della formazione dei medici specialisti sono incrementate di 70 milioni di euro per il 2006 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2007.

#### Lotta ai tumori

**c.302.** Per favorire la ricerca, la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione oncologica, lo Stato destina risorse aggiuntive e promuove un programma straordinario a carattere nazionale per l'anno 2006.

**c.304.** Al programma straordinario in oncologia vengono messi a disposizione 100 milioni di euro per l'anno 2006.

#### Assr

**c.308.** L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr) può richiedere il distacco fino a 10 unità di personale di ruolo del ministero della Salute

allo scopo di far fronte, tempestivamente e compiutamente, ai compiti previsti in materia di liste di attesa.

**c.309.** Per dare continuità al lavoro dell'Agenzia non si applica per il 2006, 2007, 2008 l'art.6, comma 1, L.145/02 (spoil system).

#### Accordi di programma nel settore farmaceutico

**c.313.** Per favorire sul territorio nazionale investimenti in produzione, ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico, per il triennio 2006-2008, il ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia, su proposta dell'Aifa, entro dieci mesi dall'entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto provvede ad individuare i criteri generali per la successiva stipulazione da parte dell'Agenzia medesima con le singole aziende farmaceutiche di appositi accordi di programma che prevedono in particolare l'attribuzione temporanea del "premio di prezzo" (premium price).

**c.314.** Gli accordi di programma di cui al comma 315 determinano le attività e il piano di interventi da realizzare da parte di ciascuna azienda, tenendo conto in particolare dei seguenti criteri: apertura o potenziamento di siti di produzione sul territorio nazionale; valore ed incremento del numero di personale addetto alla ricerca in rapporto al personale addetto al marketing; sviluppo di sperimentazioni cliniche di fase I-II aventi in Italia il comitato coordinatore; numero ed incremento delle procedure in cui l'Italia viene scelta dalle aziende farmaceutiche come Paese guida per la registrazione dei farmaci innovativi nei Paesi dell'Ue; valore ed incremento dell'export e dei relativi certificati di libera vendita nel settore farmaceutico per le materie prime e per i prodotti finiti.

**c.315.** Sulla base degli impegni definiti e verificabili di cui al comma 316, viene attribuito il premio di prezzo, la cui entità non può superare il 10% dell'impegno economico derivante dagli investimenti, da riconoscere alle imprese destinatarie dell'accordo, nell'ambito di una apposita procedura di negoziazione dei prezzi. Gli accordi individuano anche le procedure ed i soggetti responsabili per il monitoraggio e la verifica dei risultati derivanti dall'attuazione degli interventi programmati.

**c.316.** Per le medesime finalità, l'intesa della Conferenza Stato-Regioni per la determinazione del fabbisogno finanziario sanitario annuale per i rispettivi anni per le singole Regioni, nel rispetto del livello complessivo di spesa per il Servizio sanitario nazionale di cui al comma 280, può fissare un importo finanziario aggiuntivo fino a 100 milioni di euro per il 2006.

#### Federalismo fiscale

**c.320-324.** Per gli anni dal 2002 fino all'adozione dei provvedimenti della riforma dell'articolo 119 della Costituzione e quindi del federalismo fiscale, vengono stabiliti i criteri per il calcolo del fondo perequativo sulla base del Dlgs 59/2000. In pratica, le modifiche proposte dalle Regioni fino allo scorso luglio consentono di

sbloccare 12 miliardi di fondi, che dovranno essere ripartiti entro il 31 marzo 2006 con decreto del ministero dell'Economia, sentita la Conferenza Stato-Regioni. Vi è inoltre una maggiore discrezionalità sui parametri di calcolo per la perequazione, ridotta del 5% per il 2002 e dell'1,5% annuo a partire dal 2003; mentre si prevede un'unica aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef, che passa allo 0,9% a partire dall'anno 2004. Infine, si prorogano i trasferimenti erariali a tutto il 2006 e viene confermato per il 2005 il fondo di garanzia per compensare le minori entrate Irap e addizionali Irpef.

#### 5 per mille

**c.337.** Per l'anno finanziario 2006, ed a titolo iniziale e sperimentale, fermo quanto già dovuto dai contribuenti a titolo di imposta sul reddito delle persone fisiche, una quota pari al 5 per mille dell'imposta può essere destinata a sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale; al finanziamento della ricerca scientifica e dell'università; al finanziamento della ricerca sanitaria; alle attività sociali svolte dal Comune di residenza del contribuente.

#### Spesa farmaceutica

**c.408.** In caso di superamento del tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica è prevista una temporanea riduzione del prezzo dei farmaci comunque dispensati o impiegati dal Ssn, nella misura del 60% del superamento.

#### Dispositivi medici

**c.409.** Ai fini della razionalizzazione degli acquisti da parte del Ssn sono stabilite le modalità di aggiornamento della banca dati del ministero della Salute per il monitoraggio nazionale dei consumi dei dispositivi medici. Le Regioni, in caso di omesso inoltre al ministero della Salute delle informazioni, adottano i medesimi provvedimenti previsti per i Direttori generali in caso di inadempimento degli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa sanitaria. Le aziende che producono o immettono in commercio in Italia dispositivi medici sono tenute a dichiarare mediante autocertificazione diretta al ministero della Salute-direzione generale dei farmaci e dispositivi medici, entro il 30 aprile di ogni anno, l'ammontare complessivo della spesa sostenuta nell'anno precedente per le attività di promozione rivolte ai medici, agli operatori sanitari, compresi i dirigenti delle Asl, e ai farmacisti, nonché la ripartizione della stessa nella singole voci di costo. Entro la stessa data, le aziende che producono o immettono in commercio dispositivi medici versano, in conto entrate del bilancio dello Stato, un contributo pari al 5% delle spese autocertificate al netto delle spese per il personale addetto. Per l'inserimento delle informazioni nella banca dati, i produttori e i distributori tenuti alla comunicazione sono soggetti al pagamento, a favore del ministero della Salute, di una tariffa di euro 100 per ogni dispositivo o per le informazioni relative a modifiche dei dispositivi già inclusi nella banca dati.

*segue dalla prima*

*paci di svolgere da sole un compito così arduo.*

*E di fronte a questa incapacità di governo, a questa ignavia l'unica medicina per fare funzionare il SSN dovrebbe essere quella di continuare a pretendere che i dirigenti del servizio prestino la loro opera difficile, disagiata e rischiosa senza orario e senza retribuzione aggiuntiva?*

*Noi rivendichiamo il merito di aver richiamato l'attenzione su*

*questi problemi troppo a lungo dimenticati. Forse quello che non è stato possibile raggiungere attraverso una buona amministrazione lo diventerà sotto la spinta del contratto nazionale. E' evidente che di fronte a questo tipo di problemi l'Aran sentisse il bisogno di verificare le indicazioni del Comitato di settore. Ma qui finisce la fisiologia e comincia la patologia. Nulla vogliamo sapere delle relazioni tra Aran e Regioni, tra Aran*

*e parti dell'esecutivo. Non possiamo pensare che l'insensatezza di qualcuno ritenga di poter rinnovare il direttivo dell'Aran nel mezzo di trattative difficili e fuori tempo massimo. La decenza vorrebbe che il contratto fosse rinnovato subito, entro pochi giorni. Per parte nostra siamo costretti a ricorrere all'unico strumento che ci è rimasto: le azioni sindacali.*

*Serafino Zucchelli*

IL CONSIGLIO DEI MINISTRI HA APPROVATO IL PIANO SANITARIO NAZIONALE 2006-2008

# La prevenzione è il primo obiettivo

Secondo il documento messo a punto dal ministero della Salute nel prossimo triennio si dovranno rafforzare innanzi tutto prevenzione, governo clinico e cure primarie.

Un Piano molto articolato e realistico, che l'Anaa Assomed ha giudicato "ampiamente condivisibile" nelle linee strategiche e negli obiettivi

Il Piano Sanitario Nazionale per il prossimo triennio era stato annunciato dal ministro Francesco Storace all'indomani del suo insediamento al ministero della Salute. Dopo la pausa estiva il documento era sostanzialmente pronto: la bozza integrale è stata consegnata alle Regioni, mentre ai rappresentanti dei sindacati del settore il ministro ha dato, il 3 ottobre scorso, una sintesi del Piano.

Il testo di questo documento sembra sfuggire all'accusa di essere un "libro dei sogni", ricco di ipotesi entusiasmanti ma difficilmente realizzabili, e analizza la realtà sanitaria del Paese e le linee di intervento per i prossimi tre anni con molta concretezza. Tuttavia non sono mancate le reazioni critiche, a cominciare da quelle espresse dai rappresentanti delle Regioni, che hanno accusato il ministero di non aver tenuto conto della nuova realtà federalista disegnata dalle modifiche del Titolo V della Costituzione (vedi box a pagina 8), e di Cgil, Cisl e Uil che hanno sottolineato la forte impronta cen-

tralista del documento. L'Anaa Assomed ha giudicato invece "ampiamente condivisibili" le linee strategiche e i progetti indicati nel Psn, elaborando un documento analitico che pubblichiamo in queste pagine.

Il Psn 2006-2008, con un testo sostanzialmente invariato rispetto alla prima bozza presentata dal ministro, è poi stato approvato in Consiglio dei Ministri il 2 dicembre scorso, per poi passare all'esame delle competenti Commissioni parlamentari. L'ultimo atto dovrebbe essere l'Intesa da parte delle Regioni, da esprimere entro il prossimo 31 marzo. Se non si dovesse trovare un accordo entro questa data, le Regioni potrebbero perdere, secondo quanto previsto nella legge finanziaria, parte dei due miliardi destinati al ripiano dei deficit al 2004.

## LE QUATTRO LINEE STRATEGICHE

Il Psn 2006-2008 individua quattro linee strategiche per l'evoluzione del Ssn.

La prima è dedicata al rapporto bidirezionale tra la sanità italiana e le istituzioni europee, ovvero a come queste intervengono sulla nostra realtà nazionale, a livello normativo e non solo, e su quale contributo possiamo fornire allo sviluppo di un sistema europeo.

La seconda indica i terreni sui quali occorre intervenire per promuovere il rinnovamento del Ssn, ovvero: il rilancio della prevenzione sanitaria e la promozione della salute; la promozione del governo clinico e la qualità nel Ssn; la riorganizzazione delle cure primarie; l'integrazione tra prevenzione, cure primarie, percorsi di diagnosi e cura.

La terza linea strategica mira a promuovere innovazione, ricerca e sviluppo, con l'obiettivo di adeguare costantemente il nostro sistema sanitario alle innovazioni scientifiche e di valorizzare il ruolo della ricerca intesa come fattore di sviluppo.

Infine la quarta indicazione strategica è rivolta "a favorire le varie forme di partecipazione del cittadino, in

## Le osservazioni dell'Anaa Assomed sul Piano sanitario nazionale 2006-2008

L'Anaa Assomed, riconoscendo il carattere fondamentale della ripartizione dei doveri che la Carta Costituzionale assegna allo Stato, a cui è affidata la responsabilità di assicurare il diritto alla salute a tutti i cittadini, e alle Regioni, a cui è affidato il compito di governo del sistema e la responsabilità della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute, ritiene essenziale ribadire, in occasione della formulazione del Piano sanitario nazionale, le proprie preoccupazioni per le condizioni economiche del Paese che possono mettere a rischio la copertura finanziaria del fabbisogno di salute e determinare una frattura tra risorse assegnate e risorse necessarie al consolidamento organizzativo e al raggiungimento degli obiettivi fissati.

La Finanziaria per il 2006 aggiunge un miliardo di euro ai quasi 90 già previsti con la legge di bilancio dello scorso anno, prevedendo anche altri due miliardi per aiutare le Regioni a ripianare i deficit accumulati nel triennio 2002-2004, la cui erogazione è, però, condizionata al raggiungimento dell'obiettivo di ridurre le liste di attesa secondo le linee di indirizzo ed operative individuate dal Psn. La sanità italiana potrà dunque contare su un totale di 91 miliardi più due che rappresentano un sottofinanziamento rispetto a quanto individuato dal Documento di programmazione economica e finanziaria.

Tuttavia, nonostante l'incremento di risorse messo a disposizione per il Ssn negli ultimi anni, si registrano continui disavanzi che giustificano le preoccupazioni ripe-

tutamente manifestate dalle Regioni che denunciano un deficit nel triennio 2002-2005 pari a 9,5 miliardi di euro a cui si somma una sottostima delle attuali risorse assegnate di ulteriori 4 miliardi di euro. In questo contesto peraltro non è ancora del tutto chiarito se è stato previsto l'incremento di spesa derivante dalla applicazione degli accordi contrattuali della Dirigenza medica e a chi compete l'onere della maggiore spesa.

L'Anaa Assomed ritiene prioritario ed opportuno sostenere i maggiori finanziamenti con manovre strutturali di miglioramento del sistema finalizzate al controllo della spesa e al recupero degli sprechi, ma considera indispensabile salvaguardare l'attuale assetto del Ssn come fonte primaria di garanzia del diritto alla salute di tutti i cittadini e come insostituibile strumento di erogazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza.

In questa ottica si ritiene opportuno sottolineare in particolare, nel contesto delle linee generali del Piano sanitario nazionale, il potenziamento e la diffusione del Governo clinico e delle Linee Guida come miglioramento delle cure e delle performance professionali, finalizzati alla affermazione di modelli assistenziali evoluti e rivolti al miglioramento della qualità complessiva del sistema.

### Il governo clinico

L'Anaa Assomed considera indispensabile, nell'insieme delle accezioni comunemente comprese in tale ter-

mine, mettere in evidenza l'aspetto "più professionale" del suo significato. L'evoluzione dipartimentale e la costituzione del Collegio di Direzione, intese come diretta partecipazione dei medici alla gestione degli ospedali, tarda a realizzarsi in molte strutture sanitarie del Paese, ma esse rappresentano l'unico e il più moderno strumento per l'avanzamento del processo di aziendalizzazione degli ospedali ormai definitivamente orientati verso forme di strutture complesse che richiedono adeguati ed avanzati modelli di organizzazione. Il processo di realizzazione del Governo Clinico deve essere ulteriormente sostenuto come condizione pregiudiziale per il rafforzamento della qualità ed dell'efficienza dell'intero sistema e poiché esso rappresenta un indispensabile metodo per assicurare, non solo una prioritaria razionalizzazione dei costi, ma anche un progressivo miglioramento della qualità delle cure.

### Le linee guida

Il sistema nazionale delle Linee guida, che vede la partecipazione di soggetti importanti quali le istituzioni centrali le Regioni e le società scientifiche, non può che necessariamente correlarsi allo sviluppo del Governo Clinico all'interno delle strutture Ospedaliere. La qualità della assistenza e l'appropriatezza delle cure non possono prescindere dalla efficacia degli interventi sanitari, dalla ottimizzazione dell'uso delle risorse e dalla razionalizzazione dei modelli organizzativi. Tutti questi costituiscono dei processi nei quali il Governo Clinico

particolare attraverso il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari”, come si legge nel documento.

### I PROGETTI E LE AZIONI DI SISTEMA

Il Piano approvato in CdM indica otto “progetti e azioni di sistema” che dovrebbero tradurre concretamente le linee strategiche in interventi “in grado di incidere trasversalmente su tutto il Servizio sanitario nazionale”.

**1. Piena attuazione dei Lea** anche attraverso un ulteriore normativa che definisca più chiaramente quale rapporto vi deve essere tra la garanzia di uniformità dei servizi ai cittadini tutelata dal ministero e la organizzazione degli stessi servizi compiuta dalle Regioni. In questo ambito ricadono anche gli interventi per la riduzione delle liste d'attesa più volte richiamati dal ministro Storace.

**2. Politiche per la qualificazione delle risorse umane del Ssn** rivolte alle molte figure professionali “che affiancano i medici” e alla loro formazione. Inoltre dovrebbe realizzarsi un “ripensamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo dell'Ecm” che definisca le competenze rispettive dello Stato e delle Regioni, come stabilito dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che prevedeva la stesura di un “Piano nazionale dell'aggiornamento del personale sanitario”.

**3. Creazione di un sistema nazionale di Linee Guida** “che consenta di affrontare in maniera coordinata gli aspetti legati alle scelte di priorità, lo sviluppo e la valutazione, l'implementazione e manutenzione, la partecipazione e consultazione, la verifica/feedback, la divulgazione e comunicazione e la formazione continua”.

**4. Ammodernamento strutturale e tecnologico** rivolto anche a superare i divari esistenti tra le diverse realtà regionali.

**5. Promozione della ricerca sanitaria** per arrivare ad

avere una vera politica di ricerca e sviluppo del ministero della Salute da realizzare secondo il Programma di ricerca sanitaria previsto dal decreto 229/99.

**6. Sistemi di rete:** emergenza-urgenza, malattie rare, rete trasfusionale, rete dei trapianti, rete dei Centri Unici di Prenotazione.

**7. Completamento del processo di aziendalizzazione** per aumentare l'efficienza delle aziende.

**8. Sostegno alla famiglia e promozione della maternità.**

### I progetti e le azioni tematiche

I temi specifici sui quali intervenire individuati nel Psn 2006-2008 sono diciassette, che elenchiamo solo attraverso un'indicazione sintetica: la sicurezza dei pazienti; le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari e diabete; il dolore nei percorsi di cura; la rete per le cure palliative; il controllo delle malattie diffuse e gli eventi inattesi; la non autosufficienza, gli anziani; i disabili; la tutela della salute mentale; le dipendenze legate agli stili di vita: tabacco, alcool e droghe; la salute nell'infanzia e nell'adolescenza; gli interventi di salute per gli immigrati e le fasce marginali; la sicurezza alimentare; la sanità veterinaria; la nutrizione come prevenzione; la politica del farmaco; i dispositivi medici; ambiente e salute; la salute negli ambienti indoor.

### Valutazione del Ssn e monitoraggio del Psn

Una parte del documento è riservata ai sistemi di valutazione e monitoraggio, a cominciare dal Nuovo sistema informativo sanitario nazionale (Nsis) che raccoglie i dati provenienti da aziende e Regioni. Anche la realizzazione degli obiettivi e delle azioni indicate nel Psn sarà sottoposta ad un controllo costante, anche con lo scopo di informare e coinvolgere nelle scelte i cittadini.

## Le Regioni giudicano il Piano “superato”

Il percorso istituzionale seguito dal ministro Storace per arrivare a definire il Piano sanitario nazionale 2006-2008 è antiquato, o meglio è “quello previsto dal Decreto legislativo 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni”. Così si apre il documento votato dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni il 18 novembre scorso, che contiene le valutazioni sulla bozza ministeriale avanza proposte per un Psn “condiviso”. Le Regioni dunque avanzano una forte critica di metodo, sostenendo che il ministro non abbia tenuto in debito conto l'attuale ripartizione di competenze tra Stato e Regioni definita dalla modifica del Titolo V della Costituzione.

Oltre a ciò le Regioni giudicano “superati” anche i contenuti: “Il Piano – si legge nel documento regionale – ripropone una impostazione tradizionale utilizzando l'impianto metodologico dei precedenti strumenti di programmazione non tenendo conto né dell'evoluzione istituzionale né dell'evoluzione tecnologica e scientifica”.

Nel documento si sottolinea la necessità di individuare i terreni sui quali il Psn possa rivelarsi utile, assumendo ciò che non può essere lasciato alla gestione delle singole Regioni. Inoltre ad uno strumento come il Piano viene assegnato il compito di ribadire “il quadro dei principi a cui il servizio sanitario nazionale ed i singoli sistemi sanitari regionali fanno riferimento” per “dare valore e sostanza al carattere nazionale del servizio sanitario” individuando “finalità condivise e fatte proprie dai soggetti istituzionali del sistema”.

rappresenta il motore indispensabile per il loro raggiungimento. È necessario allargare l'area di consenso verso questo strumento di miglioramento della qualità assistenziale e quindi diffondere con il massimo impegno Linee Guida finalizzate a ridurre l'uso di interventi non necessari o addirittura inefficaci o dannosi e a privilegiare il percorso clinico-diagnostico-terapeutico con maggiore possibilità di successo, con minore rischio e con costo accettabile.

Inoltre la composizione multidisciplinare del gruppo, che deve elaborare e rendere operative le Linee guida, richiede che siano rappresentate tutte le categorie professionali impegnate nella assistenza dei pazienti e quindi solo un adeguato e reale sviluppo della organizzazione dipartimentale può assicurare il loro effettivo funzionamento. Nel complesso capitolo della qualità assistenziale e delle procedure, che garantiscono un servizio sanitario più evoluto, trova un posto importante il tema del Risk management.

### Il rischio clinico e la sua gestione

Nell'ambito del più generale tema della aziendalizzazione e tra i compiti di maggior rilievo del Governo Clinico bisogna comprendere obbligatoriamente il tema della gestione del rischio clinico.

È necessario inoltre realisticamente prendere coscienza ed evidenziare che tra le cause di aumento strutturale della spesa, quali l'invecchiamento della popolazione, l'incremento delle spese per il trattamento delle patologie cronico-degenerative e il trattamento intensivo di patologie di “elevata severità”, svolge un ruolo sempre più importante il frequente ricorso ad accertamenti diagnostici ed ad altre procedure assistenziali “a scopo puramente difensivo”, finalizzati a tutelare i medici e le

strutture sanitarie nelle cause di responsabilità di malpractice, e come questo capitolo di spesa sia destinato nei prossimi anni a crescere vertiginosamente se non si prendono tempestivi ed opportuni provvedimenti.

L'obiettivo principale deve essere quello di promuovere una serie di iniziative a medio-lungo termine per arrivare alla definizione di standard che consentano una riduzione della complessiva sinistrosità del sistema ospedaliero.

È ormai ampiamente riconosciuto che nell'ambito della pratica ospedaliera l'errore è un problema sia di management che di strutture, tanto di uomini quanto di risorse.

Di circa 8 milioni di persone che vengono ricoverate ogni anno negli ospedali italiani, 32.000, pari al 4%, subiscono danni o conseguenze più o meno gravi che potrebbero essere evitati. Questi “eventi avversi” aumentano il ricorso ai tribunali con conseguente incremento del costo delle polizze assicurative, destinate nel tempo a gravare sempre di più sui bilanci degli Ospedali.

Ammettendo che il costo medio di un ricovero è di circa 400 euro e che i pazienti coinvolti nell'errore sono costretti ad aumentare di almeno 2 giorni il loro ricovero, si arriva ad una maggiore spesa di circa 260 milioni di euro ogni anno. Se si tiene conto anche degli incidenti sanitari, cioè non di errori in senso stretto, ma incidenti dovuti alla violazione di procedure o ai limiti strutturali, i costi della Sanità italiana, esclusivamente per quelli che determinano esiti mortali, sono stati stimati in circa 2,5 miliardi di euro (Fiaso 2002).

Da questi dati emerge con chiarezza la necessità di adottare senza alcun indugio una politica di gestione del rischio che consenta di intervenire a monte delle cause dell'errore in ambito sanitario. Il Risk management ha

quindi il compito di individuare e adottare una serie di procedure (identificazione del rischio, valutazione del rischio, gestione del rischio) che consenta di affrontare alla radice la manifestazione dell'errore.

Negli ospedali italiani si cominciano a sperimentare ed a diffondere Unità per la gestione del rischio grazie alla norma che abbiamo fortemente voluto introdurre nel Contratto di lavoro della dirigenza medica 2002-2005. Questa importante conquista deve essere sostenuta anche a partire da una maggiore evidenza del problema e delle misure da adottare nel Psn 2006-2008.

### Conclusioni

Le linee generali del Psn 2006-2008 appaiono nel complesso ampiamente condivisibili sia nelle sue linee strategiche che nei suoi progetti ed azioni tematiche e di sistema. Argomenti quali la piena attuazione dei Lea, la promozione ed il miglioramento del sistema emergenza urgenza, nel quale l'emergenza ospedaliera riveste un ruolo centrale, il completamento del progetto della educazione continua in medicina, il rinnovamento strutturale e tecnologico del Ssn, un maggiore impegno nella politica sanitaria di sostegno agli anziani e ai disabili, non possono non essere condivisibili e richiedono energici interventi di politica sanitaria.

L'Anaao Assomed convinta che il Psn rappresenti oltre che un importante strumento di programmazione e di governo anche un forte momento di coesione nazionale, nel quale tutti i soggetti operanti nel sistema si confrontano e si riconoscono in comuni ideali ed obiettivi, è disponibile, coerente con i suoi principi ispiratori, a dare ogni suo contributo, nel rispetto del ruolo che ricopre, affinché sia promossa con ogni possibile strumento la unità, l'equità e la qualità del Ssn.



ROMA 12 DICEMBRE, CONVEGNO ANAAO ASSOMED SULLE AZIENDE SANITARIE INTEGRATE

# Ridefinire i rapporti tra Università e Ssn è possibile!

Un convegno nazionale organizzato a Roma per fare il punto sul livello di integrazione tra Ssn e Facoltà di Medicina a sei anni dall'approvazione del decreto legislativo 517/99. I risultati sono sotto gli occhi di tutti: il processo stenta a decollare nonostante questo possa rappresentare un valore aggiunto per le aziende sanitarie, troppi i conflitti e i contenziosi nati tra le due parti in questi anni e troppe le regole non rispettate. Eppure l'integrazione è ormai indispensabile per dare quelle risposte che la società civile chiede

di Stefano Simoni

“Siamo profondamente delusi per il modo in cui si sta sviluppando il processo di integrazione tra Università e Ssn previsto dalla legge 517/99. I fatti dimostrano che il servizio sanitario ha fatto la propria parte condividendo con l'Università la proprietà delle aziende miste, la nomina dei loro direttori generali e dei direttori dei dipartimenti ad attività integrata. L'Università, viceversa, non ha rinunciato a tentare, quasi ovunque, di estendere l'area assistenziale da lei diretta ed ha impedito di fatto il coinvolgimento di strutture e dirigenti del Ssn nella formazione degli specializzandi e nella didattica dei nuovi profili professionali, approfittando dell'inerzia e spesso della acquiescenza delle Regioni alcune delle quali stanno approvando leggi che non rispettano i principi della 517”. Così **Serafino Zucchelli**, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, introducendo i lavori del convegno nazionale “Aziende sanitarie integrate, attualità e prospettive” organizzato dal sindacato di categoria nella sede dell'Enpam per fare il punto sul processo di integrazione tra Ssn e Università avviato con il D.lgs 517/99. A distanza di 6 anni cosa è successo? Lo sviluppo è stato realmente integrato? A queste domande erano stati invitati a rispondere anche gli assessori alla sanità dell'Emilia Romagna, Giovanni Bissoni e della Toscana, Enrico Rossi che però hanno disertato i lavori e nella sala era forte la delusione per queste defezioni. L'Anaa infatti, nel documento preparato per l'occasione riconoscendo il ruolo delle Regioni, auspica da parte di queste un intervento con provvedimenti, resi possibili dal

nuovo Titolo V della Costituzione, per rendere i rapporti tra le due Istituzioni “meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali”.

Presenti invece al Convegno nazionale **Luigi Frati**, preside della Facoltà di medicina dell'Università di Roma “La Sapienza” e coordinatore dei presidi delle Facoltà di medicina e **Rosy Bindi**.

Frati non si è sottratto al confronto con la controparte ospedaliera e ha esordito difendendo il ruolo dell'Università: “C'è una sensazione diffusa, a leggere tanti documenti, che le Università sono diverse, estranee dal Servizio sanitario nazionale ma non è così. Noi siamo una parte del Ssn, come gli Irccs e per questo chiediamo lo stesso rispetto in quanto non estranei al sistema”. Frati ha poi invitato l'auditorio a riflettere su di un punto: “siete sicuri – ha affermato – che quando le Regioni fanno nuove facoltà di medicina non operino contro le stesse Università?” sollevando dunque un problema di “collocazione istituzionale”.

“Si sta modificando il quadro europeo – ha ricordato ancora Frati – e noi continuiamo a parlare di posti letto mentre da questo concetto occorre passare al parametro meritocratico dell'attività svolta”.

Il preside della facoltà di medicina della Sapienza di Roma ha poi lanciato un monito ai medici presenti: “attenzione, il budget non può essere l'unico strumento di valutazione. La politica usa il disavanzo per controllare le aziende”.

Nello specifico della 517/99 Frati ha concluso dicendo: “la ristrutturazione della 517 non può essere moti-

vo di scontro, quello che sostenete voi specularmente lo sostengono gli universitari. Il modello va ripensato guardando verso l'Europa. La 517 non ha elementi per poter camminare da sola, è stato un documento compromissorio che non ha saputo leggere la sanità”.

Frati, infine, si è detto disposto ad accogliere la proposta di Serafino Zucchelli di sedere attorno ad un tavolo per rivedere insieme il Dlgs in questione.

Politico l'intervento di Rosy Bindi, responsabile politiche sociali della Margherita e autrice per la parte della sanità del provvedimento oggetto del Convegno, che ha suggerito ai medici di: “impugnare l'atto delle Regioni per trasformare questa battaglia in una vertenza. Non fatelo però adesso che la legislatura sta per scadere ma mettetelo in agenda per l'inizio della prossima, da qui ai prossimi mesi”.

Parlando del 517/99 la Bindi ha affermato che questa la considera la sua unica battaglia persa “il testo non è come lo volevo” ma la chiusura da parte dell'Università e dell'Esecutivo di cui faceva parte l'hanno in qualche modo costretta ad abbassare la testa.

“Il mancato funzionamento dell'Università – ha insistito l'ex ministro – pesa sul Paese e sul Ssn. Oggi dare i soldi all'Università significa buttarli. Io sono critica nei confronti di questa istituzione perché non ha criteri di valutazione adeguata, non produce sapere e rappresenta uno dei sistemi che fa più fatica ad entrare nel tempo dell'oggi. Il Ssn è quello che domanda e l'Università dovrebbe essere in grado di rispondere o quantomeno di adeguarsi”.

## Gli atti aziendali. Dal regime convenzionale all'integrazione: un percorso possibile?

LUCIANO GABBANI - Responsabile Struttura semplice/U.O. Geriatria Azienda Ospedale Università Careggi- Firenze

Il periodo di sperimentazione previsto dal dlgs 517 è ormai trascorso e, dunque, qualcosa deve succedere. Siamo delusi di come si sviluppa il processo di integrazione tra Università e Ssn previsto dalla legge 517/99, che ha prodotto nelle Aziende miste una realtà polimorfa. Più che l'integrazione, infatti, sembra si siano voluti affermare modelli organizzativi ed equilibri che sono più rispettosi della storia, e quindi dei rapporti di potere delle singole aziende miste, che realmente tendenti ad un'integrazione. Lo stesso vale per gli atti d'indirizzo regionali: salvo rare eccezioni poco e male è stata sfruttata l'autonomia legislativa, per far sì che l'assetto integrato delle aziende diventi parte di un processo di qualificazione dei servizi sanita-

ri. Gli atti esprimono così logiche più di tipo “convenzionale” che “d'integrazione”.

Il dato è che l'Università non ha rinunciato ad estendere l'area assistenziale da lei diretta ed ha impedito il coinvolgimento di strutture e dirigenti del Ssn nella formazione degli specializzandi e nella didattica dei nuovi profili professionali.

S'impone quindi un chiarimento. È ancora valida la scelta di uno sviluppo integrato delle due istituzioni? Se sì, quali sono i punti critici per poterla sviluppare?

Per chiarire la nostra posizione è necessario soffermarsi sul significato delle parole.

**Convenzione:** concorso di parti, private o pubbliche, nel-

l'accettare e nell'obbligarsi a questa o a quella cosa, con date condizioni o patti. Nell'ambito convenzionale le due parti, ben definite e distinte nelle loro mission, condividono un obiettivo, in via transitoria. La convenzione quindi è, per definizione, un atto reversibile, che non genera una nuova realtà.

**Integrazione:** rendere completa una cosa, altrimenti inadeguata o insufficiente, in condizione di bastare ai bisogni, aggiungendovi quello che manca. L'integrazione è qualcosa di molto diverso, quasi per definizione irreversibile. Le due parti forti nelle loro mission (assistenza per il Ssn e didattica e ricerca per l'università) danno origine a una nuova realtà che in modo sinergico riassume e sviluppa ambe-

due le mission delle istituzioni. Una realtà quindi nuova, che prima non esisteva, e quindi con dei caratteri molto forti d'irreversibilità del processo.

#### Le caratteristiche dell'integrazione

Le particolari caratteristiche del processo assistenziale e formativo, caratterizzati entrambi dai forti contenuti professionali e culturali di tutti gli operatori, fanno sì che l'integrazione non possa essere un atto che ha come protagonisti i vertici delle due istituzioni ma piuttosto deve svilupparsi, quasi con un meccanismo bottom-up, nell'organizzazione dove vivono quotidianamente operatori e utenti. Da qui discendono due domande. Gli strumenti legislativi attuali sono sufficienti a far superare ad un sistema la logica del convenzionamento? La volontà di giungere ad un modello organizzativo integrato è realmente presente in tutte e due le componenti, l'ospedaliera e l'universitaria? Riteniamo che la scelta fra l'integrazione e il regime convenzionale debba rispondere anche ad alcuni bisogni della società e non essere una contrapposizione fra interessi diversi. L'integrazione è oggi forse più una necessità, che una possibilità.

Il regime convenzionale si afferma e si sviluppa partendo dalla legge Mariotti e proseguendo con il grande momento riformistico della 833, teso a superare le disuguaglianze create con il sistema mutualistico. In quella fase i bisogni di sanità e di formazione sono molto diversi da quelli di oggi, i medici hanno solo una funzione clinica, una responsabilità professionale; le scelte gestionali appaiono allora poco rilevanti per l'economicità e l'efficienza del sistema. Scarsa è l'attenzione all'economicità del sistema; prevale la logica del ripianamento del deficit e piè di lista. Gli equilibri fra Ospedale e Università si possono facilmente mantenere, se necessario, con la duplicazione delle strutture, spesso non realmente necessarie ai fini assistenziali.

#### Dall'economicismo all'appropriatezza

I mutamenti economici e sociali portano però ad una fase nuova, quella dell'efficienza economicistica. Il ruolo "dirigenziale" dei medici viene esasperato entrando anche in conflitto con quello professionale. Si afferma il modello d'azienda con il D.G. "monarca assoluto". La gestione del budget viene identificata con la gestione del potere. La componente universitaria espande il suo ruolo di responsabilità e di governo delle strutture assistenziali ma, nel contempo, oppone una forte resistenza alle logiche di responsabilità gestionale giustificandola con la propria autonomia per la ricerca e la didattica alle quali l'assistenza è, in questo caso, subordinata.

Persiste una logica di "convenzionamento" che però porta all'affermazione di un modello di azienda mista a due velocità: la parte del Ssn gestita su base economicistica, spesso esasperata, quella universitaria tenuta in qualche modo meno al riparo da tali logiche. È con la fine degli anni '90, con il dlgs 229 che inizia la correzione di tale logica gestionale della sanità. È il momento dell'appropriatezza, dell'affermazione della formazione come strumento di efficienza del sistema sanitario, del governo della domanda e non dell'offerta e del governo clinico.

In questa fase prende vita il dlgs 517 che afferma per la prima volta il concetto d'integrazione. Da allora questo processo deve trovare le risposte operative per il raggiungimento degli scopi che si era dato il legislatore, ma purtroppo siamo ancora così ai giorni nostri. Anzi, a dire il vero, una prima affermazione dell'integrazione è contenuto nella legge 419 del 1998. È un'affermazione che coglie i problemi che poi non saranno risolti nelle fasi legislative successive: il dipartimento e l'integrazione di due componenti professionali con stati giuridici diversi.

#### Lo stato dell'arte

Riassumiamo il contesto nel quale si deve giungere alla costituzione dell'azienda mista integrata:

- aumento delle sedi universitarie e della potenziale offerta formativa, spesso però sbilanciata, sia qualitativamente che quantitativamente, rispetto ai bisogni del Ssn;
- notevole numero di medici del Ssn che operano in strutture universitarie, dove l'adeguamento delle scuole di specializzazione alle norme europee ha fatto sì che gli specializzandi siano divenuti forza lavoro in tali strutture;
- la sovrabbondanza di cattedre aumenta il bisogno di strutture organizzative alle quali attaccare tali cattedre e tali strutture si diffondono anche fuori i confini delle aziende miste, avendo però spesso più caratteri assistenziali che realmente formativi o di ricerca;
- cambiano i bisogni formativi: ad un sapere accademico il sistema chiede venga affiancato un sapere professionale (saper fare e saper essere).
- la ricerca ha assunto un ruolo determinante per l'innovazione tecnologica;
- si sviluppa e si diffonde l'alta specialità;
- l'assistenza si sposta sul territorio e diminuiscono i posti letto negli ospedali;

- il Fsn, finanziato con la quota percentuale del Pil fra le più basse d'Europa, è destinato in misura maggiore al territorio e quindi diminuiscono le risorse per gli Ospedali.

L'atto aziendale, fondante l'azienda mista, può solo tendere ad un processo d'integrazione. È infatti l'ultimo dei passaggi e tutto dipende da come si sviluppano i passaggi precedenti. A nostro parere, già dal decreto Amato si è cominciato a impedire una vera integrazione, poichè spesso hanno prevalso le logiche di difesa di privilegi piuttosto che la volontà di creare delle vere aziende miste integrate. Ciò ha portato addirittura a situazioni diverse all'interno anche della stessa regione, come è per esempio accaduto in Toscana.

Secondo il dettato del 517, dovevano realizzarsi:

- integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra Ssn e Università;
- partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale;
- principio della leale cooperazione;
- individuazione di parametri per le attività delle strutture assistenziali complesse, funzionali anche alle esigenze di didattica e di ricerca;
- definizione del volume ottimale di attività e del numero

## L'Osservatorio della formazione medico specialistica dell'Emilia Romagna

ALBERTO SENSI - Responsabile Laboratorio di Citogenetica, U.O. Genetica Medica Azienda Ospedale Università - Ferrara

Il D.leg.vo 368/99 in attuazione della direttiva Cee in materia di libera circolazione dei medici, prevede all'articolo 44 la istituzione dell'Osservatorio Regionale, costituito in forma paritetica da docenti universitari, dirigenti sanitari e tre rappresentanti dei medici in formazione, presieduto da un preside di facoltà, designato dai presidi della regione. I suoi compiti sono quelli di fissare i criteri per la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, verificare lo standard di attività assistenziali dei medici in formazione specialistica e fornire elementi di valutazione all'Osservatorio nazionale. L'organizzazione dell'attività è poi rimandata agli accordi regionali.

La delibera Giunta RER 340/2004 che istituisce l'osservatorio presso l'Agenzia Sanitaria Regionale e pone l'accento sulla verifica dello stato di attuazione del protocollo di intesa sulla formazione medico specialistica (delibera Giunta RER 152/2000).

Il protocollo di intesa recepito e deliberato dalla Giunta RER il 14 febbraio 2005 affida all'Osservatorio anche il compito specifico di prevedere i modi per valorizzare l'apporto del servizio sanitario regionale alla formazione medico specialistica e produrre indicazioni utili per la ridefinizione della rete formativa.

L'Osservatorio ha dovuto in primo luogo raccogliere dati ed ha scelto la via di questionari specifici, inviati ai Direttori Sanitari delle 4 aziende Ospedaliere Universitarie, ai Direttori Sanitari di tutte le altre Aziende, ai Direttori delle Scuole di Specializzazione e agli specializzandi, a questi ultimi in forma anonima.

Il primo rapporto dell'Osservatorio è stato prodotto in un incontro pubblico a Bologna il 18 ottobre scorso, cui hanno partecipato l'assessore Giovanni Bissoni e il presidente dell'Osservatorio nazionale per la formazione medico specialistica, professor Lattieri (vedi anche Il Sole 24 Ore Sanità, 1-7 Novembre 2005, pag 22).

In sostanza, l'esame incrociato dei dati così ottenuti ha evidenziato gravi inadempienze rispetto a quanto previsto dal protocollo, che si sono tradotte in profonda insoddisfazione degli specializzandi sia sul versante della didattica, sia su quello della loro partecipazione all'organizzazione. Il protocollo siglato nel febbraio 2000 è stato recepito in intesa attuativa locale nel 2002 da due aziende, nel 2003 da una terza, mentre la quarta non ha neppure ora siglato un protocollo attuativo.

In particolare, si segnala una grave insufficienza di attività professionalizzanti effettivamente svolte, giudizio negativo sulla maggior parte delle attività di tutor, inesistenza o non consapevolezza diffusa dei piani formativi individuali, scarsa specificità degli insegnamenti formali.

Si è poi evidenziata la diffusa inesistenza di dati aziendali relativi a didattica ospedaliera, piani formativi, attività professionalizzanti (e quindi assistenziali) svolte da specializzandi.

L'Osservatorio ha ritenuto di rivolgersi a tutti gli interlocutori, stimolando gli specializzandi ad un maggiore impegno partecipativo, le Università e la Regione al rispetto di quanto concordato.

In particolare, l'Osservatorio ha proposto di valorizzare la didattica ospedaliera e il tutoraggio ospedaliero, sia specifico sia diffuso per incrementare l'attenzione sulla formazione medico specialistica e di incrementare l'utilizzo della rete formativa utilizzando i parametri di attività assistenziale come criterio per la rotazione dei medici in formazione specialistica. Ma soprattutto è stato suggerito di legare strettamente il protocollo di formazione specialistica a quello generale, evitando di relegarlo ad allegato opzionale.

La novità non è certo quella dell'inadempienza universitaria (e anche regionale), ma piuttosto nell'essere riusciti a evidenziarla con uno strumento paritetico. Gli osservatori potrebbero costituire rilevanti strumenti di dialogo costruttivo tra professionisti, ma certamente richiedono che chi li istituisce ponga degli obiettivi specifici e stimoli adeguatamente la presidenza, specie quando è affidata alla Università (in questo caso lo è per legge). L'Osservatorio può porre indicazioni, ma sulle azioni conseguenti è evidentemente necessaria la negoziazione tra l'Amministrazione e le OOSS.

La didattica ospedaliera deve rappresentare un'attività istituzionale volontariamente assunta che deve essere valorizzata reperendo la necessaria risorsa nell'ambito di fondi di ateneo o, in subordine, nell'ambito dei maggiori costi per insegnamento. Deve risultare come una specifica attività aziendale e non come un'onorificenza universitaria e/o un hobby personale. Rappresenta un momento alto della integrazione, ma solo se correttamente interpretato e non se costituisce un ulteriore elemento a sostegno degli appetiti universitari.

massimo di posti letto e di strutture assistenziali, anche in rapporto al numero degli studenti ed alle esigenze della ricerca;

- definizione di criteri e modalità per il progressivo adeguamento agli standard fissati e alla contestuale riduzione dei posti letto, in attuazione del Piano sanitario regionale.

Un elemento da sottolineare è che già nella 502 si affermava il ruolo attivo delle Regioni nella formazione post lauream, con la stipula di protocolli d'intesa sul tema. Fino al decreto Amato però tale tema verrà ignorato e quando questo tema viene ripreso la maggior parte delle Regioni ha delegato quanto previsto dalla 502 all'Università. Possiamo senza dubbio affermare che in tal modo si sono accumulati oltre 10 anni di ritardo per lo sviluppo di una *rete formativa regionale*.

La regione Toscana l'ha per esempio prevista nella legge regionale 40 del 2005, su un'elaborazione sostenuta con grande forza e impegno dalle organizzazioni sindacali mediche e dal Consiglio Sanitario Regionale. Così, nell'atto aziendale dell'Ospedale di Careggi a Firenze, l'integrazione viene definita come "un nuovo modello organizzativo che sia l'espressione originale della integrazione tra due ordinamenti nel quale la specificità di ciascuno è definita dall'insieme degli obiettivi della Azienda a prescindere dal sistema giuridico di appartenenza del personale".

Questa affermazione non "di facciata", che cerca di superare i limiti e i compromessi suggeriti dalla legislazione, trova nei fatti degli ostacoli difficilmente superabili.

La 517 rompe l'assioma ordinario/convenzionato = direttore di U.O., ma in tale contesto la logica delle soglie operative, ovvero delle attività necessarie e non vicariabili per le attività delle Facoltà di Medicina, assume il significato di un regime di "convenzionamento" nel quale le due parti sembrano preoccupate più di difendere le proprie rispettive missioni che di tendere ad una unificazione delle stesse. L'integrazione rende invece necessario individuare parametri di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle attività didattiche e scientifiche, che non siano svincolati da quelli previsti per le attività assistenziali. Questo può avvenire meglio nel contesto di un sistema, quello della rete formativa regionale. Non è certamente necessario, ad esempio, essere responsabili della struttura assistenziale per poter svolgere, in piena libertà e autonomia, la didattica e la ricerca. Quindi, o si rispettano le soglie operative con una logica strettamente convenzionale, oppure tutti i letti, almeno dell'azienda mista, devono essere sede di attività integrata in una logica generale dell'organizzazione dei servizi sanitari regionali che applichi quanto già previsto dalla 502, ovvero la *rete formativa regionale*.

### Il dipartimento

Se si deve tendere all'integrazione riteniamo che sia necessario puntare a creare l'ambiente dove questa può trasformarsi in risultati di efficienza e di efficacia per il sistema. Non è possibile pensare d'integrare due componenti senza che esista uno spazio di "pari diritti e pari doveri". Questo spazio non può che essere il dipartimento. Il dipartimento è assunto a modello gestionale per tutte le aziende sanitarie e nelle aziende miste è il luogo dove si esplica l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. Nel dipartimento, il Collegio di direzione è l'organo di supporto per il DG che se ne avvale per il governo delle attività cliniche e per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie, mentre il Comitato di dipartimento è l'organo dove si sviluppa la gestione delle attività integrate e il governo clinico.

Riteniamo che la presenza di una forte componente elettiva nei Comitati di dipartimento, scelta fatta nell'Atto Aziendale di Careggi, sia necessaria per evitare che da un sistema monocratico del D.G. si passi ad un sistema monocratico e autoreferenziale del capo dipartimento.

La 517 indica l'istituzione di Dipartimenti ad attività integrata, nei quali insistono le attività necessarie e non vicariabili per le attività istituzionali della facoltà di Medicina, e di Dipartimenti assistenziali. Ma è possibile un'azienda realmente integrata se esistono due tipi diversi di dipartimento? E come si coniuga tale organizzazione con la logica di una rete formativa regionale?

Non si creano asimmetrie di potere all'interno delle aziende miste con tale organizzazione?

Nel decreto Amato lo spirito dell'integrazione a livello dell'operatività trova una forte battuta di arresto. Infatti, nel de-

creto si legge che il Dai "si forma attraverso il pieno e paritario inserimento delle funzioni, attività, risorse e responsabilità assistenziali nel dipartimento universitario e assicurando la coerenza con i settori scientifico-disciplinari" e in tale modo i Dai non solo assorbono i dipartimenti misti esistenti ma si omologano al dipartimento universitario.

E non solo. Per quanto riguarda la scelta del Direttore di Dipartimento possiamo osservare una lieve scarto, tipico del modo di legiferare italiano. Nella 517 il Direttore di dipartimento viene scelto tra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il dipartimento sulla base di requisiti di capacità gestionale ed organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico. Nel decreto Amato, invece, prima si definiscono i dipartimenti (e non più le UU.OO.) come "essenziali allo svolgimento delle attività istituzionali della facoltà" e "strettamente correlati ai settori scientifico-disciplinari" e poi si attribuisce ai professori universitari la direzione degli stessi, salvo possibili, ma molto difficili, eccezioni da prevedere addirittura nel protocollo d'intesa e non nell'atto aziendale.

Quindi al momento della definizione dell'atto aziendale ci troviamo oggi di fronte a due possibili scelte: assumere come modello operativo dell'azienda mista la convivenza del Dai e del Dipartimento Assistenziale e quindi scegliere un modello "convenzionale", oppure perseguire il modello dell'integrazione scegliendo di costituire solo i Dai e non accettando però di escludere dalle funzioni di governo i medici ospedalieri.

Le norme riguardanti il personale contenute nella 517 e nel Decreto Amato interessano esclusivamente i medici universitari. Con tali norme si rende cogente l'impegno assistenziale dei medici universitari nelle attività assistenziali del Ssn, omologandolo, sostanzialmente, a quelle dei medici del Ssn. Rispondono quindi al D.G. per la parte assistenziale e sono responsabili dei risultati assistenziali. Si stabilisce la necessità di definire un impegno minimo assistenziale e che questo monte orario deve essere articolato nei piani di lavoro della U.O. di appartenenza. L'impegno assistenziale fino ad ora visto come inscindibile diviene invece fonte di retribuzione aggiuntiva, graduato alla tipologia dell'incarico, congrua e proporzionale a quella della dirigenza del Ssn, adeguata agli incrementi contrattuali di questa dopo la prima applicazione che deve avvenire nei limiti del fondo De Maria. Questa è una contraddizione, visto che il fondo era prima sui ricercatori e poi sulle figure apicali e che crea un differenziale con i medici del Ssn che svolgono pari funzioni assistenziali.

La valutazione dei medici è un altro dei problemi nella costruzione di un'integrazione. La norma sembra esprimere di nuovo un concetto di tipo "convenzionale", ma è difficile pensare a medici che lavorano nella stessa azienda e che sono sottoposti a valutazione che seguono criteri diversi fra loro.

Infine occorre riflettere sull'Organo di indirizzo, che dovrebbe avere voce in capitolo solo sulle attività integrate con compiti di verifica della coerenza fra programmazione dell'attività assistenziale e programmazione didattica e di ricerca, ma assume anche una funzione di verifica. Nell'ambito di una vera integrazione potrebbe assumere il significato di un vero consiglio di amministrazione ma la composizione dovrebbe subire un capovolgimento.

### Conclusioni

L'azienda Mista dovrebbe costituirsi superando la logica del convenzionamento, sulla base di una nuova integrazione fra assistenza, didattica e ricerca, valorizzando il proprio ruolo di "ospedale di alta specialità" e di "ospedale d'insegnamento" e senza isolarsi dal contesto della rete ospedaliera ma nell'eccellenza della rete ospedaliera stessa.

In questa logica, i due azionisti (Ssn e Università) devono assumere e condividere il rischio d'impresa, perché non è possibile accettare una dissociazione tra potere e responsabilità. La partecipazione economica all'Azienda Mista non può essere limitata quindi alla confluenza di beni mobili ed immobili, ma devono essere definite le modalità con le quali i due azionisti partecipano ai profitti e alle perdite. Questo può essere perseguito attribuendo all'assistenza, didattica e ricerca il valore di essere un "fattore di assorbimento" delle risorse e di generazione di valore, non necessariamente economico.

In sintesi, il modello organizzativo deve essere dinamico: la specificità di ciascun operatore è definita dall'insieme degli obiettivi dell'azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza.

Il modello organizzativo-gestionale (dipartimento) deve essere ben esplicitato nelle sue caratteristiche e comunque deve avere come elemento fondante il percorso assistenziale. Il governo clinico deve essere presidiato nel dipartimento anche attraverso il comitato di dipartimento aperto ad una componente elettiva. La rete formativa regionale è un elemento essenziale per la qualità dei servizi sanitari regionali e della ricerca applicata, che rende la Regione non delegante verso un ente esterno, l'Università, ma parte attiva nel governo della formazione.

## La formazione specialistica post-lauream

ENRICO REGINATO - Dirigente Medico U.O.C. Cardiocirurgia ASL 1- Massa Carrara

La peculiarità italiana è quella di definire i posti disponibili per la specializzazione, ogni Anno, in base, almeno teorica, a quelle che saranno le esigenze previste di specialisti nel successivo quinquennio. In pratica i posti disponibili nelle università sono verosimilmente legati alle esigenze dell'Università, che deve coniugare due aspetti:

- assicurarsi una forza lavoro a basso costo (anche se, in base all'art. 38, comma 3 D.Lgs. 369/99: "...In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo.")
- accettare solo un numero di specializzandi tale da poter loro garantire la formazione come prevista dalle norme europee (almeno in teoria; in pratica sappiamo che non è esattamente così).

Nonostante le numerose disposizioni per utilizzare anche gli ospedali del Ssn per la formazione degli specialisti, questo non è ancora avvenuto.

Sullo sfondo della questione resta la convinzione politica della superiorità culturale dell'Università per la formazione post-laurea; concetto assolutamente autoreferenziale e tutto da dimostrare.

Il monopolio dell'Università non solo sulla formazione pre-lauream, che rappresenta la vera mission universitaria, ma anche per la formazione post lauream, comporta numerosi scompensi:

1. la creazione di un'area di parcheggio per i medici neolaureati, costretti a sopravvivere con una borsa di studio insufficiente, fino ad oltre il trentesimo anno di età; dopodiché avranno il problema di trovare un posto di lavoro nel Ssn o nel privato;
2. l'ammissione di un numero di specializzandi generalmente inferiore al numero dei laureati, creando un collo di bottiglia, con medici che non possono entrare nel mondo del lavoro se non hanno la specializzazione;
3. la possibilità che la previsione del fabbisogno degli specialisti, una volta trascorsi i cinque anni di specializzazione, non sia stata realistica; si creano in questo modo specialisti ultratrentenni, privi di prospettive professionali a breve;
4. l'insufficiente preparazione nel saper fare, come denunciato anche dagli stessi specializzandi;
5. l'introduzione nel mondo del lavoro ed il ragguagliamento dell'autonomia professionale con mol-

# La legislazione in materia di rapporti tra assistenza e formazione

Pierroberto Mioli - Direttore U.O.C. Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedale Università San Giovanni Battista - Torino

## L. 132 del 1968 o "legge Mariotti"

"Non è più l'Ospedale, essenzialmente istituzione pubblica di assistenza e beneficenza, che cede le proprie strutture all'Università (d.l.6972/1890, art.98 "l'università partecipa al finanziamento"), perché essa vi eserciti un'attività ospedaliera, ma è viceversa l'Università che, avendo necessità per l'esercizio dell'attività didattica e di ricerca di strutture clinico assistenziali, inserisce il proprio personale docente nell'organizzazione degli Enti Ospedalieri, i quali in tal modo assumono la responsabilità dell'esercizio dell'attività assistenziale dei Policlinici stessi"

Lodo Papaldo

## D.P.R. 129/1969

- equiparazione dei docenti universitari di diversa fascia a Primario, Aiuto, Assistente
- i rapporti tra Ente Ospedaliero ed Università sono regolati da apposita Convenzione (art.4)

## D.P.R. 9/1972

trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative e statali in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera (eccezione: cliniche ed istituti universitari ed Irccs D.P.R. 4/1972)

## D.L. 82/1968 - D.L. 383/1969

concessione di contributi per opere ospedaliere: rende caotico il sistema previsto per l'applicazione omogenea delle norme organizzative e gestionali previsto dal D.L. 128/1968

## D.L. 213/1971

"legge De Maria", equiparazione economica

## D.L. 833/1978 art. 39

Le "Convenzioni" nell'ambito del piano sanitario regionale definiscono l'apporto del settore assistenziale delle facoltà di medicina alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

Le stesse regolano l'utilizzazione da parte della Facoltà di Medicina, per esigenze di ricerca ed insegnamento, di idonee strutture delle Usl e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca dell'Università

## D.I.M. 9/11/1982 - D.I.M. 12/5/1986

Le Facoltà di Medicina assumono due diversi regimi giuridici:

- Ospedali Misti
- Policlinici e Cliniche a diretta gestione universitaria.

## D.L. 421/1992, 502/1992, 517/1993, 417/1998

Negli anni '90 si è resa evidente in modo non più ignorabile la divaricazione crescente nei pubblici servizi tra spesa e risultati. Ne consegue che si deve modificare il sistema gestionale dei grandi comparti pubblici erogatori di servizi: "competizione amministrata".

## D.L. 419/1998, 229/1999

si rafforza la programmazione nei confronti della competizione

## D.L. 517/1999

Art. 2 (Aziende ospedaliero-universitarie)

1. La collaborazione fra Servizio sanitario nazionale e università, si realizza, salvo quanto previsto ai commi 4, ultimo periodo, e 5, attraverso aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalità giuridica, le quali perseguono le finalità di cui al presente articolo.

3. Al termine del quadriennio di sperimentazione, alle aziende di cui al comma 1 si applica la disciplina prevista dal presente decreto, salvo gli adattamenti necessari, in base anche ai risultati della sperimentazione, per pervenire al modello aziendale unico di azienda ospedaliero-universitaria.

6. Le aziende di cui ai commi 1 e 2 operano nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale e concorrono entrambe sia al raggiungimento degli obiettivi di quest'ultima, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'università, in considerazione dell'apporto reciproco tra le funzioni del Servizio sanitario nazionale e quelle svolte dalle Facoltà di medicina e chirurgia.

Art. 5 (Norme in materia di personale)

2. Ai professori e ricercatori universitari di cui al comma 1, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con le aziende e a quello con il direttore generale, le norme

stabilite per il personale del Servizio sanitario nazionale

4. Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque, la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale.

Articolo 3 (Organizzazione interna delle aziende)

5. (...) Il direttore del dipartimento ad attività integrata assicura l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario ed ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca; Articolo 6 (Trattamento economico del personale universitario)

3. I protocolli d'intesa prevedono le forme e le modalità di accesso dei dirigenti sanitari del Ssn, che operano nei dipartimenti ad attività integrata, impegnati in attività didattica, ai fondi di ateneo di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 19 ottobre 1999, n. 370

## Considerazioni conclusive

- La 517 non risolve la conflittualità dei diversi stati giuridici
- La 517 non risolve la conflittualità e l'asincronia di programmazione della Facoltà e del Direttore Generale
- La 517 non risolve il problema della formazione post laurea

Le ambiguità storiche e legislative si trasferiscono parimenti al livello regionale e periferico.

## Obiettivi

- Definire compiutamente l'Ospedale di Insegnamento
- Ridisegnare un nuovo modello di Azienda mista
- Superare le diversità degli stati giuridici
- Valorizzare la componente ospedaliera
- Rivedere la legislazione superando ambiguità e carenze della 517/1999

to ritardo rispetto ai colleghi europei (il medico assunto come dirigente nel Ssn resta, per altri cinque anni un medico in formazione, senza diritto ad incarichi di autonomia);

6. problemi previdenziali:

- data l'età d'ingresso nel mondo del lavoro retribuito, sarà impossibile il raggiungimento del massimo pensionistico, salvo il riscatto degli anni di università e di specializzazione, che, tuttavia, sono diventati particolarmente onerosi e non più convenienti)
- dato il sistema pensionistico vigente, a ripartizione, è ridotto il contributo complessivo alle casse previdenziali, che si ripercuote su chi è già in pensione od è prossimo ad andarci

Se molti aspetti sono essenzialmente dannosi per il solo specializzando, i punti 3, 4 e 5 sono di forte impatto sull'organizzazione sanitaria stessa e sulla qualità futura del servizio.

Alla fine del lungo periodo trascorso nell'"area di parcheggio", il medico entra nel servizio sanitario nazionale, ad un'età in cui i suoi colleghi europei sono già responsabili professionalmente autonomi di strutture sanitarie.

Questa situazione sta creando, specialmente nelle branche per le quali è richiesta una prevalente abilità manuale, in primis la Chirurgia Generale, una forte carenza di professionisti in grado di assicurare un fisiologico ricambio.

In questo senso, anche i rapporti all'interno delle strutture ospedaliere ostacolano il raggiungimento dell'autonomia professionale; questi aspetti, combinati con il descritto aspetto dell'ingresso di un medico specialista

ma ancora da formare ad un'età già matura, producono un risultato molto negativo.

A prescindere dai problemi qualitativi sopra citati, a scapito della qualità complessiva del servizio sanitario, non vi sono ripercussioni sugli aspetti puramente economici per il Ssn:

- lo specialista va ad occupare un posto resosi vacante nel Ssn;
- qualsiasi sia l'età del medico al suo ingresso nel Ssn, lo stipendio erogato non cambia.

## PROPOSTA

1. Il medico neolaureato entra direttamente nel Ssn, come medico in formazione, andando ad occupare i posti vacanti, al pari di quello che succede ora con gli specialisti (ed analogamente a quanto succedeva negli anni settanta);

2. segue un iter formativo analogo a quello previsto (in teoria) per le scuole di specializzazione, prevedendo, per esigenze didattiche, una rotazione fra ospedali di diverso livello operativo afferenti ad una stessa area o bacino d'utenza;

3. le esperienze fatte durante la formazione, anche in diverse strutture, vengono riconosciute in occasione di ogni spostamento, in una logica di progressione formativa;

4. l'Università accoglie al suo interno un numero di specializzandi tali da soddisfare il suo fabbisogno;

5. l'Università viene coinvolta nella formazione del medico del Ssn attraverso l'organizzazione di lezioni e corsi di aggiornamento che lo specializzando è tenuto a frequentare.

## Vantaggi

1. Recupero della funzione formativa del Ssn, finora riconosciuta solo sulla carta;
2. ingresso del medico in formazione nel mondo del lavoro in un'età inferiore, al pari dei colleghi europei, con una retribuzione dignitosa;
3. copertura in tempo reale delle esigenze di organico del Ssn, anziché differite di cinque anni, garantendo più accuratamente il ricambio dei dirigenti;
4. opportunità, per il Ssn, di formare il personale dirigente in base alle proprie esigenze e con il pieno utilizzo delle sue strutture;
5. opportunità per il Ssn, di coprire i propri organici: visto che, attualmente tale meccanismo è legato più ad aspetti di risparmio, che ad aspetti funzionali, la necessità di inserire i medici in formazione sposta l'equilibrio verso il secondo aspetto;
6. maggiori possibilità di raggiungimento dell'autonomia professionale;
7. miglioramento della situazione previdenziale individuale e collettiva;
8. risparmio della somma relativa alle borse di studio;
9. la disponibilità di posti di lavoro nel Ssn e nel privato è visibile immediatamente dopo la laurea, per cui anche la scelta di iscriversi alla Facoltà di Medicina può avvenire con una proiezione di soli sei anni, anziché undici, come attualmente succede.

## Svantaggi

Nessuno. L'ingresso dei medici neolaureati negli ospedali, fino a tutti gli anni Ottanta, non ha mostrato aspetti negativi, rispetto all'inserimento di specialisti la cui formazione è avvenuta nell'Università con dubbio ri-

LE PROPOSTE DELL'ANAAO ASSOMED

# Ssn e Facoltà di Medicina: le condizioni per una integrazione possibile ed urgente

a cura della Commissione Anaa Assomed per i rapporti con l'Università\*

**G**li Ospedali sede di insegnamento sono strutture di importanza cruciale in qualsiasi sistema sanitario ma, nel nostro Paese, il rapporto tra Ssn e Facoltà di Medicina continua ad essere segnato da conflittualità, latente o manifesta, e contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti.

Il decreto legislativo n. 517/1999 ha, con la istituzione delle Aziende Integrate, reso più omogeneo il quadro esistente ricollocando più strettamente nel sistema sanitario i policlinici a gestione diretta ma, pur introducendo elementi di discontinuità, non ha risolto i problemi legati alla convivenza di componenti mediche con diritti e doveri differenti. Per di più, esso è rimasto in gran parte inapplicato ed il processo di integrazione tra parti che pur si riconoscono finalità convergenti stenta a decollare.

Eppure, non apparendo attualmente realizzabile un doppio circuito assistenziale, sia pure con compiti e prerogative differenziate, o un trasferimento di competenze nel settore della formazione medica, l'unica via praticabile nella generalità del territorio nazionale è quella delle Aziende Integrate, ove far convergere la normativa universitaria e quella ospedaliera chiamate a rispondere a logiche non necessariamente conciliabili.

Le conflittualità esistenti si rivelano difficilmente risolvibili in assenza di regole definite o restando entro lo schema classico delle due realtà da integrare per via legislativa senza definire le premesse e le pre-condizioni per una integrazione considerata da molte parti un valore aggiunto per la Sanità.

La ricerca di un assetto unitario non può risolversi nel riassorbimento di una tipologia nell'altra. Diviene indispensabile realizzare un nuovo modello organizzativo, prima che giuridico-istituzionale, espressione originale della integrazione tra due ordinamenti nel quale la specificità di ciascuno è definita dall'insieme degli obiettivi della Azienda, a prescindere dal sistema giuridico di provenienza, prodotto non di una omologazione della Università al modello dell'Azienda ospedaliera o, come in realtà sta avvenendo, della subordinazione dell'Azienda all'Università, in grado di governare la complessità dei problemi sul tappeto affrontando le criticità più rilevanti.

## Criteri e parametri di attività

Una nuova forma organizzativa deve individuare parametri di verifica del prodotto universitario e di valutazione delle attività didattiche e scientifiche ed essere capace di valorizzare quello che è, forse, l'elemento più innovativo del DL 517/99, e cioè la rottura della equazione ordinario convenzionato-primario-unità operativa. Nessuno mette in discussione che formazione del medico e ricerca clinica non possono essere disgiunte dalla pratica medico-assistenziale, ma occorre **chiarire quanta e quale sia l'assistenza necessaria allo svolgimento ottimale delle suddette attività.**

La identificazione della tipologia e del volume delle at-

## LE RAGIONI DI QUESTO CONVEGNO

di Costantino Troise

Il processo di integrazione tra Servizio sanitario e Facoltà di Medicina avviato con il Dlgs. 517/99 stenta a decollare, malgrado l'esistenza di una convinzione diffusa che esso rappresenti un valore aggiunto per le Aziende sanitarie.

La conflittualità esistente, latente o manifesta, e i contenziosi infiniti tra due istituzioni fortemente caratterizzate e in aperta concorrenza su molti fronti si sono rivelate non risolvibili in assenza di regole definite o restando entro lo schema classico delle due realtà da integrare per via legislativa in mancanza di una chiara e condivisa definizione delle premesse e delle condizioni per la realizzazione di tale integrazione.

Per questo, come Anaa Assomed abbiamo voluto aprire un confronto tra tutti gli attori interessati al futuro del sistema assistenziale e di quello formativo per evitare che il processo di organizzazione e di gestione delle neonate Aziende Integrate venga orientato solo dalla provenienza istituzionale e dall'autoreferenzialità.

L'integrazione tra sistema formativo e sistema assistenziale è non solo possibile ma anche urgente, per superare vecchi contrasti e nuove tensioni alla base del vissuto da "separati in casa" che caratterizza la situazione attuale e per assicurare una risposta adeguata alle attese che la società civile giustamente "pretende" da un sistema sanitario capace di creare sinergie, efficaci ed efficienti, tra formazione medica, ricerca clinica e attività assistenziale.

L'incontro di Roma è stato un primo momento di elaborazione pubblica, ma il nostro impegno proseguirà tanto a livello periferico che a livello centrale per realizzare concretamente e al meglio l'integrazione tra Ssn e Università.

tività assistenziali necessarie e non vicariabili per le funzioni istituzionali della Facoltà di medicina e chirurgia, è possibile utilizzando le soglie operative di cui all'art. 1 comma 2 D.Lgs 517/99, in riferimento sia al livello minimo di attività professionali richiesto per la qualificazione delle strutture sia al numero di docenti e studenti impegnati nella didattica. Spetta, poi, all'Atto Aziendale definire il numero di UU.OO a direzione universitaria rapportando le soglie operative ai volumi produttivi storici senza consentire il proliferare di microstrutture con un indice operativo al di sotto di soglie minime di efficacia e di economicità, prive di una congrua quantità di personale universitario assegnato, troppo piccole e povere di attività per saturare le risorse umane e tecniche attribuite.

Un tale obbligo, organizzativo prima che legislativo, non può essere eluso o evaso per lasciare aperta la strada a tentativi di mantenere l'esistente e forzare l'Atto aziendale verso la mera ricognizione del dato storico o della ratifica di assetti di potere interno.

La identificazione di strutture assistenziali esterne all'Azienda di riferimento "necessarie" allo svolgimento delle attività didattiche dovrebbe rispondere a bisogni reali e non camuffare la necessità di trovare posti di dirigenza di strutture complesse per il personale universitario a ricompensa di una mancata carriera accademica. Non esistono motivazioni a sostegno della sottrazione a favore di personale universitario di posti apicali che la normativa assegna a personale del Ssn (cliticizzazione) attraverso l'utilizzo della didattica come grimaldello superando senza ostacoli le mura, ed il concetto, dell'Ospedale di riferimento, rischiando di alterare finalità, obiettivi e metodi del servizio sanitario nella amnesia della mission della Università costituita da didattica e ricerca.

La assenza di norme, o il loro mancato rispetto, che stabiliscono, in maniera trasparente, cogente e condivisa, la quota di assistenza, espressa in dotazione strutturale ed articolazione organizzativa, necessaria all'esplicazione della funzione didattica e di ricerca in rapporto al numero dei docenti e dei discenti, rende indefiniti i confini, entro le strutture del Ssn, della presenza universitaria, che perciò viene avvertita come minacciosa. Tale vaghezza dei limiti, fissati, e spostati, di volta in volta in sede di convenzione regionale, ove le richieste del mondo accademico non restano inascoltate, costituisce una mina vagante all'interno della organizzazione delle Aziende Integrate.

In assenza di una tenuta delle Regioni le Facoltà di Medicina si espandono nella area assistenziale con la motivazione che questa deve supportare il sistema formativo e la ricerca, sul quale però esse mantengono piena autonomia di individuazione della quantità e dei contenuti, rivendicando anche un riconoscimento economico aggiuntivo delle prestazioni rese. Questa strategia, oltre a introdurre nel mondo ospedaliero una visione incoerente con gli interessi dei pazienti, porta ad inevitabile collisione non solo con i legittimi diritti dei Medici Ospedalieri ma anche con le prerogative delle Regioni in fatto di programmazione sanitaria. Essa configura di fatto la subordinazione delle necessità assistenziali a quelle didattiche, vere o presunte, e la cessione di sovranità da parte delle rappresentanze elette alla Università, fermi restando per il Ssr tutti gli obblighi connessi al finanziamento. Alla fine i ruoli istituzionali vengono confusi e sovrapposti fino alla attivazione di vere procedure di appalto di quantità crescenti di servizi sanitari ad una diversa istituzione la cui mission è formare e fare ricerca.

## Didattica ospedaliera

L'ultimo trentennio ha prodotto il moltiplicarsi delle sedi d'insegnamento e della offerta formativa: le Facoltà

di Medicina oggi contano 39 sedi attive (5 solo a Roma!), presenti in quasi tutte le Regioni, mentre è prossima la apertura di altre due sedi, e gli iscritti ai Corsi di Laurea delle professioni hanno superato di molto gli iscritti a Medicina.

La carenza forse più macroscopica del decreto legislativo n. 517/99 è nel non aver previsto una ridefinizione del ruolo del personale medico ospedaliero nei complessi misti. Carenza grave ove si consideri che la stragrande maggioranza del personale che opera in tali Aziende afferisce al Ssn, che la perdurante differenziazione dei ruoli operativi è la maggior causa delle conflittualità riscontrate e che all'accresciuto compito formativo nell'ambito delle specializzazioni mediche a norma UE e dei corsi di laurea delle professioni sanitarie deve concorrere tale personale, come previsto dal D.lgs 502/1992. Di fatto, l'apporto del personale del Ssn appare ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa risentendo verosimilmente sia della "parsimoniosa" applicazione di parte universitaria, e regionale, della normativa, essendo noto che gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza, sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che intenda fornire una funzione anche didattica.

Le Regioni stentano ancora, con un atteggiamento che ha connotazioni autolesionistiche, a prendere atto della realtà per cui in aggiunta alla preparazione teorica, compito primario dell'Università, occorre una formazione pratico-professionale che si acquisisce al meglio negli ospedali che hanno una naturale vocazione all'insegnamento del "saper fare e saper essere", ambiti propri e peculiari delle strutture del Ssn, senza il quale è facile prevedere uno stentato decollo ed un gracile sviluppo della formazione delle nuove professioni e delle specializzazioni a normativa UE.

Se si vuole garantire una reale e duratura efficacia ai complessi integrati, il personale ospedaliero deve poter affiancare al compito assistenziale anche il riconoscimento di una funzione, già nei fatti esercitata, nell'ambito didattico e della ricerca. Non basta l'accesso ai fondi di ateneo (D.lgs 517/99, art. 6 comma 3) ma occorre prevedere anche la destinazione a tali incombenze di parte del monte orario e la corresponsione di una quota retributiva dedicata finanziata dalla quota d'incremento regionale del valore della produzione prevista a riconoscimento dei costi aggiuntivi dovuti al fatto di essere l'ospedale sede di insegnamento. Onere, quest'ultimo, che la Legge Crispi (1890) poneva a carico della Università non essendo affatto scontato, come oggi superficialmente si tende a dare per scontato, che esso debba ricadere sui fondi della Sanità.

#### La formazione post lauream

Il problema della formazione medica post-lauream è particolarmente sentito all'interno della UE ove è uno dei punti principali di riferimento per la libera circolazione dei medici. Questa libertà di movimento deve essere sostenuta da sistemi formativi e di accreditamento che portino a standards reciprocamente accettati in modo che i pazienti abbiano realistiche aspettative di ricevere un'elevata qualità di assistenza dovunque vivano e a prescindere dall'area in cui il medico sia stato formato.

Attualmente i Paesi europei hanno regole diverse, ma **in nessun caso la formazione post-lauream è di esclusiva pertinenza della Università. Dovunque è svolta negli ospedali, compresi quelli universitari.**

La formazione specialistica del medico, primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica, non può non coinvolgere il Ssn al quale il D.lgs 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante regolamentato da appositi protocolli e rafforzato dalla previsione in capo al Dirigente Ospedaliero della titolarità dei corsi svolti presso una struttura del Ssn.

In Italia il rapporto giuridico fra specializzando e Scuola ha caratteristiche di borsa di studio, nonostante la Direttiva 93/16/Cee e il D.lgs n. 368/99 prevedano un contratto di formazione lavoro che ponga lo specializzando in una situazione più dignitosa di quella di

studente. Per di più, gli specialisti che effettuano i loro studi negli altri Paesi europei possono accedere agli incarichi di livello più elevato quando sono in media di cinque anni più giovani rispetto a quelli formati in Italia, con migliori prospettive per quanto riguarda l'esperienza e la carriera.

Vista la eccessiva lunghezza di tale percorso e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte delle scuole di specializzazione, che in molte discipline continua a essere lontana dal garantire gli obiettivi formativi previsti dalla UE, **appare incongruo, e inutilmente penalizzante per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del Ssn.**

L'alternativa è rappresentata dall'inserimento del neolaureato nei posti vacanti del Ssn, laddove è, dai vigenti contratti, considerato come "medico in formazione", assicurandogli il percorso formativo adeguato, integrato con componenti teoriche, attraverso la mobilità all'interno dell'area in cui presta servizio.

La proposta della Conferenza delle Regioni di considerare il primo biennio come borsa di studio ed il triennio successivo come contratto di formazione lavoro da svolgere nelle strutture del Ssn può costituire una utile fase transitoria, da cui partire per recuperare un ruolo formativo al Ssn.

#### Ospedale di insegnamento e rete formativa regionale

Ma, più in generale, deve essere posta la questione di un forte rinnovamento dei percorsi formativi, iniziando a ragionare su un modello che non può più essere quello tradizionale delle Facoltà, insufficiente per logiche e dimensioni a far fronte alla continua espansione di una domanda a carattere eminentemente pratico. Una discussione sui futuri luoghi della didattica medica deve prendere in considerazione nuovi contenitori ove la preparazione teorica sia immediatamente embricata nella attività pratica con un rapporto docente-discente diretto e capillare e le funzioni tutoriali sul campo accompagnino e completino le conoscenze teoriche acquisite in aula. Un progetto finalizzato alla formazione dei medici specialisti che opereranno in un Ssn moderno e adeguato alle necessità dei cittadini deve uscire dalle logiche accademiche. Il che presuppone la riforma della politica della formazione ed il superamento della convinzione autoreferenziale della superiorità culturale della Università, e del conseguente monopolio, teso a rimarcare la diversità del mondo accademico rispetto ai medici ospedalieri che costituiscono l'ossatura del Ssn.

Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza circoscritto, organizzando la sua presenza sia in strutture ospedaliere con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

Il sistema attuale, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del Ssr, non serve ai soggetti in formazione che vivono una condizione professionale, sociale, economica inaccettabile, non serve ai cittadini perché la relativa ristrettezza delle strutture formative non garantisce l'acquisizione delle indispensabili competenze ed esperienze, non serve alle Regioni perché di fatto parcheggia preziose risorse professionali in circuiti formativi estranei alle esigenze del sistema.

Un nuovo modello formativo deve avere come base metodologica e supporto organizzativo la Rete Formativa Regionale, che rappresenta il presupposto per la realizzazione di quell'idea di **Ospedale d'Insegnamento** che dovrebbe costituire il nucleo portante di una vera integrazione tra Ssn e Università.

La sinergia tra ricerca applicata, formazione e pratica clinica è l'obiettivo cui dovrebbero tendere tutti gli ospedali e l'ospedale di insegnamento è il luogo dove essa si realizza al meglio nella indipendenza normativa ed organizzativa dei ruoli, consentendo anche una migliore allocazione di risorse umane.

Oggi l'ospedale di insegnamento è una realtà legislativa negata (L.229/99, art.16 sexies).

#### ORGANO DI INDIRIZZO

**L'articolo 4 del D.lgs 517/99 istituisce un nuovo organo di governo** delle Aziende Integrate con il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica delle università e di verificarne la corretta attuazione.

È certamente utile che nell'Organo di Indirizzo sia presente l'Assessore Regionale alla Sanità, titolare di una funzione politica soggetta a momenti di verifica democratica, che può esercitare un ruolo di garanzia nei confronti sia della collettività che dei Dirigenti Medici dipendenti del Ssr. Ma rimane discutibile l'esclusione della componente ospedaliera, a fronte di una partecipazione sovradimensionata della componente universitaria (sia il Preside di Facoltà che, in diverse Regioni, il Rettore fanno parte a vario titolo dell'Organo di Indirizzo). Sarebbe auspicabile che almeno uno degli esperti in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari di nomina della Giunta Regionale fosse riconducibile alla Dirigenza Medica ospedaliera.

#### Aspetti retributivi

Le norme sul personale introdotte dal D.lgs.517/99 e dal DPCM del 2001 superano il meccanismo della equiparazione introdotto dalla Legge De Maria come criterio per determinare il trattamento economico del personale universitario.

La nuova normativa attribuisce al personale docente universitario un trattamento economico aggiuntivo a quello erogato dal Miur quale riconoscimento non più di una equiparazione con la retribuzione della Dirigenza Medica, ma delle prestazioni assistenziali erogate. La scelta del legislatore di un corrispettivo economico di due prestazioni, ritenute inscindibili tranne che per questo aspetto, può costituire un ulteriore ostacolo sulla strada dell'integrazione.

#### LIVELLI DI GOVERNO

L'istituzione del dipartimento ad attività integrata (Dai), oggetto ancora misterioso per molti aspetti, non appare sufficiente a uniformare comportamenti legati a differenti stati giuridici e differenti, per quanto legittime, ambizioni di carriera. Anzi, un tale modello organizzativo si configura come l'ennesimo luogo di asimmetria del potere laddove i Pru affidano la nomina dei Direttori a indefiniti criteri di essenzialità didattica, assoluta da ogni valutazione di coerenza con la gestione di risorse preminentemente assistenziali. Rimane, inoltre, tutto da verificare il rapporto con i non soppressi Dipartimenti Universitari che mantengono autonomia gestionale sulla didattica e sulla ricerca, attività quindi di fatto sottratte al processo di integrazione.

La scelta del Direttore **deve avvenire tra i Direttori delle UU.OO. complesse mediche afferenti**, secondo criteri di capacità professionale ed organizzative (D.lgs 517/99, art. 4) non riconoscendo al personale universitario alcun diritto di prelazione e prevedere la esclusività del **rapporto di lavoro**, in considerazione delle entità delle risorse gestite.

Ruolo e composizione del Comitato di Dipartimento vanno definiti prevedendo accanto ai componenti di diritto, una quota elettiva, e individuando gli ambiti di autonomia degli organi di direzione e le procedure dei percorsi decisionali interni.

Gli stessi criteri di nomina, e di revoca, del Direttore Generale delle Aziende Integrate, che privano il personale ospedaliero di un riferimento super partes politico-gestionale e determinano in tale figura un esistenziale conflitto di interessi, andrebbero rivisti.

#### Finanziamento

Sul versante del finanziamento persiste una dissociazione tra potere e responsabilità derivante dalla omissione di una chiara previsione di concorso della Università nelle spese, malgrado essa voglia determinare obiettivi e strategie ed accampi diritti nella gestione delle risorse.

Sarebbe il trionfo della logica di privatizzare gli utili e

LA SANITÀ NEL

# Veneto

## Una sanità di qualità ma che ha bisogno di riorganizzarsi

di Lucia Conti e Stefano Simoni

Centri di eccellenza e bilanci in pareggio ma anche qualche capitolo nero, primo tra tutti le liste d'attesa, ritenute "inaccettabili" anche dall'assessore regionale alla Sanità, Flavio Tosi. Perché se è vero che i risultati ospedalieri in termini di salute sono positivi, così come il gradimento nei loro confronti da parte della popolazione veneta, il carico di richieste di prestazioni ospedaliere continua ad essere troppo alto, probabilmente anche per la mancanza di un "un filtro sul territorio" per avviare il quale sarebbe necessario potenziare le cure primarie. Direzione verso la quale si sta spostando la politica sanitaria regionale, allo scopo, peraltro, di mantenere l'equilibrio economico/finanziario del sistema, che comincia a mostrare qualche difficoltà.

### UN NUOVO EQUILIBRIO OSPEDALE/TERRITORIO

"Per una sanità veneta di prim'ordine: una medicina del territorio al passo con i tempi". Ne è convinto l'assessore Tosi, secondo il quale "in futuro, per mantenere il livello d'eccellenza del nostro sistema sanitario, occorrerà adeguare la sua organizzazione ai cambiamenti della società, potenziando le strutture e i servizi nel territorio". In base alle analisi dell'assessorato, infatti, i ricoveri ospedalieri sono sempre più costosi e spesso anche inappropriati. Per questo, riuscire a spostare sul territorio tutte le prestazioni sanitarie che possono essere effettuate al di fuori dei nosocomi, significa risparmiare risorse da reinvestire nell'ammodernamento tecnologico, per rendere sempre più efficienti gli ospedali specialistici per acuti.

In questo ambito, riveste grande importanza lo sviluppo di un rapporto più stretto e più organizzato tra il personale ospedaliero e i medici di base, che lavorando in sinergia possono garantire risultati sia nella riduzione delle liste d'attesa che nell'evitare l'eccesso di prestazioni e ricoveri non necessari e inappropriati.

Per abbattere le liste di attesa, l'assessorato sta lavorando anche su altri fronti: la prioritizzazione delle richieste di prestazioni specialistiche; il potenziamento e la qualificazione di guardia medica e la realizzazione dei Centri unici di prenotazione a livello provinciale. Ma secondo Tosi un tassello importante dovrà essere proprio lo sviluppo della telemedicina, la creazione degli ospedali di comunità e delle Utap (Unità territoriali di assistenza primaria), che alleggeriranno il sovraffollamento del Pronto soccorso. Tosi ha quindi annunciato di essere intenzionato a portare presto in Giunta una delibera, con un impegno di spesa di oltre 10 milioni di euro, per potenziare i reparti di Pronto soccorso degli ospedali ed è allo studio anche un provvedimento per recuperare il pagamento delle prestazioni non urgenti erogate: una sorta di ticket per tutti coloro che utilizzano l'emergenza per disturbi che potrebbero essere risolti dal medico di famiglia.

### DAI TRAPIANTI DI CORNEA AL NUOVO ISTITUTO ONCOLOGICO

In dieci anni di attività, la Fondazione Banca degli occhi del Veneto ha abbattuto i tempi di attesa per i tra-

pianti di cornea portandoli da oltre due anni a un mese e mezzo (24 ore per le urgenze), ha raccolto quasi 36 mila cornee, distribuito 16 mila tessuti corneali per trapianto, monitorato 6 mila pazienti dopo gli interventi, realizzato 57 interventi con lembi di cellule staminali epiteliali corneali coltivate in vitro. In poco più di due anni ha formato 1.255 operatori sanitari e chirurghi; e dal 2001 al 2004, infine, ha esportato oltre 300 tessuti corneali, anche per interventi pediatrici, in Francia, Gran Bretagna, Olanda, Spagna, Germania, Serbia, Bolivia e Costa d'Avorio. Ottimi risultati, che sono stati premiati con la medaglia d'oro al merito della sanità pubblica, conferito lo scorso aprile dal Presidente della Repubblica, Carlo Azeglio Ciampi, e dall'ex ministro alla Salute, Girolamo Sirchia.

Il Veneto, comunque, registra ottimi risultati anche per quanto concerne il trapianto degli altri organi: nel 2005 i trapianti effettuati sono stati 118; di questi, 66 di rene, 31 di fegato, 10 di cuore, 6 di polmone, 5 di pancreas. La provincia più "generosa" è stata Verona con 12 donatori in quattro mesi, seguita da Padova (8), Venezia (7), Treviso (5) e Rovigo (4).

Punte di eccellenza che la Regione vuole continuare a sviluppare anche in altri ambiti clinici, come dimostra l'approvazione per la realizzazione dell'Istituto Oncologico Veneto (Iov) per la lotta ai tumori, che avrà sede a Padova e progressivamente coinvolgerà tutte le "eccellenze" in materia oncologica presenti nei vari reparti della Regione attraverso procedure di convenzionamento.

### IL BILANCIO PER IL 2006

Il Veneto è tra le Regioni virtuose per quel che concerne la spesa sanitaria e dall'ultimo rapporto Ceis Sanità emerge che le famiglie venete, insieme alle Lombarde, sono quelle meno in cui i bilanci familiari sono meno colpiti da spese sanitarie effettuate al di fuori della copertura del Ssn.

Tuttavia qualche problema per la sostenibilità del sistema si è intravisto nella delibera n.3144 della Giunta regionale, con cui si prevedono interventi per riequilibrare il bilancio e dare un freno alle spese, anche se l'assessore Tosi ha immediatamente sottolineato che "non c'è alcun allarme".

Lo scorso agosto (con un ritardo causato dalle elezioni regionali) la Giunta regionale aveva approvato, su proposta dell'assessore regionale alla sanità Flavio Tosi, il riparto per il 2005 tra le Ulss venete dei fondi del Servizio sanitario regionale, per un totale complessivo di 6.407.700,00 euro. Tuttavia, la Giunta ha constatato l'esistenza di difficoltà prospettive della situazione economica del Servizio sanitario regionale causati in gran parte dai contratti di lavoro del personale del comparto, della dirigenza medica sanitaria e non sanitaria e delle convenzioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

A questo punto, pur ritenendo di poter comunque contare su uno saldo finale di sostanziale equilibrio, la Giunta ha ritenuto indispensabile delineare un possibile e tempestivo quadro di interventi per affrontare la situa-

zione, chiedendo ai Direttori generali delle Ulss di attuare misure come il blocco dell'assunzione di personale e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario, prevedendo inoltre la sospensione di ogni autorizzazione all'acquisto di attrezzature o di immobili, per i quali non siano stati ancora perfezionati contratti la cui sospensione arrechi danni all'azienda.

La delibera ha chiaramente aperto un forte dibattito in Veneto, tuttavia secondo Tosi "c'è troppo ingiustificato allarmismo sul suo reale significato. È solo un'operazione contabile che invita i Direttori generali delle Ulss a darci una mano per arrivare al 31 dicembre prossimo con i bilanci della sanità in regola con i parametri indicati dal ministero della Salute per non far perdere al Veneto, per il 2006, una cifra enorme di finanziamenti del Fondo Sanitario Nazionale (500 milioni di euro)".

"Non c'è quindi nessun commissariamento dei direttori generali né tantomeno alcun occultamento del buco di bilancio - ha assicurato Tosi - quella delibera va letta come un'operazione contabile che chiede ai Direttori generali delle Ulss di rinviare all'anno prossimo le spese che possono essere rinviate, fermo restando che, in presenza di esigenze indifferibili e urgenti necessarie a garantire la continuità e la qualità del servizio, possono essere concesse, come dice la stessa delibera, delle deroghe".

"Stringiamo la cinghia - conclude Tosi - ma non deve esserci alcun allarme: ai cittadini veneti anche nel 2006 la Regione garantirà l'attuale livello dei servizi di assistenza. Il fatto che la previsione di deficit sanitario per il 2005 da 214 milioni di euro sia stata ridimensionata a 158 milioni di euro deriva dal fatto che molti rinnovi contrattuali sono stati firmati in ritardo e quindi la loro attuazione slitterà, per competenza, al bilancio 2006. Non di occultamento di spesa si tratta, quindi, ma di un trasferimento di spesa all'anno prossimo: resta ovviamente il fatto che, pur all'interno dell'indicazione generale di risparmiare il possibile, sono fortemente preoccupato per il prossimo anno, vista la legge Finanziaria preparata dal Governo".

E per il 2006, il bilancio del Veneto avrà una dimensione di 12 miliardi e 443 milioni di euro, dei quali 6 miliardi e 892 milioni destinati al finanziamento della sanità (pari al 5,4% del Pil regionale). "La manovra di bilancio per il prossimo esercizio - ha spiegato l'assessore alle politiche di Bilancio, Maria Luisa Coppola, presentando la manovra - è stata impostata tenendo conto del difficile dinamismo congiunturale della nostra economia e dei vincoli posti dal nuovo patto di stabilità interna introdotto con la legge Finanziaria", che richiede alle Regioni sempre maggiore rigore finanziario e controllo della spesa.

Comunque, ha annunciato l'assessore Coppola, il bilancio 2006 registra un aumento nelle spese di intervento "nei settori qualificanti dell'azione regionale, quali le aree dello sviluppo economico, del territorio, della mobilità e delle infrastrutture e dei servizi alla persona".

INTERVISTA A SALVATORE CALABRESE  
SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED VENETO

## Il pubblico arretra e il privato avanza

**Dottor Calabrese, è passato circa un anno dall'ultima volta che abbiamo parlato. Quali i cambiamenti in questo arco di tempo?**

Non è cambiato praticamente nulla. Il numero delle Ulss resta elevato e il Psr è stato rinviato a questa legislatura. Dal punto di vista dell'organizzazione siamo fermi alla manovra di fine 2002, attuata nel 2003, che ha comportato una riduzione dei Pl ospedalieri senza però chiudere gli ospedali e quindi senza generare un risparmio.

**Recentemente è stata presentata la relazione della Corte dei Conti regionale. Nello specifico della sanità cosa è emerso dall'intervento del Presidente?**

Il presidente della Corte dei Conti della Regione Veneto, Bruno Protta, ha svolto un'ampia relazione sullo stato dei conti. Nello specifico ha rilevato come la sanità svolga un ruolo importante assorbendo il 60-65% del bilancio complessivo. Il Presidente ha evidenziato il peggioramento dell'equilibrio economico delle Aziende sanitarie, ha parlato dell'assistenza sanitaria agli stranieri irregolari (circa 17.300 persone) che comporta un costo in termini di assistenza pari a 24,2 milioni di euro a fronte di un finanziamento statale complessivo di 2.6 milioni di euro. Per noi dell'Anaaò il problema fondamentale resta l'assistenza ospedaliera. Qui la Corte ha sottolineato che al di là del tasso di ospedalizzazione, più alto che nel resto d'Italia, il nodo resta la riorganizzazione della rete e le riduzioni delle degenze. Infine la Corte ha affermato che 84 strutture dotate di posti letto per il Veneto sono eccessive.

**Viceversa, quale dovrebbe essere secondo lei il punto di equilibrio territorio-posti letto?**

Io non faccio il programmatore regionale, però posso riportare gli esempi dell'Emilia Romagna e della Toscana che hanno quasi dimezzato i loro ospedali. Di queste 84 strutture 57 sono pubbliche e 27 private accreditate. Se

da un lato, come ha autorevolmente rilevato la Corte, i ricoveri nel pubblico per il 2004 sono diminuiti di un 3,6% è altrettanto vero che questi sono aumentati del 9,1% nelle strutture private. Si può dunque affermare che nel Veneto il pubblico arretra e il privato avanza e questo è un dato che noi ospedalieri sosteniamo da sempre.

**Il nuovo assessore Flavio Tosi, ha dato qualche indicazione in merito o è ancora troppo presto?**

È presto, troppo presto per giudicare su questo tema il nuovo assessore. Abbiamo però delle speranze a riguardo in quanto il nuovo assessore ci è sembrato molto pragmatico, concreto e sembrerebbe da quanto ha dichiarato, ma in questo senso stiamo aspettando che alle parole seguano i fatti, che tenga alla salvaguardia della sanità pubblica perché è chiaro che a questo punto si tratta di scegliere: o il pubblico o il privato.

**Che ne è stato della proposta avanzata ad inizio mandato dal Presidente della Giunta Galan di sottrarre alcune deleghe alla sanità per passarle alle politiche sociali?**

Il tentativo di sottrarre alla sanità alcune deleghe importanti tra cui la medicina del territorio o la medicina convenzionata per passarle all'Assessore De Poli, sembrerebbe rientrato. C'è da dire che non appena avuta questa notizia noi tutti, sindacati di categoria, abbiamo scritto una lettera al presidente Galan e ai due assessori interessati affermando che ci sembrava un'azione inopportuna specie perché sarebbe andata contro quel principio di integrazione tra ospedale e territorio di cui il Veneto da tempo si è fatto promotore.

**Si può dire che il modello Veneto che bene ha fatto in passato comincia a presentare elementi di fragilità?**

I problemi ci sono e vanno affrontati in tempi rapidi. Oltre a quelli lamentati dalla Corte dei Conti regionale esistono altri aspetti di criticità. Il contratto firmato il 3 novembre scorso parla di un tavolo di coordinamento re-

gionale. C'è un articolo, il numero 9 del Ccnl, che assegna a questo coordinamento regionale formato da Regione e sindacati della dirigenza un ruolo molto importante per emanare linee di indirizzo condivise in nove materie. In Veneto il confronto non è partito. La cosa è grave perché questo coordinamento regionale sempre in base a quanto dice il Ccnl ha dei tempi prefissati di 120 giorni dalla sottoscrizione del contratto, scaduti i quali non si può più fare. Finora abbiamo avuto rassicurazioni verbali che: "sì, non c'è problema, si farà" però ad oggi ancora nulla a differenza di altre Regioni dove il confronto è già in fase avanzata. Questo è un altro elemento di assoluta criticità.

**Qual è la situazione del protocollo d'intesa tra Università e Regione?**

Questo protocollo o convenzione tra la Regione e l'Università lo scorso anno ha avuto una accelerazione notevole al punto che siamo venuti a conoscenza della bozza nell'estate del 2004. Su quella bozza di convenzione siamo riusciti a creare un notevole movimento di opinione criticandola, esprimendo le nostre perplessità. Devo dire che il movimento di opinione che ha coinvolto forze politiche di maggioranza e di opposizione ha fatto sì che a gennaio 2005 venisse deciso il rinvio. Per noi un bel risultato. Adesso la materia ha ripreso forza e noi stiamo ripercorrendo il cammino fatto l'anno scorso.

**Quali sono i motivi di contrasto su questo protocollo?**

I motivi sono sempre i soliti: si favorisce l'Università, si sottopone il Dg al controllo del Rettore, si consentono le clinicizzazioni estemporanee non soltanto nelle due aziende miste integrate di Padova e di Verona, ma anche in altre aziende.

Su questo faremo battaglia fino alla fine, non importa quanto durerà. Continueremo a combattere non per difendere le prerogative degli ospedalieri versus gli universitari ma per il buon funzionamento della sanità italiana.

INTERVISTA CON FLAVIO TOSI,  
ASSESSORE ALLA SALUTE REGIONE VENETO

## "Il nostro disavanzo è colpa dei ritardi dello Stato"

**Assessore Tosi, lei da Aprile è il nuovo assessore alla salute del Veneto, quali le sue priorità in agenda?**

Liste d'attesa e Pronto soccorso. Sulle prime a gennaio dovrebbero partire i Cup provinciali in tutto il territorio, dopodiché faremo accordi con i medici di base per arrivare a prescrizioni appropriate secondo criterio di priorità per abbattere. Vorremmo un medico di base a livello sperimentale per ogni Ulss nelle Utap in modo da smaltire le liste d'attesa e gli accessi al pronto soccorso.

**Ma non c'è un filtro nel territorio?**

Ci sono i distretti, però c'è anche una tendenza massiccia da parte della popolazione che per qualche motivo non trovando il medico o non avendo con questo un rapporto fiduciario vanno direttamente al pronto soccorso.

**Il Veneto si è sempre caratterizzato come una delle migliori realtà sanitarie del nostro Paese. Oggi comincia ad emergere un disavanzo pesante e un mancato riparto della spesa sanitaria.**

E' vero che per il riparto 2005 c'è stato un ritardo ma il motivo è semplice: le elezioni amministrative di aprile. In genere il riparto viene fatto all'inizio dell'anno, questa volta le elezioni hanno comportato uno slittamento. Poi c'è stato il cambio della giunta che ha allungato i tempi di lavorazione con varie polemiche. Ad agosto però il riparto è stato varato dalla Giunta, approvato dalla commissione in settembre e licenziato definitivamente ad ottobre. Per l'anno prossimo pensiamo di portare la proposta di riparto già in gennaio.

**E per quanto riguarda il disavanzo?**

Qui c'è un problema che riguarda essenzialmente lo Sta-

to centrale. Il Veneto è penalizzato dal fatto che curiamo moltissimi cittadini provenienti da altre Regioni. Noi veniamo rimborsati male e tardi. Se lo Stato prevedesse un meccanismo di pagamento adeguato in tempi ragionevoli sarebbe una cosa equa ed accettabile. Noi veniamo pagati poco in quanto la tariffa è ferma da anni e con ritardo. Il nostro credito con lo Stato centrale è di un miliardo e trecentocinquanta milioni di euro.

**Si dice che il numero delle Ulss in Veneto sia troppo elevato, prevede una ridefinizione degli ambiti territoriali?**

Di sicuro ci sono delle Ulss che sono piccole o malfatte, alcune non hanno una logica, o meglio ce l'avevano quando sono state realizzate e oggi è difficile intravederla. Adesso preferisco spingere sull'area vasta per provincializzare una serie di attività: il personale, gli approvvigionamenti, la logistica e la parte clinica dove è possibile. La riorganizzazione del numero delle Ulss verrà dopo per un motivo semplice: è una questione sulla quale si può snodare una battaglia politica feroce. Si rischierebbe insomma di andare verso una battaglia di posizione che non porterebbe a nulla.

**Un tema caro all'Anaaò è l'integrazione Università-aziende sanitarie. Qual è la situazione in Veneto?**

La situazione è abbastanza buona anche se ci sono delle criticità. L'intenzione sarebbe quella, per garantire la parte ospedaliera, di cercare di portare avanti una volta attuato il protocollo generale regionale dei protocolli attuativi se non già definiti in buona fase di definizione. In questo modo si offrono a chi rappresenta la parte ospedaliera le giuste garanzie. Questo può essere l'unico mo-

do per uscire dall'impasse.

Gli accordi nati nella scorsa legislatura erano viziati perché troppo sbilanciati verso l'Università per questo l'accordo generale è stato modificato nel senso che prevede una rappresentanza diretta nell'organo di indirizzo delle aziende miste di un ospedaliero.

**Qual è la situazione della rete ospedaliera?**

In Veneto c'è il maggior numero di presidi in rapporto agli abitanti. L'ultima delibera di programmazione aveva posto un limite a questo numero di presenze eccessive ma non è stata ancora attuata completamente e nell'arco di alcuni mesi crediamo di poter ridefinire questo percorso per arrivare ad una razionalizzazione della dotazione ospedaliera. L'eccessiva frammentazione è un danno per la sanità regionale per una questione di costi, ma è un danno anche per i cittadini che si trovano con una serie di micro ospedali che non danno risposte.

**Qual è il ruolo del privato in Veneto?**

Per quanto riguarda il privato c'è un cambio di direzione determinato dal fatto che lo Stato nella prossima finanziaria proporrà sostanzialmente la stessa cifra dell'anno scorso e che è inadeguata perché la sanità ha un tasso di crescita di un 5-6% l'anno. Il Governo ci impone tutta una serie di vincoli di bilancio rigidissimi ai quali le Regioni devono sottostare. Ma il problema, si sa, è sempre relativo alle risorse a disposizione. Il privato in Veneto è contenuto rispetto ad altre Regioni per un motivo molto semplice: abbiamo una buona sanità pubblica. Spesso quando il privato si allarga è perché supplisce ad assenze del pubblico. Da noi il privato è intorno al 5-6% proprio perché il pubblico è di qualità.

# Il conferimento degli incarichi di struttura complessa

di Francesco Maria Mantovani

Il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa costituisce un tema di grande attualità che ha visto intensificarsi negli ultimi tempi l'impegno della giurisprudenza e della dottrina che si sono interrogate sulla natura, privatistica o pubblicistica, di detta procedura.

La questione va affrontata, analizzando la normativa specificamente dedicata alla dirigenza sanitaria ed al conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa. Si tratta di una disciplina speciale che prevale su quella dettata in via generale per la dirigenza pubblica, che svolge una funzione del tutto residuale di integrazione della prima.

In particolare, il D.lgs n. 502 del 1992 prevede che "gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 484 e secondo le modalità dallo stesso stabilite, salvo quanto previsto dall'art. 15 ter 2° comma", disposizione quest'ultima ai sensi della quale "l'attribuzione dell'incarico di struttura complessa è effettuata dal direttore generale sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da un'apposita commissione".

L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è quindi effettuata dal Direttore generale sulla base del parere espresso da un'apposita commissione di esperti, nominata dallo stesso Direttore generale, alla quale è affidato anche il compito di individuare i requisiti occorrenti per la partecipazione alla procedura selettiva (in conformità alla disciplina contenuta nel D.P.R. 484/97, *Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale*).

Alla luce di tali coordinate normative deve escludersi che la procedura per il conferimento dell'incarico di dirigente sanitario abbia caratteristiche e natura di concorso. Il conferimento dell'incarico costituisce piuttosto un atto di esercizio di poteri caratteristici del datore di lavoro privato. Il concorso, indipendentemente dalle modalità prescelte dall'Amministrazione per il suo svolgimento (concorso per esami, per titoli, per titoli ed esami o corso-concorso), si conclude in ogni caso con l'approvazione di una graduatoria di merito che vincola l'ente procedente a perfezionare le assunzioni, nei limiti dei posti banditi, rispettando il relativo ordine.

Nella disciplina del conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, invece, la Commissione ri-

scontra l'idoneità dei candidati ad esito di un colloquio e della valutazione dei curricula, e, senza attribuire punteggi né formulare graduatorie, predispone un elenco di candidati da sottoporre alla valutazione del Direttore Generale. È poi quest'ultimo, nell'ambito della predetta cerchia di idonei, a conferire l'incarico sulla base di una scelta di carattere essenzialmente fiduciario ed affidata alla sua responsabilità manageriale (art. 3 comma 1 quater D.lgs. 502 del 1992), nell'ambito della quale egli opera con i poteri del privato datore di lavoro.

In altri termini, nel settore sanitario il conferimento degli incarichi dirigenziali non dipende dall'espletamento di procedure concorsuali, devolute dalla legge al giudice amministrativo, ma è affidato al compimento di atti di gestione dei rapporti di lavoro.

Del resto, la natura privatistica dell'atto di attribuzione degli incarichi di direzione di struttura complessa è confermata dalla previsione dell'art. 19 comma 1 del D.lgs. 165 del 2001 (applicabile alla dirigenza sanitaria ai sensi del D.lgs 502 del 1992 e riprodotto dal vigente Ccnl d'Area), che espressamente esclude per tale materia l'applicabilità dell'art. 2103 cod. civ: la deroga all'applicazione di tale specifica norma presuppone infatti che la materia sia per il resto assoggettata alla disciplina privatistica del rapporto di lavoro subordinato.

Anche la giurisprudenza ha avuto modo di precisare che l'assoggettamento dell'incarico dirigenziale alla disciplina privatistica del rapporto di lavoro è coerente con la privatizzazione dei rapporti di impiego pubblico, "la quale si impernia sul principio per cui gli atti che si collocano al di sotto della soglia di configurazione strutturale degli uffici pubblici e che riguardano il funzionamento degli apparati sono espressione della capacità di diritto privato, e, correlativamente, i poteri di gestione del personale rispondono nel lavoro pubblico, come in quello privato, ad uno schema normativamente unificato, che non è quello del potere pubblico ma quello dei poteri privati" (così Cass. S.U. 7621/2003).

Più nello specifico, e con particolare riferimento agli incarichi di direzione di struttura complessa, il consolidato orientamento della giurisprudenza, amministrativa ed ordinaria, ha ribadito che il relativo conferimento non configura procedura concorsuale, con conseguente riserva di giurisdizione amministrativa, atteso che la Commissione non è chiamata ad operare una valutazione comparativa fra gli aspiranti ed a redigere una graduatoria di questi, ma

esclusivamente ad esprimere un giudizio di idoneità (per tutte, recentemente, Cass. S.U. 1478/2004, Cons. St. sez. V n. 8206/2003 e Cons. St. sez. V, n. 7231/2003).

Inoltre, sempre secondo la giurisprudenza, la ricostruzione della scelta dei candidati, come esercizio di attività amministrativa funzionalizzata, risulta incompatibile con la piena discrezionalità attribuita dalla legge alla Commissione in merito ai criteri su cui improntare il giudizio.

Il conferimento dell'incarico è, invece, atto riconducibile alla capacità di diritto privato ed espressione del potere discrezionale di organizzazione, conferito dal diritto comune alla pubblica amministrazione, come ad ogni altro datore di lavoro.

Da queste considerazioni discendono due rilevanti conseguenze.

Innanzitutto, le controversie in materia di conferimento dell'incarico sono sottratte alla giurisdizione del giudice amministrativo, per essere devolute alla cognizione dell'autorità giudiziaria ordinaria ai sensi del menzionato art. 63 del D.lgs. 165 del 2001 (secondo il quale "sono devolute al giudice ordinario, in funzione di giudice del lavoro, tutte le controversie relative ai rapporti di lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2, incluse le controversie concernenti l'assunzione al lavoro, il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali").

In secondo luogo, il carattere essenzialmente fiduciario dell'atto di conferimento, e quindi la mancanza di criteri specifici e certi che permettano di individuare il soggetto avente diritto all'incarico, impediscono al giudice del lavoro di sostituire la propria determinazione al provvedimento dell'amministrazione, anche se illegittimo, non rientrando nei poteri del medesimo l'emanazione di un atto di nomina alternativo.

Pertanto, il soggetto che sia stato illegittimamente pretermesso, non può ottenere l'attribuzione dell'incarico in via giudiziale, bensì può esclusivamente richiedere il risarcimento della propria aspettativa al conferimento dell'incarico, con conseguente onere di provare il danno che l'illegittimo comportamento dell'amministrazione ha cagionato (Cass. n. 5659/2004; Trib. Ravenna 28 novembre 2001, in Lav. giur., 2002, 870; Trib. Bari (ord.), 4 gennaio 2001, entrambe in Lav. pubbl. amm., 2002, 151; Trib. Forlì, 15 ottobre 2004, in Lav. pubbl. amm., 2004, 1171).

\*Servizio Tutela Lavoro  
Anaao Cref

segue da pagina 11

## Ssn e Facoltà di Medicina

socializzare le perdite.

Il contributo dell'Università al raggiungimento del pareggio di bilancio non può che essere direttamente proporzionale ai fattori di produzione assorbiti, al numero di UU.OO. e DAI a direzione universitaria, visto che il Direttore di Dipartimento è responsabile della gestione unitaria e coordinata delle risorse economiche, strumentali ed umane, e quindi del raggiungimento degli obiettivi aziendali assegnati. Il nodo da sciogliere rimane la valutazione del prodotto in modo da perseguire una efficiente allocazione delle risorse.

### Conclusioni

L'Anaao Assomed ritiene che le Regioni debbano in-

tervenire con provvedimenti normativi ed organizzativi, resi possibili dal nuovo Titolo V della Costituzione e dal pronunciamento della Corte Costituzionale, per rendere i rapporti Università-Ssn meno conflittuali e più rispettosi dei reciproci fini istituzionali.

Occorre evitare, attraverso un confronto che coinvolga tutti gli attori interessati al futuro del sistema sanitario e di quello formativo, che siano la provenienza istituzionale e l'autoreferenzialità ad orientare il processo di organizzazione e di gestione delle neonate Aziende Integrate. Esse potranno costruire il comune senso d'appartenenza ed il livello di integrazione necessario a superare il vissuto da "separati in casa" che caratterizza la

situazione attuale solo attraverso la trasparenza delle strategie e della gestione, la capacità di darsi le regole e di farle rispettare per assicurare una risposta adeguata alle attese che la società civile giustamente "pretende" dal sistema integrato formazione medica-ricerca-assistenza sanitaria.

In tale prospettiva l'orientamento alla didattica, alla ricerca ed alla assistenza potrebbe essere assunto come alto obiettivo professionale, comune alla componente universitaria ed a quella ospedaliera, riscattando l'enfasi sul bilancio per rendere perseguibile la mission aziendale attraverso il reclutamento delle intelligenze professionali di ambidue le appartenenze per sentirsi e porsi come comunità

\*Costantino Troise Direttore Unità Operativa Complessa Allergologia Azienda Ospedale Università San Martino - Genova; Giancarlo Berni Direttore Dipartimento Emergenza e Accettazione Azienda Ospedale Università Careggi - Firenze; Salvatore Calabrese Dirigente Medico U.O.C. Chirurgia d'Urgenza ASL Padova; Claudio Campieri Dirigente Medico U.O. Nefrologia Policlinico S.Orsola-Malpighi - Bologna; Luciano Gabbani Responsabile Struttura Semplice - U.O. Geriatria Azienda Ospedale Università Careggi - Firenze; Bruno Innocenti Direttore Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologiche Azienda Ospedale Università - Pisa; Pierroberto Mioli Direttore U.O.C. Chirurgia d'Urgenza Azienda Ospedale Università San Giovanni Battista - Torino; Enrico Reginato Dirigente Medico U.O.C. Cardiocirurgia ASL 1- Massa Carrara; Alberto Sensi Responsabile Laboratorio di Citogenetica, U.O. Genetica Medica Azienda Ospedale Università - Ferrara; Laura Stabile Dirigente Medico U.O. Medicina di Urgenza Azienda Ospedale Università Ospedali Riuniti - Trieste

a cura di Arianna Alberti

## GLOBAL ALLIANCE FOR VACCINES AND IMMUNISATION

## Vaccini per i Pvs: fondi insufficienti per il prossimo decennio

Per vaccinare i bambini dei 72 paesi più poveri del mondo nel prossimo decennio occorreranno 29 miliardi di euro. La stima è del nuovo studio redatto dall'Organizzazione mondiale della sanità e dall'Unicef e presentato a New Delhi agli inizi di dicembre durante il terzo appuntamento dei partner della Global Alliance for Vaccines and Immunisation (GAVI). Considerando i fondi già impegnati dai donatori però mancherebbero all'appello tra i 10 e 15 miliardi di dollari. Lob-Levyt, segretario esecutivo della GAVI, si è detto abbastanza ottimista sulle possibilità di reperire i fondi necessari e più preoccupato invece per le condizioni in cui versano i servizi sanitari di questi paesi e per le restrizioni dello staff che ostacolano la distribuzione dei vaccini.

L'Alleanza, che ha 5 anni di vita, finora ha raccolto 2,8 miliardi di dollari e ha finanziato la vaccinazione di 13 milioni di bambini per difterite, tetano e pertosse e di 118 milioni di bambini per epatite B, febbre gialla ed Haemophilus influenzae di tipo b. In previsione dovrebbero arrivare 4 miliardi di dollari dall'International Finance Facility for Immunisation, un meccanismo messo in atto da sei paesi europei per raccogliere fondi attraverso la vendita di bond in mercati capitali. La preoccupazione maggiore riguarda i sistemi sanitari e le risorse umane di alcuni paesi, ha sottolineato Lob-Levyt: "Molti medici e infermieri lasciano i loro paesi di origine. Gli infermieri del Kenya si spostano in Botswana e quelli del Botswana vanno a Londra..."

I delegati presenti al meeting hanno sostenuto che sebbene oggi come oggi appaiano giustificati i timori legati alla sostenibilità delle campagne di vaccinazione, tuttavia ci sono buone probabilità che il costo dei vaccini calerà nei prossimi anni. L'influenza che l'Alleanza ha sui produttori di vaccini, è stato detto, non è da trascurare: "quando più produttori entrano nel mercato i prezzi scendono e questo fa ben sperare per il buon proseguimento delle vaccinazioni".

L'Alleanza ha annunciato una nuova iniziativa per aiutare i paesi in via di sviluppo a valutare l'incidenza di meningite e polmonite associate al batterio Haemophilus influenzae di tipo b, che si stima colpisca in modo grave circa 3 milioni di persone e uccida 400 mila bambini ogni anno. Molti fattori ostacolano la distribuzione di questo tipo di vaccino, innanzitutto il costo, relativamente alto, e poi l'informazione carente sulla reale incidenza della malattia, dovuta alla mancanza di servizi diagnostici. In India, l'iniziativa quadriennale di 37 milioni di dollari finanzia un progetto per valutare l'incidenza dell'Haemophilus influenzae in tre città e dal 2006 l'Alleanza sosterrà anche la distribuzione di nuovi vaccini contro le infezioni da rotavirus e pneumococco.

## OLANDA

## Una guida per i medici sulla sedazione palliativa

L'Ordine dei Medici olandese ha elaborato una guida per i medici sull'impiego di sedativi per indurre il coma e lenire le sofferenze nei pazienti che stanno per morire.

La guida cerca di fare una chiara distinzione tra questo tipo di sedazione, indotta con sedativi come il midazolam, e che viene definita come "sedazione palliativa", e l'eutanasia. La sedazione palliativa, vi si afferma, è un "normale trattamento medico" che non accelera la morte e che incorrettamente è stato associato con i trattamenti di fine vita.

Dalla sedazione palliativa viene esclusa, in modo esplicito, la pratica comune di aumentare la dose di morfina, utilizzata nelle cure palliative per lenire il dolore, fino a provocare una perdita di coscienza nel paziente e probabilmente anticiparne la morte. Questa pratica viene definita come "una zona grigia tra il sollievo dal dolore e la fine della vita" e l'impiego della morfina ai fini sedativi considerato un "utilizzo non corretto" del farmaco.

Si stima che la cosiddetta "sedazione terminale" ricorra in circa 14 mila decessi all'anno in Olanda e da più parti è stato chiesto venisse regolamentata, anche per il timore che la si pratichi per aggirare la legge sull'eutanasia.

Il caso recente di un medico accusato di omicidio dopo la morte di un paziente ammalato terminale a cui egli aveva somministrato dei sedativi contro il dolore ha provocato grande sconcerto nella classe medica. Il governo ha così chiesto all'Ordine dei medici di redigere una guida. Un comitato ad hoc, presieduto da Marian Verkerk, professore di etica medica alla Groningen University, ha concluso che la sedazione palliativa non dovrebbe rientrare nel quadro della legge sull'eutanasia. I medici che seguiranno le indicazioni della guida non dovranno essere perseguiti.

La sedazione palliativa viene definita come "la deliberata riduzione della coscienza del paziente nell'ultima fase della vita" come mezzo di sollievo dalla sofferenza. La dose e la durata del trattamento "dovrebbero essere adeguate al livello necessario per controllare il sintomo". Il farmaco di prima scelta è il sedativo midazolam, ma possono essere presi in considerazione anche il levomepromazine o il phenobarbital.

La guida riconosce che dall'indagine svolta emerge che quasi la metà dei medici ospedalieri e un quinto dei medici di famiglia hanno utilizzato dosi crescenti di morfina, in parte nella speranza che il paziente ammalato terminale perdesse coscienza e morisse rapidamente, ma afferma che il suo utilizzo a questi fini è sbagliato.

La morfina è particolarmente inappropriata per la sedazione palliativa perché, anche se ha effetto sedativo, può causare convulsioni e allucinazioni.

## UE

## Obesità, problema europeo. La Comunità punta sulla prevenzione

La Commissione europea ha pubblicato un libro verde per promuovere dieta sana ed attività fisica in un quadro di prevenzione delle malattie legate al sovrappeso e all'obesità. L'obiettivo del rapporto è di avviare un processo di consultazione e di discussione approfondita a livello di governi e di società civile per identificare il possibile contributo della Comunità nell'affrontare queste problematiche. "L'obesità è un problema su scala europea, in continuo aumento, che richiede un approccio coordinato di tutti i paesi dell'Unione, se si intende contenere o invertire questa tendenza" ha affermato Markos Kyprianou, Commissario Ue alla Salute, presentando il rapporto lo scorso 8 dicembre.

Nel Green Paper della Commissione ("Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases") sono messe in luce non solo le conseguenze dell'obesità sulla salute dei cittadini (aumento delle patologie cardiovascolari, diabete, ipertensione, infarto e alcune tipologie di cancro) ma anche i suoi effetti sulle casse dei sistemi sanitari nazionali.

Nel corso del decennio passato il numero degli obesi in Europa è aumentato del 10-40%; attualmente sono circa 14 milioni gli europei considerati obesi o in sovrappeso, di questi 3 milioni sono bambini e il loro numero cresce di circa 400mila unità ogni anno.

Si stima che l'obesità nella Ue incida per il 7% sulla spesa sanitaria totale e i costi sono destinati a crescere visto il trend attuale; anche se non ci sono dati dettagliati per tutti i paesi europei numerosi studi rilevano gli alti costi economici legati all'obesità. Un rapporto preparato dal National Audit Office britannico nel 2001 ha stimato che l'obesità in Gran Bretagna è costata 18 milioni di giorni di assenza dal lavoro per malattia e 30 mila morti premature, corrispondenti a un costo sanitario diretto annuale di almeno 500 milioni di sterline, cui sono da aggiungere i costi maggiori che gravano sull'economia in generale, come una minore produttività (valutati intorno ai 2 miliardi di sterline). Un altro rapporto del Chief Medical Officer del Regno Unito sull'impatto dell'attività fisica sulla salute ha stimato che l'inattività fisica costa 8,2 miliardi di sterline, cifra che include sia i costi sanitari diretti sia quelli economici più generali, come le giornate lavorative perse. In Irlanda, il costo diretto per le cure legate all'obesità è stato valutato in 70 milioni di euro nel 2002. Negli Usa i costi sanitari annuali attribuibili all'obesità sono stimati, a livello statale, intorno ai 75 mi-

lioni di dollari, mentre il costo annuale delle spese mediche per un adulto obeso è mediamente del 37% maggiore di quello per una persona normopeso.

Secondo un'analisi del Institute of Public Health svedese il 4,5% degli anni di vita in salute - DALYs (Disability-adjusted lifeyears) - nell'Unione è perduto a causa di una cattiva alimentazione, cui vanno ad aggiungersi un ulteriore 3,7% dovuto all'obesità e un 1,4% all'inattività fisica: per un totale di 9,6% anni di vita in salute perduti contro il 9% causato dal fumo di 16 sigarette al giorno.

Il libro verde - disponibile all'indirizzo [http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_gp\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf) - si propone di recepire una serie di indicazioni provenienti da vari organismi nazionali, industrie alimentari, organizzazioni non governative, sanitarie e non, per valutare i migliori approcci al problema. In esso vengono poste domande specifiche, relative, ad esempio, ai modi più efficaci per introdurre un'attività fisica nella routine quotidiana, per migliorare il valore nutrizionale dei menù scolastici, per mettere in grado i consumatori di fare scelte informate, ecc.. Un aspetto importante evidenziato dal rapporto è il contributo che l'industria alimentare e pubblicitaria può dare nell'auto-regolamentarsi.

Il rapporto rientra in una strategia più ampia mirata a sconfiggere l'obesità, attualmente la Commissione sta valutando come integrare la promozione di stili di vita più salutari nelle politiche comunitarie e come ottimizzare il ruolo del nuovo programma per la salute e i consumatori. Nei primi mesi di quest'anno la Commissione ha istituito, sempre a fini consultivi, un gruppo di lavoro composto da rappresentanti di organizzazioni per la salute dei consumatori, aziende alimentari e pubblicitarie, che ha identificato 5 aree prioritarie di azione: informazione ai consumatori ed etichettatura dei prodotti; educazione alimentare; promozione dell'attività fisica; marketing e pubblicità; vari aspetti legati al cibo, dalla dimensione di una porzione alle scelte più salutari.

Inoltre, i vari governi dell'Unione e il Parlamento europeo stanno elaborando una nuova normativa per rendere più trasparenti e comprensibili ai consumatori le indicazioni riportate sulle etichette dei prodotti alimentari.

La Commissione renderà noti i risultati delle varie consultazioni il prossimo marzo 2006 e probabilmente entro giugno pubblicherà un nuovo rapporto.

## Fondazione Pietro Paci

Scuola Carlo Urbani per la formazione dei medici  
per la cooperazione internazionale

## CORSO DI FORMAZIONE 2006

Firenze 10 marzo - 20 maggio 2006  
Residence Palazzo Ricasoli

## PROGRAMMA DEL CORSO

## I MODULO

## KNOW HOW DI BASE

venerdì 10 marzo 2006 (ore 15.00 - 19.00)  
sabato 11 marzo 2006 (ore 9.00 - 18.00)

15.00 - 17.00 Modello partecipativo, alternative alla cooperazione bilaterale e commerciale, cooperazione multilaterale, sviluppo umano, prospettive per la cooperazione decentrata Luciano Carrino  
17.00-19.00 Enti internazionali (Onu, Agenzie, Echo) Luigi Cafiero  
9.00 - 11.00 Programmazione e costruzione di un progetto di cooperazione per lo sviluppo Franco Bonanni  
11.00 - 13.00 Gestione di un progetto Luca Scali  
13.00 - 14.00 Pausa lavori  
14.00 - 16.00 Equipe Sanitarie: ruoli e competenze Franco Bonanni  
16.00 - 18.00 Legislazione italiana ed europea in materia di cooperazione Stefano Boco  
18.00 - 19.00 Dibattito su argomenti del Modulo

## II MODULO

VISIONE GENERALE:  
LA POLITICA PER CAPIREvenerdì 24 marzo 2006 (ore 15.00 - 19.00)  
sabato 25 marzo 2006 (ore 9.00 - 18.00)

15.00 - 17.00 Globalizzazione e salute: i rapporti diversi tra Wto ed Oms Paolo Quondam  
17.00 - 19.00 Epidemie globali: nord e sud del pianeta, equità e sistemi sanitari in evoluzione Gavino Maciocco  
9.00 - 11.00 Disponibilità d'acqua. Acqua: diritto o bisogno? Rosario Lembo  
11.00 - 13.00 - Le guerre per l'acqua Rosario Lembo  
13.00 - 14.00 Pausa lavori  
14.00 - 17.00 Finanziamento alla cooperazione:

## I DOCENTI

**MARCO ANSELMO** Malattie Infettive Ospedale di Savona **ZENO BISOFFI** Malattie tropicali, Ospedale di Negrar (VR) **FRANCO BONANNI** Esperto problematiche Albania, America Latina e Centro America **STEFANO BOCO** Componente della Commissione Permanente Affari esteri, Senato della Repubblica **LUIGI CAFIERO** Direttore ufficio UNOPS Tirana **LUCIANO CARRINO** Ministero degli Affari Esteri DGLS Roma **GIORGIO CORTASSA** Esperto in medicina d'urgenza e problematiche della Cina **VALERIO DEL BONO** Malattie Infettive Ospedale San Martino di Genova. Membro del Comitato per la gestione delle malattie retrovirali - Ministero della Salute India **LUIGI FERRANINI** Dipartimento salute mentale Ospedale Galliera Genova **SILVIO GALVAGNO** Divisione di Ortopedia, Ospedale di Savigliano **GIUSEPPE GIAGNORIO** Medicina d'Urgenza, Ospedale di Gorizia **GAVINO MACIOCCO** Istituto d'igiene dell'Università di Firenze **AMBROGIO MANENTI** Direttore WHO Office, Gerusalemme **GABRIELLA PAGANO** Malattie Infettive A.O.S. Martino Genova **LUCA SCALI** Dirigente medico, responsabile della sezione di epidemiologia della ASL 7 di Siena **ANGELO STEFANINI** Istituto di Igiene Università di Bologna **FAUSTO ORECCHIO** Istituto d'Igiene Università Cattolica Roma

World Bank, istituzioni nazionali e sopranazionali  
Stefano Boco  
17.00 - 18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

## III MODULO

## I LUOGHI DELLA SALUTE

venerdì 7 aprile 2006 (ore 15.00 - 19.00)  
sabato 8 aprile 2006 (ore 9.00 - 18.00)

15.00 - 19.00 Antropologia della salute, costumi e religione nella molteplicità e nella diversità Antonio Guerci  
9.00 - 13.00 Primary Health Care Luca Scali  
13.00 - 14.00 Pausa lavori  
14.00 - 16.00 Salute mentale nei paesi in via di sviluppo e durante periodo bellico Luigi Ferranini  
16.00 - 17.00 Realtà missionarie confessionali Luigi Ferranini  
17.00 - 18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

## IV MODULO

## MALATTIE TROPICALI

venerdì 21 aprile 2006 (ore 15.00 - 19.00)  
sabato 22 aprile 2006 (ore 9.00 - 18.00)

15.00 - 17.00 Acqua e malattie trasmissibili Fausto Orecchio  
17.00 - 19.00 Malattie infettive inquadramento generale Gabriella Pagano  
9.00 - 11.00 I farmaci essenziali Paolo Quondam  
11.00 - 13.00 Malaria, realtà e territori Zeno Bisoffi  
13.00 - 14.00 Pausa lavori  
14.00 - 17.00 Urgenze Mediche Giuseppe Giagnorio  
17.00 - 18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

## V MODULO

## MALATTIE DEL SUD DEL MONDO

venerdì 5 maggio 2006 (ore 15.00 - 19.00)

sabato 6 maggio 2006 (ore 9.00 - 18.00)

15.00 - 19.00 Aids: diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei paesi in via di sviluppo Valerio Del Bono  
9.00 - 11.00 Malattie ad elevata contagiosità e Pvs Marco Anselmo  
11.00 - 13.00 Malattie croniche nei Pvs Giuseppe Tommasini  
13.00 - 14.00 Pausa lavori  
14.00 - 16.00 Chirurgia nei Pvs Giuseppe Meo  
16.00 - 17.00 Chirurgia di guerra Silvio Galvagno  
17.00 - 18.00 Dibattito su argomenti del Modulo

## VI MODULO

## ATTRIBUZIONE E PRESA IN CARICO

venerdì 19 maggio 2006 (ore 15.00 - 19.00)  
sabato 20 maggio 2006 (ore 9.00 - 18.00)

15.00 - 17.00 Vantaggio comparativo. Ruolo delle Ong e delle istituzioni no-profit Angelo Stefanini  
17.00 - 19.00 Cooperazione sanitaria in periodo bellico Ambrogio Manenti  
9.00 - 13.00 Disaster management, monitoraggio dei trend globali, allarmi precoci e contingency planning Alessandro Loretto  
13.00 - 14.00 Pausa lavori  
14.00 - 16.00 Triage dell'emergenza sanitaria Giorgio Cortassa  
16.00 - 17.00 Dibattito su argomenti del Modulo  
17.00 - 18.00 Questionario valutazione finale

## DIRETTORE DEL CORSO

Paolo Quondam

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Egidio Di Pedè - Enrico Reginato

telefono e fax 010 5740224 e-mail: segr.liguria@anaao.it

Per iscriversi al corso consultare il sito [www.anaao.it](http://www.anaao.it)

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3  
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23  
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30  
e-mail: [dirigenza.medica@anaao.it](mailto:dirigenza.medica@anaao.it) - [www.anaao.it](http://www.anaao.it)

direttore

Serafino Zucchelli

direttore responsabile

Silvia Procaccini

comitato di redazione:

Alberto Andron, Piero Ciccarelli,

Antonio Delvino, Mario Lavecchia

coordinamento editoriale

Cesare Fassari

hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Paola Carnevale,

Lucia Conti, Francesco Maria Mantovani,

Stefano Simoni,

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato

ANES

Editore

IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING

Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma

email: [redazione@ihg.it](mailto:redazione@ihg.it) - [www.ie-p.it](http://www.ie-p.it)

tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

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 ancona

Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima

riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96

Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)

Finito di stampare nel mese di gennaio 2006