

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaao Assomed

POSTE ITALIANE SPA - SPED. IN ABB. POSTALE - D.L. 353/2003 (CONV. IN L. 27/02/2004 N. 46) ART. 1, COMMA 1, DR COMMERCIALE BUSINESS ANCONA N.11/2006

Editoriale

L'AGENDA CHE VERRÀ

di Carlo Lusenti

Scrivere un editoriale a scoppio ritardato, cioè che verrà letto, per ragioni di impaginazione, stampa e distribuzione, dopo alcune settimane dalla sua composizione, è sempre un problema. Specie per chi assolve questo compito con i limiti e i timori del neofita un po' improvvisato. I commenti sull'attualità invecchiano e perdono di interesse, le previsioni rischiano di essere precedute o smentite dai fatti.

La difficoltà aumenta, o comunque così la percepisco, se si è alla fine di un anno importante e denso di novità, che andrebbero forse elencate e commentate, ed alla vigilia di un anno nuovo che sempre si presta a vaticini e buoni propositi. Mi libero da queste considerazioni paralizzanti, che lascerebbero il foglio bianco per giorni, o peggio lo riempirebbero di analisi logore e auguri di maniera, aggrappandomi al prossimo impegno dell'associazione: la conferenza organizzativa convocata per fine gennaio a Sorrento. Ho iniziato in questi giorni di festa di fine anno a cercare di mettere ordine in alcune riflessioni per preparare quell'importante appuntamento, provo a proporvele come se ne parlassimo insieme, pur se ancora non complete e chiare, sapendo che si completeranno e chiariranno parlandone insieme per davvero. Ho spesso la sensazione che nel nostro impegno professionale e sindacale siamo infastiditi e distratti, non travolti, dal susseguirsi casuale e incessante dei problemi, dal sovrapporsi senza soluzione di continuità di questioni della più disparata natura e del più diverso rilievo. La realtà ci scrive l'agenda, mescolando e confondendo, e questa condizione riduce di molto la capacità di affrontare i problemi secondo un ordine di priorità chiaro e autodeterminato. Attenuando così la possibilità, che ci riconosciamo non modesta, di dare positive soluzioni ai temi propri dell'azione sindacale.

Cosa va scritto quindi oggi sulla nostra agenda ideale? Come possiamo provare a dare ordine e senso di priorità alle questioni che riguardano l'attività sindacale? Tre grandi capitoli possono bastare per sistematizzare il lavoro: esercizio della professione, condizioni della categoria, futuro del Ssn.

Esercizio della professione significa garantire adeguate condizioni di lavoro ai medici ospedalieri: da una applicazione diffusa, che tarda e stenta, dei contenuti più innovativi del nuovo contratto, peraltro già scaduto da un anno, all'avvio nel corso del 2007 della trattativa per il rinnovo. Da un sostegno forte a tutte le condizioni di maggior sicurezza per medici e pazienti (prevenzione del rischio clinico, copertura assicurativa, gestione del contenzioso) ad una

segue a pag. 14

LO STUDIO ANAAO ASSOMED SULLA LPI

L'Intramoenia è la risorsa del Ssn

L'Anaao Assomed ha elaborato un documento che analizza il livello di attuazione e le modalità di utilizzo della libera professione intramuraria (Lpi) nelle strutture sanitarie. Dall'analisi del testo emergono alcuni elementi interessanti. Per cominciare, la libera professione intramuraria non interferisce negativamente con il problema delle liste d'attesa, come da più parti sostenuto, e può rappresentare un'opportunità per le Aziende sanitarie in quanto consente di acquisire prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali. L'indagine, condotta una prima volta nel 2002 e poi ripetuta nel 2006, ha fotografato un Paese che sulla Lpi viaggia a due velocità: al Centro Nord è ampiamente applicata anche grazie a spazi e percorsi adeguati mentre al Centro Sud non c'è distinzione tra intra ed extramoenia, e l'attività libero professionale si inserisce nell'ambito di servizi sanitari regionali che spesso non riescono a garantire un accesso alle strutture pubbliche equo, trasparente e con tempi congrui alla gravità clinica. Infine, l'analisi dei dati sottolinea come da un lato le limitazioni alla intramoenia allargata rendono virtuale il diritto all'esercizio alla libera professione, e dall'altro lato viene limitata la libera scelta dei cittadini.

servizio a pagina 2

Un codice deontologico che guarda al futuro

Prima della pausa natalizia il Consiglio nazionale della Fnomceo ha approvato il nuovo codice deontologico. Il lavoro di revisione delle regole professionali è durato più di un anno e mezzo. Tra i doveri professionali che tracciano nuovi terreni d'impegno entra la qualità della gestione, la tutela dell'ambiente e la segnalazione degli errori medici. Infine sono state inserite due linee guida, una dedicata al possibile conflitto d'interessi nel campo della ricerca e l'altra alla pubblicità sanitaria. Ci sarà, inoltre, l'impegno di tutti gli ordini provinciali a diffondere il nuovo codice per farlo conoscere ai propri iscritti.

servizio a pag. 6

"Costruire" il medico di domani

La Federazione ha aperto il dibattito sulla formazione in medicina. Maggiore equilibrio tra saper essere e saper fare, una programmazione più attenta ai reali bisogni della sanità italiana, spazio alla formazione specifica in medicina generale. Le proposte della Federazione degli Ordini puntano ad una reale integrazione tra Università e Ssn che investa anche la fase della formazione dei futuri camici bianchi. Il ministro della Salute, Livia Turco, ha annunciato l'apertura di un tavolo di lavoro dedicato a questi temi. Invitate le rappresentanze professionali e quelle del ministero della Salute e del Miur.

servizio a pag. 7

INTERVISTA

La tecnologia è insostituibile, ma i pazienti hanno bisogno del rapporto col medico. A colloquio con Ignazio Marino, presidente della Commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama

A PAGINA 5

SPECIALE REGIONI

Focus di approfondimento sulle Marche. Intervista al segretario regionale Anaao Assomed, Osvaldo Scarpino

A PAGINA 8

ATTUALITÀ

Rapporto Ceis sanità 2006. Dall'analisi dei ricercatori emerge come il deficit del Ssn abbia una tendenza ad alleggerirsi, ma le famiglie, di contro, si "impoveriscono" per le spese sanitarie

A PAGINA 10

ATTUALITÀ

Rischio e assicurazioni ecco cosa accade in Europa. Una sintesi dello studio che prende in esame i modelli di gestione assicurativi in sanità vigenti in sette paesi del vecchio Continente

A PAGINA 12

IL PARERE DELL'ANAAO ASSOMED SU LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA E LISTE DI ATTESA

Intramoenia una risorsa per il Ssn

Nel documento stilato dall'Anaa Assomed vengono messi in luce i punti di forza della libera professione intramuraria considerata un diritto dei professionisti e un valore aggiunto per le Aziende sanitarie. Ed anche uno strumento valido per contrastare il fenomeno delle liste d'attesa

La libera professione intramuraria (Lpi) è un diritto dei medici e dei dirigenti sanitari pubblici, ma è anche un'opportunità per le Aziende sanitarie in quanto consente di acquisire prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali, nonché di intervenire su alcuni meccanismi della spesa sanitaria privata. Soprattutto, la libera professione intramuraria non interferisce negativamente con le liste d'attesa, come alcuni opinion leader hanno sostenuto. Anzi può essere utilizzata come arma per contrastarle come previsto dalla D.lgs 229/99.

Sono questi i punti cardine del documento elaborato dall'Anaa Assomed che analizza lo stato di attuazione e le modalità di utilizzo della libera professione intramuraria nelle strutture sanitarie.

Da un'indagine condotta dall'Anaa Assomed nel 2002 e ripetuta nel 2006 è emerso un Paese che in merito alla organizzazione dell'istituto della libera professione intramuraria marcia a due velocità. Nelle regioni del Centro Nord, dove sono garantiti spazi e percorsi adeguati, l'intramoenia è diffusamente applicata in particolare per le attività di visita e diagnostica strumentale. Invece in buona parte di quelle del Centro Sud non c'è distinzione tra intra ed extramoenia, e l'attività libero professionale si inserisce nell'ambito di servizi sanitari regionali che spesso non riescono a garantire un accesso alle strutture pubbliche equo, trasparente e con tempi congrui alla gravità clinica.

Soprattutto, l'analisi dei dati regionali conferma la difficoltà ad attivare percorsi libero professionali adeguati quando il livello organizzativo e di accessibilità delle strutture sanitarie è insufficiente; e disegna uno scenario in cui alle strutture pubbliche e quindi ai professionisti che vi operano, è spesso preclusa la possibilità di competere con le strutture private.

E ancora, l'Anaa Assomed ha messo nero su bianco le possibili soluzioni per uscire dall'impasse delle liste d'attesa che possono essere corrette anche grazie all'utilizzo della libera professione intramuraria.

CONSIDERAZIONI GENERALI

L'Anaa Assomed considera, in piena sintonia con quanto recentemente affermato dal Ministro della Salute, la libera professione intramoenia (Lpi) un diritto dei medici e dei dirigenti sanitari pubblici i cui cardini normativi sono previsti da leggi e contratti, ed una delle possibilità a disposizione delle Aziende sanitarie per acquisire prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali intervenendo in questo modo su alcuni meccanismi della spesa sanitaria privata ed assicurando a tutti i cittadini l'accesso a prestazioni le cui caratteristiche di qualità e sicurezza sono garantite dal Sistema Sanitario Nazionale (Ssn).

Tale attività viene svolta al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale, in molti ospedali largamente superato per decine di migliaia di ore non retribuite e non recuperabili, peraltro implementato su base nazionale, con il Ccnl 2002/2005, di ben 2.600.000 ore annue finalizzate proprio alla riduzione dei tempi d'attesa.

Nella maggior parte delle Aziende sanitarie le condizioni per l'esercizio della Lpi non esistono e la cosiddetta "intramoenia allargata" è nata come modalità organizzativa transitoria, messa in campo per garantire il diritto dei medici all'esercizio della libera professione e quello dei pazienti di scegliersi uno specialista di fiducia, a fronte della inesistenza di quegli spazi separati e distinti previsti dalla legge per i quali consistenti risorse sono state stanziare. Infatti la Legge 448/98 all'art. 72, comma 11,

prevedeva che: "Il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione degli studi professionali privati".

In questo modo molti medici esercitano mettendo a disposizione spazi e tecnologie con oneri economici a proprio carico, riconoscendo alle Aziende sanitarie parte degli introiti percepiti.

L'attività libero-professionale intramoenia, compresa quella esercitata presso gli studi privati, è disciplinata da rigorose norme, legislative e regolamentari, che correttamente applicate costituiscono una matrice organizzativa nella quale le distorsioni e le speculazioni non sono possibili. Infatti il medico pubblico dipendente effettua la libera professione in strutture individuate con l'Azienda sanitaria, in tempi contingentati e documentati, con tariffe concordate e calmierate, con regole rigide definite contrattualmente che presuppongono uno stretto rapporto tra volumi prestazionali libero profes-

sionali e quelli istituzionali, perfino per la singola prestazione.

La limitazione al 31 luglio 2007, con il "Decreto legge Bersani", della cosiddetta libera professione in intramoenia allargata rischia, a nostro parere, di far diventare virtuale il diritto dei medici all'esercizio di una professione liberale e quello dei pazienti di scegliersi un professionista di riferimento per affrontare una fase critica della propria vita.

La realtà è che le Aziende sanitarie manifestano notevoli ritardi e difficoltà nell'utilizzo dei fondi messi a disposizione con il D.lgs 254/2000 per la creazione di proprie strutture, separate e distinte da quelle deputate all'attività istituzionale, ove poter esercitare la Lpi. Alla data del 19 febbraio 2003 erano stati ammessi al finanziamento 35 interventi per un valore di 105 milioni di euro (circa il 12% delle risorse disponibili), nel 2005 l'utilizzo è arrivato al 49% dei fondi previsti (Relazione sulla situazione economica del Paese-2005). In molte Regioni (Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia) addirittura non risultano finanziamenti autorizzati. Pensare che in pochi mesi si possa realizzare ciò che non è stato possibile in 6 anni, appare illusorio, avventuroso e demagogico e rischia solo di aumentare i problemi dei pazienti, della categoria medica e anche quelli dei politici. Piuttosto che ancorarsi ad una norma monolitica nazionale, forse potrebbe essere preferibile delegare alle Regioni, che godono di autonomia organizzativa in campo sanitario, la verifica e la certificazione nelle singole Aziende delle condizioni strutturali che permettano l'effettivo esercizio del diritto alla libera professione a fronte delle quali richiedere la fine del regime della intramoenia allargata.

A margine vogliamo stigmatizzare la confusione che emerge nella relazione 2005 della Corte dei Conti relativamente alla valutazione della congruità dei costi dell'indennità di esclusività effettuata attraverso l'entità degli incassi ottenuti dalle Aziende sanitarie con la Lpi. Non esistono, a nostra conoscenza, norme che prevedano questa correlazione finanziaria. L'indennità per il rapporto esclusivo non rappresenta solo un premio per la rinuncia all'attività libero-

professionale extramoenia. Essa è giustificata nella gestione di un sistema complesso come quello sanitario dalla necessità di coniugare competenza clinica ed impegno nell'organizzazione e ciò richiede da parte dei Dirigenti

Le limitazioni alla intramoenia allargata rendono virtuale il diritto all'esercizio alla libera professione, e quello dei cittadini alla libera scelta

medici tempo e dedizione completa. Nella medicina moderna non è sufficiente l'eccellenza individuale, ma è necessario un lavoro d'équipe che si dispieghi in un contesto organizzativo ottimale. Si tratta di pianificare il lavoro in strutture complesse e a costi elevati ove operano professionalità sofisticate, di implementare linee guida condivise derivanti dalle migliori evidenze scientifiche, di articolare il percorso assistenziale in una rete integrata tra ospedali e tra territorio ed ospedale, di sostenere processi di formazione e sviluppo professionale continuo, di organizzare la ricerca clinica, di allargare le pratiche di "risk management", di intervenire nei processi di programmazione e sviluppo strategico delle Aziende sanitarie attraverso il Collegio di Direzione e in quelli più direttamente gestionali attraverso il Dipartimento. L'assunzione di responsabilità che si richiede ai Dirigenti medici è notevole ed è difficile giustificare impegni "extra". L'esclusività, con la connessa indennità, è stata prevista a sostegno di questi processi e dovrebbe essere valutata sui loro outcomes clinici e non semplicemente sugli incassi derivanti dalla Lpi. Nei sistemi sanitari per valutare gli investimenti *"quel che conta è, comunque, la validità di un approccio globale al bilancio sanitario con una visione che comprenda, accanto ai costi, anche gli enormi vantaggi"* come ha recentemente scritto nella sua rubrica "Linea di confine" Mario Pirani.

LO STATO DI ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA SULLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA

Una nostra indagine condotta nel 2002 e ripetuta nel 2006 evidenzia la netta divisione tra regioni del centro-nord e regioni del centro-sud in merito alla capacità di organizzare l'istituto della Lpi.

Centro-Nord: nelle regioni appartenenti a questa area la Lpi è diffusamente applicata specie per le attività di visita e diagnostica strumentale, mentre lo è in modo meno uniforme per la degenza. Sono garantiti spazi e percorsi adeguati. L'attivazione della cosiddetta Lpi allargata e del convenzionamento con studi e strutture private interessa una minoranza dei Dirigenti medici che hanno optato per il rapporto esclusivo (circa il 30%). La scelta da parte dei medici del rapporto esclusivo è percentualmente superiore al 95%, grazie a servizi sanitari regionali in grado di garantire sempre risposte immediate all'urgenza, di regolamentare i sistemi di prenotazione e di accesso garantendo trasparenza, equità ed efficienza. In tali contesti la possibilità di utilizzare linee separate di prenotazione in regime libero professionale all'interno delle strutture pubbliche garantisce la scelta del professionista e la continuità dei percorsi di cura, non costituendo per i cittadini motivo di scelta obbligata per accedere ai servizi che sono normalmente accessibili in tempi definiti e congrui.

Centro-Sud: in buona parte delle regioni appartenenti a questa area geografica, l'attività libero professionale, senza alcuna distinzione tra intra ed extramoenia, si inserisce nell'ambito di servizi sanitari regionali che spesso non riescono a garantire un accesso alle strutture pubbliche equo, trasparente e con tempi congrui alla gravità clinica.

Nella organizzazione della Lpi c'è una netta divisione tra le Regioni del Centro Nord e quelle del Centro Sud: nelle prime è diffusamente applicata, nelle seconde si confonde con l'extramoenia

MINISTRO E REGIONI GETTANO LE BASI PER GLI INTERVENTI FUTURI SU INTRAMOENIA, LISTE D'ATTESA ED ECM

Intramoenia allargata, liste d'attesa ed Educazione continua in medicina hanno tenuto banco nel corso di un confronto tra il ministro della Salute, Livia Turco e gli assessori alla sanità delle Regioni, tenutosi alla fine del mese di novembre. Un vis à vis al termine del quale è stato raggiunto un accordo di massima sulle strategie da seguire per regolare, una volta per tutte, le tre questioni particolarmente calde per i professionisti del Ssn.

Sull'intramoenia allargata è deciso: non ci saranno ulteriori proroghe. Come stabilito dal decreto Bersani dovrà interrompersi il 31 luglio 2007. Tuttavia, alle Aziende meno virtuose che non saranno riuscite da organizzarsi per consentire ai propri medici di esercitare la libera professione è concessa un'altra chance: dopo la scadenza potranno "affittare" locali esterni ad hoc. Soprattutto, Ministro ed assessori hanno riconosciuto che la libera professione intramoenia è un diritto del medico, garantisce al cittadino la libera scelta delle cure, ed è anche uno dei compiti del Servizio sanitario regionale. Per questo, entro il 31 gennaio 2007, ogni Regione si impegna ad adottare uno specifico piano organizzativo in linea con il quale, entro il 28 febbraio, le Aziende dovranno dotarsi di un corrispondente piano organizzativo. E per realizzare spazi dedicati all'intramoenia le Regioni avranno a disposizione ancora 328 milioni di euro non spesi degli oltre 826 stanziati fin dal 2001 dal programma di investimenti per le strutture.

I sindacati, che hanno incontrato Livia Turco nei giorni successivi alla pre-intesa raggiunta con gli assessori alla sanità delle Regioni, si sono dichiarati parzialmente soddisfatti del piano d'azione concordato in quanto i dubbi, sulla possibilità che le Aziende siano in grado di organizzare spazi ad hoc nei tempi stabiliti, non mancano.

Ministro e assessori hanno poi indicato le coordinate da seguire per contrastare le liste d'attesa. È stato concordato che i tempi massimi di attesa per i cittadini saranno stabiliti non più in base alla lista di cento prestazioni da applicare a partire dal 2007 come stabilito dall'accordo Stato-Regioni del 16 marzo 2006, ma in base a "pacchetti di diagnosi e cura" per il trattamento di patologie gravi. Due le indicazioni specifiche: patologie oncologiche e malattie cardiovascolari. I "pacchetti" di prestazioni urgenti dovranno essere garantiti, a seconda della complessità, nel bacino d'utenza dell'azienda sanitaria o all'interno della provincia o della Regione.

Dovranno quindi essere messi a punto, entro il 31 gennaio 2007, specifici piani regionali. E dopo sessanta giorni (ossia entro il 31 marzo 2007) le Aziende sanitarie dovranno predisporre i propri piani in linea con quanto stabilito a livello regionale. Comunque, le Regioni non partono da zero. L'attivazione o la razionalizzazione dei Centri unici di prenotazione, come stabilito con l'accordo di marzo, e i progetti ad hoc adottati per ridurre le liste d'attesa costituiranno, infatti, una solida base su cui lavorare.

Sull'Ecm, invece, è stato stabilito che l'attuale fase di sperimentazione, la cui scadenza era prevista per il 31 dicembre 2006, sarà procrastinata fino al giugno 2007 consentendo quindi lo svolgimento dei corsi e degli eventi formativi già accreditati (la proroga dovrà essere ufficializzata con un accordo Stato-Regioni). Un gruppo di lavoro di tecnici delle Regioni e del ministero della Salute, entro il 28 febbraio 2007, dovrà dare indicazioni ben precise su come procedere per mettere a punto un progetto che consenta l'adozione tempestiva delle iniziative e dei provvedimenti necessari all'evoluzione del sistema.

Ciò rende, spesso, il ricorso alla libera professione una scelta obbligata ed un viatico necessario per poter usufruire di quello che, a tutti gli effetti, è un diritto costituzionalmente garantito. Pare evidente che in tale contesto, non tanto la libera professione è ragione di giustificata critica, quanto piuttosto la mancanza di risposte pubbliche efficienti che rende il canale libero professionale come l'unico disponibile. È evidente come in situazioni in

cui è insufficiente il livello organizzativo e di accessibilità delle strutture pubbliche, non sia facile attivare al loro interno percorsi libero professionali adeguati. L'analisi dei dati regionali conferma puntualmente questo assunto, disegnando uno scenario in cui alle strutture pubbliche, ed ai professionisti che in esse lavorano, è spesso preclusa la possibilità di competere con le strutture private. Interessanti sono i dati statistici elaborati dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali relativamente al 2004 e quelli messi a disposizione da singole regioni, perché contribuiscono a fare luce sui

fattori determinanti i tempi d'attesa e a fare piazza pulita di tanta demagogia mediatica, spesso organizzata ad arte, contro la Lpi. L'attività libero-professionale in regime di ricovero ospedaliero rappresenta appena lo 0,40% dei ricoveri complessivi (51.794/12.993.476). Se si scompone il dato dei dimessi in Lpi per

il Drg di appartenenza, si nota che ai primi due posti abbiamo il parto cesareo e il parto vaginale senza complicazioni. Per quanti sforzi si faccia, riesce difficile immaginare "interessate" influenze sui tempi d'attesa per queste prestazioni!

I dati di attività della Lpi in regime ambulatoriale, registrati nelle regioni dotate di un adeguato sistema di monitoraggio, indicano che essa rappresenta meno del 10% dell'attività svolta in regime istituzionale. In Toscana, per esempio, le visite cardiologiche in regime istituzionale sono su base annuale 160.000, mentre quelle in Lpi non superano le 10.000, per la ginecologia il rapporto è 120.000/10.000, per l'ortopedia 170.000/9000 (*Dati riferiti alla stampa dal Dipartimento per il diritto alla Salute della Regione Toscana*). L'attività istituzionale è quindi ampiamente prevalente su quella libero-professionale con rapporti molto lontani dai limiti massimi indicati dalle leggi, dai contratti e richiamati anche nel "Decreto legge Bersani". E questo vale anche per l'Emilia Romagna, il Veneto e altre regioni del centro-nord.

Le stesse regioni hanno la spesa pro-capite più alta a carico dei cittadini per l'attività Lpi, segno di un adeguato controllo da parte delle Aziende sanitarie del rapporto economico di pagamento delle prestazioni.

La notizia comparsa recentemente sulla stampa su presunte perdite da parte delle Aziende sanitarie nella gestione del settore della Lpi appare del tutto priva di fondamento. Viene infatti confusa la spesa sostenuta dai cittadini in regime Lpi con quanto erogato globalmente da parte dell'Azienda ai professionisti per attività libero professionali. Quest'ultima

voce comprende anche le quote derivanti dalla cosiddetta libera professione a favore dell'azienda, attraverso la quale essa acquista dai propri professionisti, a prezzi calmierati, prestazioni che dovrebbero essere garantite istituzionalmente (guardie, prestazioni diagnostiche e terapeutiche in regime ambulatoriale ecc.). Per giunta non vengono considerati nel rapporto tra entrate ed uscite i tickets che le Aziende incassano da queste tipologie di attività. Risulta a questo punto evidente che la Lpi, laddove è governata nel rispetto delle regole, non interferisce negativamente con le liste d'attesa e crea un valore aggiunto per le Aziende sanitarie, diversificando l'offerta di servizi sul "mercato".

È solo in presenza di un esercizio truffaldino e mercantile dell'attività professionale medica che la relazione negativa tra tempi d'attesa e libera professione può emergere, ma si tratta di casi isolati che prosperano su un terreno omissivo dei Direttori generali che non esercitano adeguati controlli e non attivano gli spazi dedicati previsti dalla legge. Non contestiamo che la percezione dei cittadini in lista d'attesa nelle realtà più arretrate possa essere quella di un diritto alla salute negato, ma si tratta di analizzare e rimuovere i fattori determinanti le attese e non di combattere la Lpi. Rimaniamo convinti che i determinanti maggiori dei tempi d'attesa siano altri e che vadano ricercati nei ritardi del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni istituzionali e nei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociologici dei nostri tempi.

L'EQUIVOCO DELLE LISTE D'ATTESA

È illusorio pensare che l'eliminazione della Lpi, come sostenuto in questa calda estate 2006 da alcuni famosi *opinion leader*, possa avere influssi positivi sulla durata dei tempi d'attesa.

Le liste di attesa rappresentano una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici ove i pazienti non sono chiamati a pagare le prestazioni di tasca propria, ed il tempo di accesso ai servizi, e non la disponibilità a pagare, ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda ed offerta.

I tempi d'attesa sono il risultato di fenomeni complessi quali la disponibilità di tecnologia diagnostica e di terapie sempre più sofisticate, il cambiamento demografico ed epidemiologico in atto con l'aumento della prevalenza di malattie ad andamento cronico, sia di carattere degenerativo che neoplastico, che richiedono frequenti controlli clinici, la crescente domanda di salute legata alla maggiore informazione e consapevolezza dei cittadini, ma anche l'influenza che su di essi esercita lo sviluppo di un (super)mercato della salute, esterno al Ssn, che marcia indisturbato a grandi passi verso il trionfo inflazionistico della medicina e della medicalizzazione pervasiva della società. In Toscana la richiesta di prestazioni diagnostiche ambulatoriali in regime istituzionale è cresciuta nel 2004 rispetto al 2002 di circa il 20%.

Di fronte a questa irrefrenabile spinta, le Aziende tentano di aumentare l'offerta di prestazioni e servizi. Ciò avviene, innanzitutto, attraverso la contrattazione del budget con il quale vengono determinati i volumi presta-

zionali che le singole Unità Operative sono tenute ad erogare nel lavoro istituzionale in base alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie assegnate. I professionisti sono responsabilizzati su questi obiettivi e il loro mancato raggiungimento comporta conseguenze negative sia economiche che di carriera.

Sulla capacità di offerta delle Aziende sanitarie in questi anni ha pesantemente e negativamente influito il sistemico "definanziamento" (Cavicchi) del Ssn. I confronti con gli altri Paesi europei maggiormente industrializzati (per esempio Francia e Germania) relativamente alla percentuale di Pil destinata alla sanità, gli estenuanti confronti tra Stato centrale e Regioni in merito al finanziamento del

Fondo Sanitario Nazionale e alla copertura dei debiti accumulati, nonché la crescita della spesa sostenuta privatamente dai cittadini (*out of pocket*), oramai pari al 25% della spesa globale (*Ocse 2006*), testimoniano la non corrispondenza tra bisogni e flussi finanziari centrali. Essa si è tradotta nelle singole Aziende sanitarie in fatti molto concreti come la riduzione delle dotazioni organiche per il blocco del turnover sancito dalle ultime leggi finanziarie, la limitazione degli acquisti di beni e servizi (farmaci, kit diagnostici, kit chirurgici, protesi...), il mancato rinnovo delle tecnologie mediche, i ridotti investimenti in formazione del personale ancora affidata alla "magnanimità" delle aziende farmaceutiche. Quanto ha pesato tutto ciò sui tempi di attesa? Meno della possibilità di effettuare libera professione intramoenia? E perché mai nessun Catone ne parla?

In un contesto così complesso, va ribadito con forza che al centro del servizio sanitario non può essere la prestazione in se stessa, ma piuttosto le motivazioni e i risultati della prestazione, quale strumento per raggiungere obiettivi di salute. La scarsa appropriatezza delle richieste di prestazioni, lo sforzo atto ad incrementare il loro numero, l'adozione della prestazione come arbitro e misura della qualità del Ssn, possono portare facilmente ad un consumismo esasperato in medicina, all'automedicalizzazione e all'autoprescrizione da parte del cittadino e sfociare in un decadimento generalizzato dell'efficacia ed efficienza del sistema per lo spreco di risorse professionali, tecnologiche e finanziarie. Accanto a quello del "definanziamento", uno dei rischi maggiori che corre oggi il sistema è quello del sovrautilizzo improprio, perché esso comporta la sottrazione automatica di procedure utili ad altri pazienti. Pertanto, a nostro avviso, è scorretto e superficiale identificare la riduzione globale dei tempi d'attesa con l'equità e l'appropriatezza degli interventi sanitari.

ALCUNE PROPOSTE CONCRETE PER RIDURRE I TEMPI D'ATTESA

Per affrontare il problema dei tempi d'attesa è necessario mettere in campo azioni articolate che da un lato intervengano sull'appropriatezza della domanda e dall'altro migliorino l'offerta, modulandola sull'effettiva necessità di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, utilizzando al meglio per questi fini i 2 miliardi di euro che il precedente Governo ha messo a disposizione delle Regioni:

1. Il fenomeno va governato in ambiti territoriali adeguati, provinciali o di area vasta, attraverso il modello delle reti integrate tra ospedali e tra ospedale e territorio, sviluppando strumenti informatici capaci di rilevare la domanda reale e il suo monitoraggio nel tempo. L'obiettivo dovrebbe essere quello di affrontare il problema complessivamente, nei suoi dati storici e in quelli previsionali, impostando su questa base le possibili azioni correttive sfruttando in modo coordinato e non competitivo le risorse a disposizione: attività istituzionale, attività in regime libero professionale, convenzionamento con il privato.

2. Occorre differenziare tra attesa clinicamente significativa ed attesa priva di ricadute cliniche, tra attesa di una prestazione efficace ed attesa di un esame inappropriato. È appena il caso di ricordare che non poche prestazioni di diagnostica strumentale, per le quali più lunghi sono i tempi di attesa, risultano negative nell'80% dei casi e sono in ogni caso gravate da un tasso di inappropriatezza *ex ante* vicino al 50%. La domanda quindi dovrebbe essere suddivisa in categorie di priorità clinica: dall'urgenza a cui dare una risposta entro 24 ore agli esami di routine e controllo con attese che possono superare i 30 giorni senza conseguenze cliniche negative, passando per le priorità diagnostiche e terapeutiche da risolvere entro 7 giorni.

3. Il distretto deve svolgere una adeguata funzione di committenza verificando e legittimando linee guida di comportamento e di appropriatezza condivise da prescrittori ed erogatori. L'attuazione degli esami ad alto costo e l'utilizzo di tecnologia diagnostica particolarmente sofisticata dovrebbero essere regolate da precisi protocolli di appropriatezza che esplicitino in chiaro le motivazioni della richiesta e il quesito diagnostico.

4. È importante che le Aziende sanitarie migliorino la metodologia di budget per definire su basi concordate e condivise con i Dirigenti medici gli obiettivi prestazionali da garantire nel lavoro istituzionale, in base alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione. Oggi questa metodologia, a ben 14 anni dall'inizio del processo di aziendalizzazione in sanità, è applicata solo nel 50% delle realtà. Il nuovo Ccnl ha demandato al confronto regionale e alla trattativa aziendale l'individuazione di un sistema di standard finalizzati all'individuazione dei volumi prestazionali riferiti anche all'impegno temporale richiesto. L'analisi dei primi protocolli regionali (Emilia Romagna, Veneto, Puglia, Piemonte, Marche, Abruzzo, Sardegna) evidenzia il tentativo delle Amministrazioni regionali e delle Oo.Ss. dell'Area medica di costruire una metodologia condivisa in materia, che certamente contribuirà ad una razionalizzazione dell'offerta.

5. Il nuovo Ccnl conferma la possibilità di attivare la libera professione in favore dell'azienda per ridurre le liste d'attesa. È prevista la retribuzione dei Dirigenti medici a quote orarie (60 euro/per ora) che determina un costo molto calmierato per la singola prestazione diagnostica. Per esempio, rispetto al costo nel privato segnalato dal Tribunale dei Diritti del Malato di 100-160 euro per l'ecodoppler cardiaco o vascolare, in regime di libera professione a favore dell'azienda il costo si aggirerebbe sui 30 euro, senza contare la compartecipazione alla spesa incassata che in genere interessa un cittadino su tre. È auspicabile pertanto che questo strumento contrattuale che introduce flessibilità nell'organizzazione delle attività sia utilizzato per dare risposte puntuali alle criticità delle liste d'attesa.

INTERVISTA A IGNAZIO MARINO, PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO

La tecnologia è insostituibile, ma i pazienti hanno bisogno del nostro tempo

Un medico di fama internazionale “prestato” alla politica racconta quali sono i suoi prossimi obiettivi in Parlamento e perché è convinto che la medicina abbia intrapreso in questi anni una strada sbagliata, trascurando il valore di cura del rapporto diretto con il paziente

di Eva Antoniotti

Ignazio Marino è un chirurgo noto in tutto il mondo per il suo lavoro di avanguardia nel settore dei trapianti, in particolare dei trapianti di fegato. Alle elezioni politiche della scorsa primavera ha però deciso di accettare una candidatura nelle liste dell'Unione e oggi è presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato.

“Quando Massimo D'Alema, Piero Fassino e Giuliano Amato hanno chiesto che accettassi questo impegno – racconta Marino – ho avuto qualche titubanza: da un lato c'era il desiderio di fare qualcosa per il mio Paese e pensavo di essere in grado di offrire un valore aggiunto, visto che gli eventi fortunati della mia vita mi avevano fatto conoscere sistemi sanitari e scientifici diversi da quello italiano; dall'altro c'era la condizione di privilegio che avevo acquisito negli Stati Uniti sia nella vita privata sia all'interno della mia Università. Fra le due prospettive ha però vinto l'idea di partecipare ad una fase della vita civile italiana che penso sia veramente importante”.

Presidente Marino, le sembra di riuscire a concretizzare i suoi obiettivi nel lavoro parlamentare?

Nella costruzione della legge finanziaria sono riuscito ad inserire un emendamento che vincola il 5% dei fondi della ricerca biomedica a progetti presentati da giovani al di sotto dei 40anni, valutati da commissioni di scienziati anch'essi al di sotto dei 40anni. E le commissioni, composte per metà da ricercatori che operano in Italia e per metà da ricercatori che lavorano all'estero, saranno formate su base meritocratica, utilizzando solo i criteri internazionalmente accettati per valutare la qualità scientifica di un ricercatore.

È una prima risposta positiva alle esigenze che mi sono state presentate dai ricercatori italiani che vivono all'estero, i nostri famosi “cervelli in fuga”. C'è bisogno di più attenzione per i giovani, perché l'innovazione dobbiamo aspettarcela da coloro che sono vicini ai 30anni, e non certo da chi è più vicino ai 70. Credo che sia un fatto naturale e che non si debba offendere nessuno: a 70anni ci sono altre qualità, di organizzazione, di gestione. Anche Albert Einstein ha prodotto la maggior parte del suo lavoro scientifico prima dei 35 anni.

Pur trattandosi di una quota di risorse ancora piccola, applicando questa norma fuoriescono i nepotismi, i baroni, i parenti, i figli, i cugini, e si selezionano giovani brillanti con un eccellente curriculum. È l'inizio di una modernizzazione del nostro Paese che è assolutamente necessaria e che deve avere come elemento principale proprio il riconoscimento del merito. E poi ci vuole più rispetto per l'utilizzo del denaro pubblico: a volte noi ce lo dimentichiamo, ma l'assegnazione di un finanziamento per ricerca è denaro pubblico che affidiamo ai nostri ricercatori migliori perché ce lo restituiscano con gli interessi, attraverso scoperte, innovazioni scientifiche, brevetti che diventino economicamente produttivi per il paese e facciano quindi avanzare l'economia.

È stato difficile lasciare la propria professione e

entrare in un mondo diverso come è quello della politica?

A marzo compirò 52 anni, che è un'età considerata molto giovane nel nostro paese e in ambito politico. Sicuramente però, tra 8 o 9 anni, avrei dovuto comunque lasciare la cosa che mi piace di più, che è la sala operatoria con tutte le implicazioni umane e tecniche del rapporto diretto, con il paziente, perché nella mia specialità non ci sono chirurghi attivi dopo i 60anni. Quindi sapevo che quello a cui avevo dedicato più energie negli ultimi 25 anni ad un certo punto era un capitolo che doveva chiudersi. Ero preparato per questo? No. Di notte ancora sogno la sala operatoria, mi sveglio con la preoccupazione di non aver sentito il cerca-persona dalla terapia intensiva, sono ancora molto “attaccato” a tutto questo. E così il sabato esercito la professione qui a Roma e in Senato mi concedono di utilizzare l'ambulatorio per fare, tra una seduta e l'altra, alcune visite a pazienti che sto seguendo. Ma sono consapevole che la mia vita sarebbe cambiata tra poco, anche se fossi rimasto negli Stati Uniti.

In Italia, negli ambienti del centro sinistra, si giudica molto negativamente il modello di sanità americana. Lei che conosce bene quel sistema, cosa ne pensa?

È un modello di sanità che non riconosce il diritto alla salute di tutti i cittadini e questa è una cosa del tutto sconvolgente se pensiamo che parliamo del paese più ricco della terra. Parliamo di un paese che mantiene più di mille basi militari al di fuori dei propri confini, con delle spese enormi, finanziate ora anche con una tassa aggiuntiva, la minimal tax, imposta ai cittadini con il reddito più alto. Mi sembra gravissimo che quel paese faccia queste scelte e poi dimentichi i suoi cittadini più deboli, lasciando circa 40 milioni di persone senza assistenza sanitaria.

In Italia la situazione è radicalmente diversa, il diritto alla salute è inserito nella Costituzione e le leggi prevedono l'universalità nell'accesso alle cure e ai farmaci. Purtroppo, nei fatti, avere un infarto in un'area geografica del Paese piuttosto che in un'altra può significare salvarsi o meno, perché il tipo di terapie che vengono praticate potranno essere all'avanguardia oppure ad un livello vicino a quello di un paese in via di sviluppo. Questa differenza non è accettabile, noi dobbiamo garantire lo stesso livello di prestazione e di assistenza a tutti i cittadini su tutto il nostro territorio.

Con quali strumenti ritiene di poter intervenire per colmare le differenze tra le diverse realtà regionali?

Anche se di questo si è parlato poco, nella Finanziaria già approvata al Senato abbiamo inserito, grazie agli sforzi del ministero della Salute, tre miliardi di euro per l'ammodernamento e per colmare il gap tecnologico e strutturale tra nord e sud. Il progetto quindi c'è, ma è chiaro che serve la partecipazione di tutti gli attori perché se questi danari, messi a disposizione dal governo centrale, non verranno utilizzati appropriatamente dal-

le amministrazioni regionali evidentemente non si realizzerà quel passo in avanti che tutti auspichiamo.

Condivide l'orientamento che chiede una maggiore attenzione verso l'assistenza sanitaria territoriale e dunque il superamento di una sanità ospedalocentrica?

Credo che sia inevitabile e giusto: non possiamo continuare a sostenere una sanità centrata sul pronto soccorso e sull'ospedale, ma dobbiamo utilizzare invece più risorse per il territorio. Faccio un esempio pratico: un paziente che ha subito un intervento chirurgico e ha un'infezione post operatoria che non richiede una terapia intensiva, che deve cioè essere assistito con qualche esame del sangue e delle urine e con una somministrazione ogni 12 ore di un antibiotico in vena, starà molto meglio a casa sua con un infermiere che vada due volte al giorno a praticargli questo tipo di terapia relativamente semplice, a controllargli i parametri vitali, la pressione sanguigna, la frequenza cardiaca, la temperatura. In questo modo costerà, inoltre, molto meno dei 700 euro al giorno che si spendono per una degenza ospedaliera e avrà un livello di comfort sicuramente superiore, avrà il suo cibo, la sua poltrona, il suo letto, la sua tv, il suo bagno. Se realizzeremo un modello di questo tipo, avremo da un lato migliorato la qualità dell'assistenza e dall'altro risparmiato molto sui costi dello Stato.

Lei prima diceva che per poter far fare uno scatto in avanti al Sistema sanitario italiano c'è bisogno del

segue a pag. 6

LA LETTURA

Ignazio R. Marino
CREDERE E CURARE
Einaudi 2005
€ 8,00 - pp. 114

Una riflessione appassionata sulla propria esperienza di medico e sulle contraddizioni che oggi sembra facciano perdere di vista il significato di questa professione.

Una lettura stimolante per tutti, ma davvero avvincente per chi si misura quotidianamente con i problemi, gli entusiasmi e le delusioni della medicina.

I diritti di autore del saggio sono stati interamente devoluti a immagine Onlus, per la realizzazione di un progetto di solidarietà sanitaria in Honduras finalizzato ad assistere le donne in gravidanza e ad evitare il rischio di trasmettere malattie infettive ai nascituri.



IL CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCEO APPROVA IL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO

Un Codice che guarda al futuro

La qualità della gestione entra a far parte dei doveri professionali, mentre si introducono alcuni nuovi terreni di impegno, tra cui la tutela dell'ambiente e la segnalazione degli errori medici. A completare il Codice due Linee guida, una dedicata al possibile conflitto di interesse nel campo della ricerca e l'altra alla pubblicità sanitaria

Più di un anno e mezzo di lavoro per rinnovare le regole professionali, riviste l'ultima volta nel 1998. L'intenzione, ha spiegato il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco il 16 dicembre scorso presentando il documento, è quella di ribadire con forza "che nella tutela della salute il medico è comunque portatore di un progetto, dove la cura della malattia è saldamente correlata al rapporto di fiducia con il proprio paziente". Ed è proprio per questa natura dinamica della professione che è necessario intervenire a rinnovare il proprio codice etico. "Non è una posizione relativista – sottolinea Bianco – ma il Codice necessiterà sempre di rivisitazione e di aggiornamento, perché dinamico è l'evolversi delle situazioni che i medici si trovano ad affrontare".

A testimonianza di quanto questo sia vero, proprio nei giorni in cui è stato presentato il documento l'opinione pubblica italiana era dilaniata intorno alla vicenda di Piergiorgio Welby e dunque molta attenzione si è concentrata sul modo in cui il Codice affronta i problemi di fine vita. "Non esistono migliaia di casi Welby – ha detto Bianco ai giornalisti riuniti per la presentazione del Codice – esiste il caso Welby ed esistono migliaia di altri casi diversi da Welby. Ogni caso è a sé ed è impossibile trovare una risposta univoca. In questi giorni c'è stata anche una difficoltà di linguaggio con

termini quali 'eutanasia strisciante', 'accompagnamento alla morte', 'cure palliative', termini che indicano cose diverse e che non possono essere confuse". A riguardo il Codice fissa due limiti negativi, facendo divieto al medico di ricorrere sia all'accanimento terapeutico (articolo 16) che all'eutanasia (articolo 17), e richiamandolo "a risparmiare inutili sofferenze psico-fisiche" ai pazienti in fase terminale (articolo 39).

Ambiente e salute. Un articolo, il quinto, interamente dedicato alla tutela ambientale, perché il medico "è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini". L'invito è dunque a impegnarsi per la promozione di una cultura che utilizzi le risorse naturali in modo appropriato "anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile".

Appropriatezza e qualità gestionale. Innovativo anche l'articolo 6 che impegna il medico a tener conto "dell'uso appropriato delle risorse", prescrivendo anche che si adoperi affinché siano garantite a tutti i cittadini le stesse opportunità di "accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure". Questo richiamo all'impegno del medico nel sistema sanitario, e non solo nel rapporto individuale con il paziente, introduce nel Codice una moderna visione di governo clinico, che si realizza anche nell'obbligo fatto al professionista di segna-

lare gli errori, affinché sia possibile realizzare interventi correttivi e tutelare così la sicurezza dei pazienti.

Conflitto di interessi. Il Codice dedica a questo tema l'articolo 30, nel quale si richiede che il medico sia consapevole e prevenga il possibile conflitto di interesse che si realizzi nella sua attività, dichiarando al destinatario la situazione così che questi possa compiere una "valutazione critica consapevole". Su questo tema sono anche state messe a punto delle Linee guida che integrano e sviluppano le indicazioni contenute nel Codice.

Pubblicità sanitaria. Anche su questo tema sono state redatte delle Linee guida, che tengono conto della legge Bersani e delle direttive europee in materia e che risultano fondate su due elementi essenziali: da una parte il diritto del cittadino ad essere informato, dall'altra l'impegno dell'Ordine professionale affinché l'informazione sia regolata dai principi di veridicità, verità e trasparenza.

Conoscere il Codice. Far conoscere a tutti i medici il nuovo Codice e favorire lo sviluppo di una crescente cultura in materia deontologica. La disposizione finale del documento prevede esplicitamente che gli Ordini provinciali consegnino a tutti gli iscritti una copia del nuovo Codice e tengano "periodicamente corsi di aggiornamento e approfondimento in materia deontologica". (E.A.)

segue da pag. 5

coinvolgimento di tutti gli attori. La legge sul governo clinico, di cui si parla da tempo, non potrebbe essere un contributo in questa direzione?

In Commissione Sanità al Senato stiamo facendo un'indagine conoscitiva molto rigorosa sul fenomeno dell'intramoenia allargata, dalla quale stanno emergendo molti dati interessanti che comunicheremo al ministro della Salute Livia Turco quando verrà ad incontrarsi con noi il prossimo 23 gennaio. Sono certo che questi dati e le nostre opinioni saranno utili al ministro per definire il provvedimento sul governo clinico attualmente allo studio: questo è quello che il ministro ci ha assicurato e sono personalmente sicuro che questo è quello che farà.

La Federazione nazionale dell'Ordine dei medici ha appena rinnovato il proprio codice deontologico, dando molto spazio al tema del rapporto tra medico e paziente. Perché oggi questo rapporto è diventato un tema così urgente?

Su questo argomento ho scritto recentemente un libro che si intitola "Credere e curare", che non mi vergogno a pubblicizzare perché tutti i proventi andranno ad un progetto di solidarietà sanitaria internazionale. Per la prima volta nella storia della medicina, noi stiamo modificando profondamente il rapporto medico-paziente perché abbiamo avuto, e questo è un aspetto positivo, uno straordinario avanzamento della tecnologia. A metà degli anni '70, anni non molto lontani, sono entrato in sale operatorie dove letteralmente si doveva aprire una pancia per vedere che cosa c'era dentro, perché la diagnosi finale veniva fatta con quell'intervento chiamato laparotomia esplorativa. Oggi, per vedere una malattia o una lesione abbiamo altri strumenti: risonanza magnetica, tac spirale, Pet,

ecografia. Eppure, anche se la visita al paziente certamente ci dà meno informazioni di questi strumenti diagnostici, credo però che mettere la mano sulla pancia del paziente, ascoltare il torace con lo stetoscopio, fargli dire 33, rivolgergli domande personali, fanno ancora parte e faranno sempre parte di quello che il paziente si aspetterebbe dal suo medico nel momento in cui si trova ad affrontare una malattia. La tecnologia deve essere per migliorare la qualità di cura, ma non deve diventare un elemento di separazione nel rapporto umano tra medico e paziente. La medicina ha preso una strada completamente sbagliata, abbandonando l'attenzione al rapporto, e solo noi medici possiamo cambiare il cammino intrapreso. Non è questione di leggi o di disposizioni di un amministratore, di un direttore generale, è qualcosa che dobbiamo fare noi.

Dobbiamo riconoscere il valore del tempo dedicato al paziente, un elemento che noi abbiamo dimenticato e abbiamo permesso che si dimenticasse anche nel nostro sistema di rimborso delle prestazioni negli ospedali.

Pensa che questi temi possano trovare spazio nell'insegnamento universitario?

Credo che sia importante sviluppare il tema del dialogo, della condizione profondamente umana del rapporto medico-paziente, sia dal punto di vista del valore etico che ha questo mestiere e che lo differenzia da tanti altri, sia preparando i giovani a quelle riflessioni che devono essere necessariamente fatte nel momento in cui si prendono decisioni, si discute con il paziente sulle terapie. Oggi le decisioni in molte terapie hanno una forte implicazione bioetica per la quale il medico deve essere preparato e che deve essere inserita all'interno dei corsi universitari.

Una volta di fronte alla malattia c'era solo una risposta, a volte nessuna. Oggi, mi sembra di poter

dire che la medicina ha molte risposte e che il medico deve scegliere e aiutare il paziente a compiere delle scelte. È così?

Forse questa è una semplificazione eccessiva, ma è pur vero che anche questo è un grande problema perché oggi il medico deve accompagnare, soprattutto nei territori più innovativi, il paziente, quando si entra in situazioni dove la terapia esce da standard documentati ed entra per le situazioni più complicate e disperate nel campo della medicina sperimentale.

Non posso non farle una domanda su quello che è diventato il "caso Welby" (l'intervista è stata realizzata prima della morte di Piergiorgio Welby). Lei cosa pensa a riguardo?

Credo che sia una situazione davvero drammatica nella quale io immagino che un paese civile e maturo come il nostro abbia l'obbligo di dare delle risposte. Welby utilizza il suo dolore per costringerci a dare delle risposte e questo è qualcosa di cui noi dobbiamo essergli grati e riconoscenti perché ci vuole un coraggio e una determinazione non indifferente ad assumersi questo carico personale. Da qualsiasi punto di vista lo si voglia guardare, qualunque sia l'ideologia che ci guida, Welby è un paziente con una malattia purtroppo terminale, una malattia per la quale la scienza oggi non ha soluzioni. La sua malattia peggiorerà, fra poco tempo non sarà più in grado neanche di deglutire, quindi non potrà autonomamente bere e mangiare, dovrà continuare, se lo vorrà, utilizzando mezzi straordinari rispetto a quello che, senza un respiratore automatico o altre terapie che lo sostengano, sarebbe stata una morte naturale. Dobbiamo riconoscere che si tratta di una situazione nella quale occorre spingere la tecnologia ad un limite che il paziente deve stabilire se è appropriato o non. Se Welby ritiene che non sia appropriato, credo che questo debba essere riconosciuto.

LA FNOMCEO APRE IL DIBATTITO SULLA FORMAZIONE IN MEDICINA

Come si costruisce il medico di domani

Più equilibrio tra saper essere e saper fare, una programmazione più attenta ai reali bisogni della sanità italiana, spazio alla formazione specifica in medicina generale. Le proposte della Federazione degli Ordini puntano ad una reale integrazione tra Università e Ssn che investa anche la fase di formazione dei futuri professionisti. E il ministro Livia Turco annuncia l'apertura di un tavolo di lavoro dedicato a questi temi al quale dovranno sedere le rappresentanze professionali e quelle del ministero della Salute e del Miur

“La ‘costruzione’ di un medico o di un odontoiatra richiede oggi una grande attenzione e la messa in campo di molti saperi, per poter rispondere alla domanda di salute che viene dalla società. Ci vogliono conoscenze medico scientifiche, competenze da acquisire sul campo con il metodo che definiamo ‘imparar facendo’ e una grande attenzione alle relazioni di cura, ovvero alle modalità del rapporto medico paziente. Per questo oggi è indispensabile una cooperazione tra i diversi sistemi esistenti nella professione medica, dal mondo degli universitari ai diversi segmenti ospedalieri e territoriali del Ssn, perché tutti concorrano alla formazione dei futuri colleghi”. Così il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco e il presidente della Commissione nazionale odontoiatri Giuseppe Renzo hanno sintetizzato le ragioni che erano alla base della giornata di lavori dedicata alla formazione e tenutasi lo scorso 24 novembre a Roma.

Al tavolo dei relatori si sono alternati il ministro Livia Turco ed Eolo Parodi, il neo-presidente del Consiglio superiore di Sanità Franco Cuccurullo, il sottosegretario alla Salute Serafino Zuccherelli e Luigi Frati, presidente dei Presidi delle Facoltà di Medicina, oltre ai relatori del gruppo di lavoro organizzato dalla Federazione degli Ordini dei medici e odontoiatri, Maurizio Benato, Vito Albano, Marziano Allasia, Luigi Conte, Nicolino D'Autilia, Mauro Melato.

Livia Turco, che ha seguito gran parte della discussione, nel suo intervento ha poi ribadito come anche questo tema debba oggi essere sviluppato in una logica di collaborazione tra istituzioni nazionali e Regioni, sottolineando come oggi questo possa avvenire in un positivo clima di dialogo. In accordo con le Regioni dovrà svilupparsi soprattutto la programmazione sui fabbisogni di professionisti necessari a garantire il funzionamento del sistema e gli spazi di integrazione tra formazione universitaria e formazione “sul campo”, indispensabili a garantire la possibilità che un giovane laureato sia in grado, appena concluso il percorso di studi, di svolgere in pieno il suo ruolo di professionista.

Questa compresenza tra il momento in cui si apprende il “saper essere” e quello in cui si impara il “saper fare” è necessario anche per mantenere aggiornate le conoscenze e consentire che i gio-

vani avviino la loro vita professionale più rapidamente. Negli altri Paesi occidentali un giovane medico comincia a lavorare molto prima dei trent'anni, mentre da noi l'ingresso nel mondo del lavoro avviene ben oltre questa soglia.

A riguardo, il ministro Turco ha annunciato di aver già avviato la creazione di un tavolo di lavoro con il ministero dell'Università “perché il rapporto tra Università e Ssn è uno dei più grandi cambiamenti che dobbiamo realizzare. È un tavolo – ha spiegato – che ha come obiettivi il confronto per avere una formazione che sia adeguata alla vita di oggi, per mettere al passo il sistema universitario con l'Europa e anche per rendere più moderno il sistema sanitario”. In particolare, ha sottolineato il ministro, “ci sono due aspetti che mi stanno molto a cuore: il ruolo della medicina generale nell'ambi-

to della formazione degli studenti e il sistema delle specializzazioni, che saranno appunto temi del tavolo”.

Riguardo alle proposte avanzate dalla Fnomceo, che mirano ad un maggiore coinvolgimento degli Ordini nella rilevazione dei bisogni formativi e nella valutazione delle attività di formazione comprendendo anche la volontà di assumere dirette responsabilità di providers nel settore dell'Ecm, la ministra si è detta pronta al confronto, nella convinzione che “possa condurre a positive conclusioni”.

Proprio riguardo alla programmazione del fabbisogno futuro, nel corso del convegno sono stati resi noti dei dati in controtendenza rispetto a quella che ormai da anni si lamenta come pleora medica. Se si confermassero i numeri attuali per quanto riguarda iscrizioni e lauree in medicina, da qui a vent'anni potremmo infatti registrare un brusco calo quantitativo di medici, in coincidenza con il pensionamento di quelli che oggi hanno intorno ai cinquant'anni. Non si tratta di fare inutili allarmismi, ha dichiarato Amedeo Bianco, ma di evitare “l'errore del servizio sanitario inglese, che per difetto di programmazione sanitaria e formativa si trova oggi a importare medici e infermieri da tutti i Paesi d'Europa”.

(L.C.)

“Per questo oggi è indispensabile una cooperazione tra i diversi sistemi esistenti nella professione medica, dal mondo degli universitari ai diversi segmenti ospedalieri e territoriali del Ssn, perché tutti concorrano alla formazione dei futuri colleghi”

LE PROPOSTE FNOMCEO PER LA FORMAZIONE IN MEDICINA

Accesso ai Corsi di laurea

Occorre avviare una seria metodologia di indagine che consenta una programmazione dei futuri bisogni sanitari e dunque di quanti e quali professionisti saranno necessari. La Fnomceo, che coordina gli Ordini professionali provinciali, deve avere un ruolo centrale in questa attività di programmazione altrimenti affidata a logiche autoreferenziali o localiste.

Esame di Stato

Il superamento dell'esame di abilitazione consente l'iscrizione all'Ordine e l'esercizio della professione di medico chirurgo. Esso non deve operare la selezione di candidati, ma piuttosto valutarne le capacità decisionali e di ragionamento critico basato su quanto appreso e quanto servirà effettivamente nella professione, così da valutare al contempo l'efficacia formativa delle Università.

L'attuale prova scritta ha tradito il suo compito, configurandosi in una semplice prova mnemonica. Per questo gli

Ordini chiedono una revisione di questo passaggio valutativo, allo scopo di garantire alla società un medico professionalmente qualificato ed “uomini che siano bravi medici”.

Formazione specialistica

Attualmente la formazione specialistica si svolge in Italia interamente in ambito universitario, a differenza di quanto avviene in altri Paesi europei.

Si deve invece recuperare la funzione formativa di tutte le strutture del Ssn, avendo come obiettivo anche un ingresso meno tardivo dei medici nel mondo del lavoro e una più dignitosa retribuzione del periodo di specializzazione.

Formazione specifica in medicina generale

La crescita delle cronicità, legate anche all'allungamento della vita media, impone una maggiore attenzione alla formazione dei medici di medicina generale. Dal 1992, in Italia sono stati realizzati corsi specifici, gestiti prevalentemente dalle Regioni. Occorre però

costruire in questo settore un più solido livello di coordinamento nazionale, che garantisca l'uniformità della formazione, affidandola a medici che abbiano competenza e pratica della medicina generale ma coinvolgendo anche le Università, così da rendere la medicina generale una specialità come avviene nella gran parte dei Paesi europei.

Formazione in Odontoiatria

La situazione attuale registra un numero di odontoiatri in Italia ben superiore al rapporto indicato dall'Oms come ottimale, che è di un professionista ogni duemila abitanti. Ciò richiede un deciso intervento in ambito formativo, con il numero programmato per l'accesso ai corsi universitari ed una revisione dell'esame di abilitazione che consenta una piena valutazione della formazione teorico-pratica del futuro professionista. Inoltre è necessario intervenire per poter verificare i percorsi formativi degli odontoiatri provenienti da altri Paesi, comunitari o extracomunitari.

LA SANITÀ NELLE

Marche

Un modello da rivedere

LA REGIONE MARCHE, SE DALL'ESTERNO PUÒ DARE L'IDEA DI EFFICIENZA E FUNZIONALITÀ IN REALTÀ CELA PROBLEMI A NON FINIRE SOPRATTUTTO SUL FRONTE SANITARIO. IL MODELLO DELL'ASUR, L'AZIENDA UNICA CHE HA ACCORPATO AL SUO INTERNO LE TREDICI AZIENDE SANITARIE, HA FALLITO LE ASPETTATIVE INIZIALI CHE ERANO DI SEMPLIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA

di Stefano Simoni

C'erano una volta le Marche. Quelle del mare e della campagna, dei monti e delle colline che degradano verso la costa, dei paesaggi che lasciano d'incanto, quelle che hanno ispirato molti scrittori e poeti, a cominciare da Dante e passando per Leopardi e Carducci.

Chilometri e chilometri di costa sabbiosa e di spiagge, con il Monte Conero a picco sul mare, unico su tutto il litorale adriatico da Trieste al Gargano.

Si diceva c'erano una volta le Marche, quelle della qualità di vita e dei servizi offerti alla popolazione locale, perchè oggi sembra che le cose siano almeno in parte cambiate. A metà dicembre, per dire l'ultima, gli abitanti di sette comuni della Provincia di Pesaro sono stati colpiti da una "febbre" di fuga contagiosa al punto da votare sì al referendum consultivo per la "secessione" dalla Provincia di Pesaro Urbino e dalle Marche, e l'annessione alla Provincia di Rimini, e alla Regione Emilia Romagna nonostante il presidente della Regione, Gian Mario Spacca (Margherita), e quello della Provincia Palmiro Uccelli (Ds) abbiano rivolto numerosi appelli all'unità della Regione e concordato con l'Emilia Romagna un protocollo per migliorare i servizi nel territorio di confine. Questa voglia di appartenere all'Emilia Romagna è in qualche modo paradigmatica di una certa insoddisfazione che serpeggia nelle Marche anche tra gli operatori della sanità. Lo stesso Osvaldo Scarpino, responsabile regionale Anaa Assomed, ha palesato una difficoltà pesante come operatore sanitario. Tante le aspettative andate tradite: "Il modello - ha detto Scarpino con riferimento all'Asur, l'Agenzia sanitaria unica regionale - poteva anche andare bene, il problema è la mancata flessibilità nell'applicazione". Le Marche stanno cambiando ed è difficile oggi, sempre secondo Scarpino, trovare note di positività all'interno dell'organizzazione sanitaria regionale che da un punto di vista degli operatori presenta lacune che l'Asur non è riuscita a superare.

ASUR

Vediamo dunque brevemente come funziona l'Asur e quali le sue caratteristiche. "Il sistema della regione Marche - spiega il sito dell'Asur - è stato storicamente caratterizzato dai seguenti elementi: una rilevante ed estesa copertura assistenziale in tutti gli ambiti del comparto socio-sanitario e una necessità di recuperare una dimensione aziendale in grado di ottimizzare i processi produttivi e di integrarli all'interno di un sistema a rete". Questo quadro ha prodotto negli ultimi anni una situazione di disequilibrio a cui la giunta ha risposto con un riassetto istituzionale complessi-

sivo del sistema.

L'esigenza del governo regionale era dunque quella di "ricomporre il quadro istituzionale e operativo fortemente frammentato assicurare una transizione veloce e decisa - si legge sempre nel sito Asur.it -, proporre a tutti gli attori del sistema un disegno facilmente intelligibile nel quale collocarsi rapidamente, semplificare i meccanismi attuativi, consolidare il ruolo di indirizzo e controllo svolto dagli enti locali", tutti elementi questi che hanno fatto propendere per la soluzione dell'azienda unica basata su un accorpamento delle 13 Aziende in un'unica azienda sanitaria regionale, per l'istituzione di 13 zone (corrispondenti ai 13 ambiti territoriali delle ex Asl) dirette da un Direttore di zona nominato direttamente dalla Giunta regionale, per la creazione di una struttura organizzativa a "rete" nell'Azienda Unica di ambito regionale per alcuni servizi amministrativi-sanitari, di dimensione di area vasta, zonale per altri.

L'obiettivo - si legge infine - è quello di garantire un impianto dove le esigenze ed i contributi della rappresentanza politico-istituzionale, le razionalità aziendali e la razionalità dei processi tecnici possano trovare un temperamento tale da assicurare alla collettività marchigiana un sistema sanitario equo e sostenibile". Dunque, se il modello poteva funzionare, per dirla ancora con le parole di Scarpino, ha risentito di una eccessiva rigidità nell'applicazione che ne sta minando la riuscita.

PIANO SANITARIO REGIONALE

"Un welfare marchigiano universale, equo, solidale e di qualità". Così titolava l'ultimo Piano sanitario regionale 2003/2006 approvato dal Consiglio regionale nel 2003.

L'oggetto Salute - veniva evidenziato nel Piano - non è e non può costituire una prerogativa esclusiva del sistema sanitario, dato che nei confronti di questo processo dinamico, individuale e sociale allo stesso tempo, su cui convergono un'infinità di variabili e determinanti, gli effetti reali degli interventi sanitari, anche al massimo della loro appropriatezza, congruenza ed efficienza sono in ogni caso parziali".

In altre parole, quindi, veniva riconosciuto come le istituzioni sanitarie di per sé "hanno raggi di azione abbastanza limitati, visto il valore delle ricadute degli scenari sociali, economici e politici sul rapporto salute/malattia (oltre che sugli assetti, orientamenti, azioni e risultati dello stesso sistema sanitario). Tutto ciò impone lo spostamento su un versante più ampio che includa l'abbandono della esclusiva specificità sanitaria sul

fenomeno Salute e inquadrare la Sanità del 2000 nell'ambito più ampio del sistema di welfare (ovvero del sistema di garanzie che consente il massimo benessere sociale e sanitario alla popolazione nei limiti delle risorse disponibili) che pone al centro la qualità complessiva della vita come obiettivo da perseguire con sistemi a rete in grado di sostenere, accompagnare, promuovere le dinamiche di autosviluppo dell'individuo, della famiglia e delle comunità locali".

I principi e le scelte di fondo che hanno ispirato il Piano sanitario regionale sono quelli della salute come diritto da promuovere e tutelare, e non bene da negoziare.

Ne deriva un approccio alla salute che ha come requisiti costitutivi e faro guida dell'azione del governo regionale "l'universalismo e l'equità (pari opportunità di accesso e fruizione dei servizi sanitari da parte dei cittadini, anche tenendo conto delle specificità territoriali delle aree svantaggiate e montane) - si legge nel documento - come principi fondanti del sistema sanitario; la solidarietà come valore espresso dalla storia della Regione Marche; la sussidiarietà come 'principio direttore' per le politiche regionali, sia per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi della pubblica amministrazione sia per ispirare i nuovi orizzonti delle politiche sociali del nostro Paese; la programmazione come processo capace di coinvolgere una pluralità di soggetti, di far fronte alle modificate aspettative dei cittadini, alle loro nuove esigenze".

Il piano tra i principi ispiratori pone ancora al centro "il territorio (comunità - distretto - dipartimento di prevenzione - medico di medicina generale) nello sviluppo di una politica di promozione della salute, che veda coinvolta nelle scelte di fondo tutta la comunità; la promozione della cooperazione (non concorrenzialità) tra soggetti erogatori per garantire l'integrazione e

l'appropriatezza d'uso dei diversi regimi/livelli assistenziali; la globalità delle prestazioni riletta alla luce dell'appropriatezza (fare le prestazioni giuste ed accettabili dal paziente, al momento giusto, nel luogo giusto, al giusto costo) per garantire qualità e compatibilità economica, sviluppando la competenza degli operatori a tutti i livelli del sistema; la centralità del cittadino come protagonista e principale fruitore dei percorsi assistenziali; l'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale come strategia operativa di fondo per il governo e la gestione della complessità dei fenomeni sanitari a partire dall'integrazione socio-sanitaria; la distinzione dei ruoli e delle funzioni di governo e di gestione: alla Regione il governo della sanità, alle aziende e alle zone territoriali la gestione della sanità, alle reti dei servizi il governo e la gestione clinica, agli enti locali il governo e la gestione della salute; l'uso razionale (e non il razionamento) delle risorse, risorse viste come possibilità e opportunità per lo sviluppo futuro, da trovare prioritariamente all'interno del sistema sanitario".

MISURE DI CONTENIMENTO DELLA SPESA

La scorsa estate la Giunta regionale ha approvato alcune misure di contenimento e controllo della spesa delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno in corso. Il provvedimento rientra nelle finalità delle Finanziarie precedenti ovvero 2005 e 2006. Si tratta – come hanno spiegato i responsabili della sanità regionale – di una "riaffermazione dell'orientamento complessivo di risparmio e controllo di gestione delle risorse perseguito dal Presidente delle Marche, Gian Mario Spacca".

In particolare, la delibera conferma il divieto di conferire nuovi incarichi di studio, consulenza tecnica, sanitaria e amministrativa e di rinnovare quelli esistenti in assenza di esplicita previsione normativa o direttiva della giunta. Fino all'adozione di una nuova direttiva, l'assegnazione degli incarichi e il rinnovo di quelli esistenti dovrà essere autorizzato dall'esecutivo su proposta del dirigente del servizio Salute. I ruoli tecnico, amministrativo e professionale vengono dunque definiti previo parere del Comitato di direzione.

Permane il divieto di acquisire beni durevoli, servizi e prestazioni sanitarie di importo superiore a 200 mila euro in assenza dell'autorizzazione della giunta e non possono essere fatte spese per relazioni pubbliche, convegni, pubblicità e rappresentanza per un ammontare superiore al 50% della spesa sostenuta nel 2005 per le stesse finalità".

"Il provvedimento adottato – ha spiegato l'assessore alla sanità delle Marche, Almerino Mezzolani – rappresenta una sottolineatura di quella operazione di controllo della spesa ed eliminazione degli sprechi adottata da tempo dall'esecutivo marchigiano, in linea, peraltro, con le recenti direttive del Governo Prodi. Si garantisce in questo modo una riorganizzazione strutturale del servizio sanitario con un'adeguata verifica delle risorse".

NUOVI DIRETTORI

Appena prima di Natale la Giunta regionale ha indicato i nomi di due nuovi direttori generali uno per l'Azienda Ospedaliera 'Ospedali Riuniti' di Ancona e l'altro per il 'San Salvatore' di Pesaro. Al vertice degli Ospedali riuniti è stato proposto Gino Tosolini, sul cui nominativo la Regione ha subito chiesto il previsto assenso del rettore dell'Università politecnica delle Marche. Gabriele Rinaldi è stato invece designato a dirigere il 'San Salvatore'.

"Le scelte – come hanno spiegato in Giunta il presidente Gian Mario Spacca e l'assessore alla Sanità, Almerino Mezzolani – sono state unicamente dettate dall'elevata professionalità dei candidati, che vanno ad arricchire il sistema sanitario regionale con un bagaglio di esperienze estremamente utili in questa fase di definizione del nuovo Piano sanitario e di successiva gestione degli obiettivi indicati dalla programmazione regionale". Una scelta coerente – riferisce una nota della

Regione – e in sintonia con quella che ha portato all'individuazione di Carmine Ruta, alla direzione del servizio Salute, e di Roberto Malucelli, alla guida dell'Azienda sanitaria regionale. Una scelta, è stato ribadito, unicamente imposta dalla "volontà di imprimere un nuovo slancio e un'ulteriore qualificazione alla sanità marchigiana".

Parole di apprezzamento e di ringraziamento per il lavoro svolto e la disponibilità mostrata dai direttori uscenti, Giuseppe Zuccatelli, Paolo Menichetti e Antonio Aprile, sono state espresse dal presidente Spacca e

dall'assessore Mezzolani: "Auspichiamo di non perdere le loro competenze e professionalità, in questa fase di rilancio e di rinnovamento del sistema sanitario regionale. Una strada che dobbiamo percorrere rafforzando il lavoro di squadra, per raggiungere più celermente gli obiettivi della qualità, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sostenibilità economica della sanità marchigiana, nell'ottica della piena integrazione con le politiche sociali". I nuovi direttori degli 'Ospedali Riuniti' e 'San Salvatore' avranno un incarico triennale.

INTERVISTA A OSVALDO SCARPINO SEGRETARIO REGIONALE ANAO ASSOMED MARCHE

"Servono riforme strutturali vere"

Dottor Scarpino, qual è la situazione della sanità nelle Marche?

Stiamo vivendo una fase di paralisi dell'attività. In questi giorni sono state fatte delle nomine fondamentali, la Giunta regionale ha indicato i nomi di due nuovi direttori generali uno per l'Azienda Ospedaliera 'Ospedali Riuniti' di Ancona e per il 'San Salvatore' di Pesaro. Poi è stato cambiato il direttore del servizio Salute e, infine, il direttore dell'Azienda sanitaria regionale. Adesso manca la nomina del responsabile dell'Inrca (l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico dedicato al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione anziana che ha nove sedi in Italia di cui tre nelle Marche). In tutta questa operazione di riassetto l'Inrca avrà il suo statuto di riordino passando da ente dipendente dal ministero della Salute a dipendente della Regione. Questa situazione comporta una valutazione, da parte dei vertici regionali, fortemente negativa.

Lei, quindi, valuta negativamente il riassetto sanitario in Regione?

L'operazione di sostituzione che stanno portando avanti dai vertici regionali può essere letta come una chiara dichiarazione di fallimento del modello. Noi come sindacato a questo punto abbiamo una preoccupazione e cioè che se si nominano entro il 31 dicembre, i 13 responsabili delle 13 zone corrispondenti ai 13 ambiti territoriali delle ex Asl, essendo queste figure sicuramente di vaglio c'è il rischio che venga a mancare una "personalità" in grado di guidare l'Inrca.

L'operazione di riordino si può dunque dire che ha fallito?

Io ho l'impressione che le cose stiano in questo modo: il modello dell'Asur, la sua architettura organizzativa, se da un lato poteva essere valido, dall'altro deve ancora essere capito. È stata fatta una valutazione politica. Si è deciso di fare un'unica Azienda sanitaria locale mentre forse, e noi l'abbiamo detto subito, sarebbe stato meglio farne quattro. Accorpare tutto, mettere tutto insieme alla fine è stata una grande fatica. Sicuramente molte cose sono state fatte ma rinunciare a chi si era fatto carico di questo lavoro senza spiegazioni non ci aiuta a capire. Va bene il rinnovamento però, e questa è un'altra critica, prendere quattro persone da fuori, che del sistema marchigiano non sanno nulla ci sembra quantomeno azzardato. In un momento in cui c'era bisogno di continuità è stato stravolto ogni assetto.

Qual è invece la situazione degli ospedali?

Ci sono circa 50 ospedali divisi tra ospedali di polo e ospedali di rete. I primi sono quelli più piccoli mentre quelli di rete sono più grandi e ce n'è uno per ciascuna delle 13 zone. La promessa del piano era che gli ospedali di polo fossero tutti riconvertiti in strutture in grado di offrire prestazioni di lungo degenza, riabilitazione fino a diventare 'Casa della salute' secondo quanto previsto dal piano sanitario regionale, poliambulatori, distretti e quant'altro. Fatto sta, che di ospedali non se ne è chiuso uno e conseguentemente gli organici si stanno depauperando.

Per farla breve abbiamo ospedali e reparti ridotti all'osso con la stessa mole di lavoro.

Eppure il piano dell'Asur almeno sulla carta prometteva bene...

Sì, l'Asur prevedeva un governo centrale che fosse in grado di decongestionare l'ingorgo istituzionale che esisteva due anni fa. In realtà non è andata così perché ci siamo trovati con un'agenzia forte, un direttore forte e competente e da ultimo l'Asur: un mostro a tre teste alla guida della sanità. Poi, all'inizio della legislatura si è pensato di eliminare l'Agenzia per farla rientrare nel servizio sanitario, e così da un mostro a tre teste si è passati ad avere un mostro bicefalo. Il modello sarebbe anche andato bene ma poi è mancata una flessibilità nell'applicazione.

Ma lei non salva nulla della sanità della sua Regione?

La Regione Marche è una di quelle che sta meglio da un punto di vista della salute rispetto alle altre. Questo è un dato di fatto di cui andare orgogliosi perché evidentemente anche la classe medica ha contribuito e contribuisce al raggiungimento di questo obiettivo. È anche vero però che per questo risultato, in termini di servizi offerti alla cittadinanza, è stato pagato un prezzo molto alto. E mi spiego: fino a tre, quattro anni fa le Marche soffrivano di un debito impressionante al punto che per sanarlo sono state aumentate tutte le tasse, Irpef, Irap e via dicendo. Insomma è stato fatto uno sforzo impressionante ma l'obiettivo dei conti sotto controllo è stato raggiunto. Nel nostro territorio ci sono tanti anziani, segno che la qualità della vita è sicuramente buona. Insomma molte cose sono state fatte ma quello che occorre con una certa urgenza sono le riforme strutturali vere.

PRESENTATO IL RAPPORTO CEIS SANITÀ 2006

Si alleggerisce il deficit del Ssn, ma le famiglie si "impoveriscono" per la spesa sanitaria

di Ester Maragò

Secondo le previsioni degli economisti del Centro di ricerca rivolto al mondo sanitario della Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", nel 2007, il deficit frena grazie all'incremento del Fsn e all'efficacia dei piani di rientro delle Regioni in "rosso". Ma oltre un milione di famiglie sono in difficoltà economiche per far fronte alle spese sanitarie

C'è una notizia buona e una meno buona per la sanità. Il deficit, nel 2007, potrebbe alleggerirsi, al contrario l'"iniquità sociale" prosegue incontrastata la sua avanzata.

A delineare lo stato dell'arte della sanità italiana e i suoi scenari futuri è il IV "Rapporto del Ceis Sanità 2006" (edito dalla Health Communication), curato dai ricercatori del Ceis Sanità, il centro di ricerca rivolto al mondo sanitario creato dalla Facoltà di Economia dell'Università di Roma "Tor Vergata", e presentato a Roma agli inizi di dicembre da Federico Spandonaro, coordinatore del Rapporto e da Luigi Paganetto, Preside della Facoltà di Economia e Presidente del Ceis.

Il Rapporto parla chiaro: le previsioni di spesa, per il 2007, si attestano tra i 102,7 e i 105 miliardi di euro con un disavanzo variabile tra 2 ed un massimo di 4,3 miliardi di euro. Un "buco" non irrilevante, ma sicuramente inferiore al picco di 10 miliardi di euro previsto dal Ceis per il 2006. Decisivi per frenare il trend del deficit sono l'incremento del Fondo sanitario nazionale previsto dalla legge Finanziaria complessivamente 100,7 miliardi di euro (ossia: 96 miliardi, più uno per le Regioni particolarmente svantaggiate, più 3,7 miliardi di risorse regionali), e l'efficacia dei piani di rientro delle Regioni in "rosso".

Ma se sul fronte della spesa tira aria di ottimismo, per quanto riguarda l'equità del sistema l'allarme è ancora alto: sono, infatti, oltre un milione le famiglie che si trovano in difficoltà economiche per far fronte alle spese sanitarie. E la presenza di un anziano aumenta del 50% la probabilità di un impoverimento causato dalle spese "out of pocket". Insomma, secondo i ricercatori del Ceis, lo "zoccolo duro" di iniquità sociale non è stato scalfito. Così come permangono nel Bel Paese differenze di genere: dai dati è emersa l'esistenza di un gap sfavorevole di mortalità per le donne del Sud e delle Isole. In sostanza, le donne del Meridione muoiono prima di quelle del Nord, sia per i tumori alla mammella, sia per quelli al collo dell'utero e del colon retto, mentre tra gli uomini non si osserva una differenziazione di esiti tanto marcata.

Il Rapporto punta poi i riflettori sul Federalismo, uno dei temi al centro del dibattito delle politiche sanitarie, considerato però dai ricercatori del Ceis ancora "immaturato". Appare, infatti, disattesa la logica positiva che affida a livello locale il perseguimento delle condizioni di massima efficienza e lascia al Governo centrale il compito di regolare i principi generali e vigilare sul rispetto dei diritti. Si assiste, invece, ad una "inversione di ruoli" e al persistere di una certa "confusione istitu-

zionale" da imputare all'incompiutezza del Federalismo fiscale che non ha saputo responsabilizzare definitivamente le Regioni sul versante economico. Il risultato quindi è che nell'attuale Finanziaria praticamente tutte le azioni riguardano aspetti che sarebbero riconducibili alla competenza regionale: per il 50% si

care o imporre la strada delle razionalizzazioni.

Sarebbe invece auspicabile che "il Governo centrale spostassee logiche di pay per performance (ossia pagamenti differenziati in base a criteri di qualità clinica accertabili), incentivando così i comportamenti regionali efficienti, efficaci (e di qualità), nonché equi, lasciando alla responsabilità locale l'onere di individuarne le modalità di realizzazione".

I dati del Rapporto confermano inoltre la necessità, per recuperare efficienza, di concentrare gli interventi sul sistema ospedaliero e sui costi di ricovero.

SPESA E DEFICIT

La crescita della spesa sanitaria sembra essere sostanzialmente "sotto controllo" nel medio lungo periodo. Anche se le previsioni del Ceis Sanità per il 2007 indicano che in Italia la spesa sanitaria totale crescerà ancora una volta più velocemente del-

l'incremento del Pil, portandola ad un valore complessivo dell'8,4% del Pil, al di sotto della media europea che è del 9%. Tuttavia, va sottolineato, la spesa non cresce più che negli altri Paesi europei. Anzi, malgrado un livello iniziale basso, una crescita del Pil molto modesta e un rapido invecchiamento della popolazione, dal 1990 la spesa sanitaria del Bel Paese è cresciuta meno del resto d'Europa (solo Finlandia e Danimarca fanno eccezione).

Comunque, le cause dell'aumento sono pressioni economiche e demografiche. Ma non solo. Secondo il Ceis, la crescita è anche il frutto dell'effetto espansivo che gli annunciati incrementi di spesa sanitaria pubblica hanno sulla spesa totale, e questo effetto potrebbe essere attribuito tanto ad una inefficiente duplicazione di funzioni, quanto ad una tendenza inerziale della spesa pubblica a adeguarsi al finanziamento. Inoltre, la tendenza a contenere attraverso i vincoli al finanziamento la spesa pubblica ha creato un disavanzo strutturale che non sembra peraltro essere un'anomalia italiana. Complicano poi il quadro le spese prodotte dai deficit pregressi e il peso del debito pubblico italiano, che ha pochi paragoni in Europa e impone vincoli stringenti alla crescita della spesa.

Nonostante lo scenario a tinte fosche, le previsioni per l'anno che verrà lasciano intravedere uno spiraglio di luce.

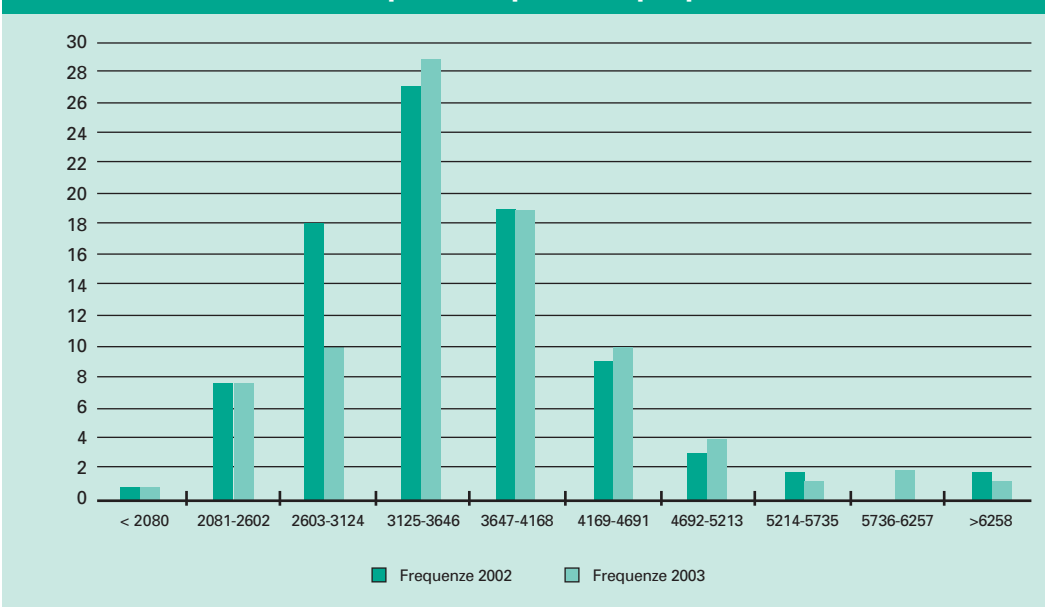
Le stime del Ceis indicano che la crescita economica e demografica, oltre che lo stesso aumento del finanziamento, spingeranno il tendenziale di spesa pubblica a 104,8/106,1 mld di euro (a seconda dello scenario), pur in presenza degli incrementi nelle compartecipazioni

Scenario 2007

Voce	Mld. €	% su Pil
Spesa sanitaria totale	123,8 - 124,7	8,2 - 8,3
Spesa sanitaria pubblica	102,7 - 105,0	6,8 - 7,0
Finanziamento	97+3,7	6,4 - 6,7
Disavanzo	2,0 - 4,3	-
Spesa sanitaria privata	19,7 - 21,1	1,3 - 1,4
Var. annua spesa sanitaria privata	-6,2% - 12,3%	

tratta di razionalizzazioni derivanti dai piani di rientro regionali, e per l'altro 50%, di misure di responsabilizzazione dei cittadini la cui efficacia è qualitativamente certa poiché configurano trasferimenti finanziari, ma è quantitativamente incerta perché legata a situazioni specifiche regionali, in primo luogo i livelli di esenzione. Un punto quest'ultimo, suggeriscono i ricercatori, sul quale bisognerebbe agire affrontandolo a livello centrale. Infatti, le esenzioni per i cittadini fragili più che configurare un diritto di cittadinanza finiscono oggi paradossalmente con l'essere soggette all'arbitrio regio-

Distribuzione delle aziende ospedaliere per costo per punto DRG



nale, con comportamenti abbastanza diffusi. Insomma, la sensazione per il Ceis è che le Regioni "usino" in qualche modo il livello di Governo centrale: quelle più attive e spesso più virtuose per farsi "omologare" le proprie scelte; le meno efficienti per farsi indi-

(specialistica e pronto soccorso) previsti in Finanziaria. Lo scenario di spesa pubblica finale potrebbe quindi attestarsi fra 102,7 e 105,0 mld. di euro, con un disavanzo effettivo compreso fra 2,0 e 4,3 mld di euro, a seconda del grado di ottimismo sull'efficacia dei piani di rientro delle Regioni in disavanzo, nonché dei tagli sui prezzi, ma anche delle misure che verranno introdotte con la Finanziaria.

Sintetizzando, nella "peggiore" delle ipotesi si confermerebbe un gap fra finanziamento e spesa di 0,4 punti percentuali di Pil, in linea con lo storico; mentre nella "migliore" lo scarto si ridurrebbe a 0,15 punti.

Anche questa non sembra essere un'anomalia italiana. Anzi è una caratteristica comune a molti Paesi. La differenza con gli altri Stati sta nella minore conflittualità, o quanto meno sensibilità, nell'individuare la responsabilità dei disavanzi. Questo produce, all'estero, una maggiore rapidità nel ripiano, evitando così i costi prodotti dall'accumulo dei debiti, ovvero dal ritardo dei pagamenti del settore pubblico.

Per il 2007, anche l'impatto finale sulle famiglie, dovrebbe essere limitato: si assisterebbe ad un decremento della spesa sanitaria sostenuta direttamente, dell'ordine del 6-12%. Ma le misure di responsabilizzazione degli utenti inserite in Finanziaria, rendono più complesso lo scenario: l'adozione di ticket in cifra fissa sulle ricette della specialistica, ad esempio, lascia supporre un impatto equitativo discutibile, in particolare sulle fasce di popolazione più a rischio.

RECUPERARE L'EFFICIENZA

Ci sono quindi, per i ricercatori del Ceis, buone possibilità di superare l'emergenza finanziaria. Però, se si vuole "governare" il sistema occorre incentivare l'efficienza. Per questo il Rapporto segnala le criticità da rimuovere per rilanciare il servizio pubblico.

Prima fra tutte quella della unione dei ruoli e dell'assetto proprietario fra acquirenti e erogatori. Secondo il Ceis, infatti, la mancata separazione di ruolo fra acquirenti ed erogatori, oltre ad impedire di trasformare i "segnali" di mercato (ad esempio perdita di clienti o disavanzi strutturali) in sanzioni efficaci (la fuoriuscita dal mercato degli erogatori meno efficienti), determina un aumento della produzione con evidenti rischi di inappropriatezza.

E ancora, c'è la necessità di azioni correttive in campo farmaceutico. Ad esempio, segnala il Ceis, se il numero di prescrizioni per medico fosse uguale nel Centro-Sud a quello mediamente registrato al Nord, si avrebbe una diminuzione della spesa farmaceutica totale pari al 4,41%.

Inoltre, le rilevanti differenze regionali sul versante prescrittivo, come anche l'assenza di considerazione per gli aspetti demografici e sociali che confluiscono nella domanda sanitaria, suggeriscono la necessità di politiche farmaceutiche calate nei contesti locali, abbandonando la pretesa di governare il sistema con regole "troppo semplici", come il tetto del 13%.

Un analogo discorso può essere applicato alle politiche di razionalizzazione ospedaliera basate sul taglio dei posti letto (4 posti letto per mille abitanti). Una "cura dimagrante" che non implica necessariamente una riduzione dei costi, né quelli relativi al personale, né quelli fissi relativi alle strutture. Tantomeno riesce a razionalizzare i parametri di efficienza del settore.

C'è quindi disomogeneità: dei tassi di ospedalizzazione (standardizzati per età), che variano regionalmente anche nell'ordine del 300% ed anche più per il regime diurno, la riabilitazione e la lungodegenza; dei livelli tariffari, che presentano differenze medie massime (rispetto alle classi di età) del 60%; dei costi per unità omogenea di ricovero, che variano di oltre il 300%, da un minimo di circa 2mila euro per punto Drg a oltre 6mila euro: e il dato non solo si conferma di anno in anno, ma presenta un progressivo incremento della sua variabilità.

Anche l'attuale sistema tariffario basato sui Drg appare inadeguato. In particolare sul versante della corretta rappresentazione della complessità assistenziale. Sicuramente i Drg, segnalano i ricercatori del Ceis, hanno incentivato una maggiore produttività, e le stime indicano che questa si è, almeno parzialmente, trasformata in maggiore efficienza. Tuttavia, sarebbe auspicabile

Impoverimento, povertà e spese catastrofiche secondo la metodologia WHO con soglie ISTAT, distribuzione percentuale delle famiglie per Regione - Italia 2004			
	Poor	Impoor	Cata
Piemonte e Valle d'Aosta	6,2%	0,9%	3,4%
Lombardia	3,6%	1,0%	2,2%
Trentino Alto Adige	7,0%	0,8%	3,7%
Veneto	4,2%	0,7%	2,7%
Friuli Venezia Giulia	5,1%	0,3%	1,9%
Liguria	5,6%	1,5%	2,8%
Emilia Romagna	3,4%	1,0%	2,7%
Toscana	5,4%	1,2%	2,4%
Umbria	8,8%	1,4%	4,0%
Marche	7,4%	0,5%	3,9%
Lazio	7,9%	0,9%	2,5%
Abruzzo	16,1%	1,5%	4,4%
Molise	21,4%	2,3%	8,0%
Campania	24,7%	1,4%	6,2%
Puglia	25,1%	2,3%	7,3%
Basilicata	27,6%	1,8%	9,7%
Calabria	24,3%	2,6%	10,2%
Sicilia	29,6%	2,4%	9,2%
Sardegna	15,1%	1,9%	5,6%
Italia	11,5%	1,3%	4,2%

Fonte: Elaborazione Ceis Sanità su dati ISTAT

che le tariffe fossero definite per singola tipologia di struttura, tenendo conto di fattori aggiuntivi, quali ad esempio la complessità clinica.

Tra le criticità spiccano poi quelle legate alla struttura dell'assetto produttivo: ad esempio, piante organiche squilibrate sembrano rappresentare elementi fortemente critici per l'efficienza delle strutture.

Attualmente, spiegano i ricercatori, i sistemi di finanziamento regionale suppliscono ai limiti propri del sistema di tariffazione riconoscendo finanziamenti aggiuntivi per funzione, o semplicemente ad hoc. Il rischio? Che prevalga la logica del finanziamento a piè di lista (o storico), vanificando le proprietà del sistema di pagamento prospettico in termini di incentivazione dell'efficienza del settore ospedaliero. E ancora, dall'esame dei dati letti congiuntamente ad una analisi effettuata sui finanziamenti medi per punto Drg corrisposti alle

Composizione del consumo sanitario out of pocket per quintili di consumo standardizzato - Famiglie impoverite - Italia 2004		
Quintili di consumo standardizzato	1	2
Ospedale	0,1%	2,1%
Specialistica	16,5%	15,9%
Dentista	9,2%	26,9%
Analisi	6,9%	6,9%
Apparecchi	7,6%	5,9%
Termali	0,0%	0,3%
Farmacia	54,4%	25,0%
Disabilità e serv. Ausiliari	3,0%	15,1%

Fonte: Elaborazione Ceis Sanità su dati ISTAT

case di cura private sono emersi anche rilevanti problemi di interpretazione sul ruolo di committenza svolto dalle Asl. Si assiste da un gap di costo per i Ssr, dell'ordine del 50%, a favore dell'uso dei servizi in convenzione/accreditamento rispetto a quello dell'uso dei servizi diretti. Differenze che, per i ricercatori, non si giu-

stificano neanche nelle sole funzioni assistenziali specifiche di cui si fanno carico le aziende pubbliche, quali l'emergenza. Sarebbe meglio, suggeriscono, indagare sulle differenti capacità di approvvigionamento dei fattori produttivi, in primo luogo del personale.

Tirando le somme, per il Ceis Sanità occorre trovare nuovi strumenti di governo che premino le Aziende virtuose e/o penalizzino quelle con performance peggiori, tenendo conto che l'analisi della spesa ha significato solo se associata all'analisi della qualità di quello che si ottiene, in primo luogo degli "outcome" clinici.

OLTRE UN MILIONE DI FAMIGLIE STRETTE NELLA MORSA DELLA SPESA OUT OF POCKET

Anche questa quarta edizione del Rapporto scatta una fotografia della distribuzione degli oneri sanitari tra la popolazione, mettendo in evidenza l'incidenza sui bilanci familiari delle spese effettuate al di fuori della copertura del Ssn.

Secondo i ricercatori del Ceis Sanità, a tutt'oggi permane uno "zoccolo duro" di iniquità sociale rappresentato da famiglie in difficoltà economiche per far fronte alle spese sanitarie. In termini assoluti si tratta di un fenomeno ragguardevole, che coinvolge complessivamente oltre 1 milione e 200mila nuclei familiari. Di questi oltre 295 mila, pari all'1,3% della popolazione, sono addirittura scesi sotto la soglia della povertà per fronteggiare di tasca propria i costi sanitari non coperti dal Ssn, mentre ben 967 mila (4,2 % degli italiani) hanno dovuto affrontare spese "catastrofiche".

E l'età avanzata è un catalizzatore potente della fragilità socio-economica: un anziano in casa, non in buona salute, aumenta, del 50% la probabilità di un impoverimento causato da spese sanitarie "out of pocket". Non solo, una notevole quota delle famiglie impoverite è composta da anziani soli o coppie di anziani senza figli (45,6%). Mentre la grande maggioranza delle famiglie soggette ad impoverimento (circa il 65,3%) conta almeno un membro anziano.

Le aree assistenziali che più contribuiscono a mettere in ginocchio la famiglia sono la farmaceutica e la specialistica, ma anche l'odontoiatria e la long term care, almeno per le famiglie che "possono permettersela".

In particolare, rilevano i ricercatori, dai dati relativi alla farmaceutica e alla specialistica è possibile desumere che l'attuale regime di compartecipazioni/esenzioni non sia ben tarato: quindi l'adozione di ticket in cifra fissa sulle ricette della specialistica è in larga parte responsabile dell'impoverimento nelle fasce più povere della popolazione. Anche l'unica soglia di esenzione intorno a 36mila euro annui, crea disparità fra chi è di poco sopra o sotto tale soglia.

Il nostro Paese, inoltre, deve fare i conti con una differente distribuzione, sul territorio nazionale, dell'impoverimento e della catastoficità delle spese. A livello regionale si registrano, infatti, differenze significative spiegate, solo in parte, dai differenziali endemici di livello socio-economico. La distribuzione dei poveri è perciò molto difforme: si va dal 3,4% dell'Emilia Romagna, fino al 29,6% della Sicilia.

La palma della Regione con la minor presenza di "impoveriti" va al Friuli Venezia Giulia con solo lo 0,3%. Fanalino di coda è la Calabria dove la percentuale è del 2,6%.

A questo proposito il Rapporto rileva che la Regione più virtuosa e quella che lo è meno, non coincidono con quelle in cui si registra la minore o maggiore presenza di povertà assoluta, a dimostrazione che l'impoverimento dipende in modo rilevante dalle scelte di politica economica sanitaria. E non è casuale che, anche nella classifica regionale delle famiglie con spese catastrofiche, la minor incidenza si registri nuovamente in Friuli Venezia Giulia (1,9%), e la maggiore in Calabria (10,2%).

Rischio e assicurazioni: cosa succede in Europa

Una sintesi dello studio, curato da Laura Pelliccia in occasione del primo Forum Risk Management che prende in esame i modelli di gestione assicurativi in sanità vigenti in sette paesi europei

FRANCIA: UN SISTEMA DIFFERENZIATO L'assicurazione delle aziende

Tutti gli operatori sanitari francesi devono essere obbligatoriamente assicurati. La principale compagnia assicurativa è la Sham, gestita in forma mutualistica, con gli ospedali e le altre aziende sanitarie come soci. Il costo della polizza varia con la frequenza dei sinistri e nel periodo coperto dalla polizza il premio sale solo per le variazioni consistenti dell'indice di sinistrosità. Esiste inoltre una correzione del premio individuale in funzione delle misure di contenimento dei rischi attivate che vengono constatate per mezzo di ispezioni.

Le forme di risarcimento

L'originalità del modello risiede nel prevedere al suo interno diversi sistemi di attribuzione della responsabilità cui corrispondono specifici percorsi giuridici. Dal 2002 è prevista l'assicurazione obbligatoria per responsabilità professionale per tutte le strutture pubbliche e private. Nel 2004 è stato costituito un ente, l'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et infections nosocomiales), che ha come compito la gestione del contenzioso a carico del fondo pubblico. Per quanto riguarda la compensazione esistono diverse condizioni:

- per danni di particolare gravità, ovvero quelli che comportano un'invalidità superiore o uguale al 25%, l'invalidità al lavoro oltre i sei mesi, la definitiva perdita di capacità di svolgere la precedente professione lavorativa, è prevista la compensazione del paziente senza la necessità di provare la colpa del medico. Lo Stato si assume la responsabilità di indennizzare il cittadino, a condizione che egli abbia subito un danno direttamente imputabile ad atti di prevenzione o cura e che questi danni siano conseguenze anomale rispetto al suo stato di salute e rispetto all'evoluzione che si poteva prevedere. Per avere diritto all'indennizzo il cittadino deve rivolgersi alle Crci (Commissions régionales de conciliation et d'indemnisation), commissioni di esperti che giudicano l'operato sulla base di conoscenze scientifiche e standard professionali e che, una volta accertata l'esistenza delle condizioni richieste, inoltrano la richiesta all'Oniam, che diventa responsabile, al pari delle assicurazioni, e liquida il paziente entro gli stessi termini previsti per i casi di colpa. L'Oniam inoltre indennizza i pazienti per i danni più gravi da infezioni ospedaliere (invalidità permanente superiore al 25% o la morte), per le vaccinazioni obbligatorie, per la contrazione dell'Hiv per trasfusione e per i danni causati dal persona-

le sanitario al di fuori della propria abituale attività.

- per il risarcimento di danni meno gravi, c'è bisogno dell'accertamento della colpa del professionista negli atti di diagnosi e cura, inclusa la mancanza di informazione al paziente dei rischi connessi all'atto medico. Il cittadino può rivolgersi alle Crci che tenteranno di risolvere il conflitto per via conciliativa. Riconosciuto che si è trattato di un danno dovuto a colpa, questo viene comunicato all'assicuratore della struttura in questione che dovrà fare una proposta economica alla vittima. Il risarcimento dovrà avvenire entro un mese dall'accettazione della proposta da parte del paziente. Nel momento in cui il paziente non accettasse la proposta può comunque ricorrere a giudizio.

GRAN BRETAGNA: SPAZIO ALLE AUTHORITY PUBBLICHE L'assicurazione delle aziende

In Gran Bretagna le aziende sanitarie sono assicurate aderendo ad un programma pubblico denominato "Clinical Negligence Scheme for Trusts" (Cnst) che raccoglie tutti i casi di incidenti occorsi dopo il 1995 ed è gestito dal Nhsla che si occupa sia dell'aspetto legale, sia di quello amministrativo. L'adesione al Cnst è volontaria ma, di fatto, vi aderiscono tutti i Trusts ed i Primary Care Trusts.

Il programma assicurativo si fonda sulle contribuzioni dei membri, stabilite in anticipo ogni anno, secondo valutazioni attuariali, sulla base della spesa complessivamente prevista dal programma per l'anno successivo per i casi di contenzioso che si concluderanno. Questo meccanismo non prevede l'accumulazione di riserve e sembrerebbe essere stato concepito per fare in modo che le aziende non distolgano risorse da destinare all'assistenza sanitaria in riserve.

La copertura è garantita in base ad un criterio di tipo *claim paid* ovvero l'assicurazione paga se il membro risulta continuativamente iscritto tra la data dell'incidente e quella della condanna al risarcimento. Dopo il 2002 vengono inoltre rimossi tutti i meccanismi di franchigia, con l'obiettivo di garantire uniformità nella gestione del contenzioso e alleggerimento dagli oneri di gestione nei casi minori.

All'interno del Cnst ciascuna azienda paga sulla base di un sistema che cerca di perseguire l'equità del premio: i contributi sono determinati utilizzando fattori correttivi che tengono conto del livello di rischio del singolo soggetto assicurato. Questo processo si fonda sulla determinazione del livello di rischio relativo della singola azienda, rispetto al totale delle aziende appartenenti al pool; per individuare il livello di rischio aziendale si utilizza come parametro

la numerosità dello staff, anche se non tutti i dipendenti siano considerati con lo stesso peso. Infatti, le varie specialità cliniche sono collocate in cinque categorie di rischio (basso, medio, alto, molto alto e ostetricia; esiste inoltre un'apposita categoria per gli psichiatri) e a ciascuna categoria è attribuito un peso differente. Il livello di rischio aziendale è determinato come media ponderata del numero di dipendenti di ciascuna categoria, pesata per il relativo rischio. Perciò il rapporto tra il livello di rischio aziendale e la somma dei livelli di rischio di tutti i membri del Cnst determina la quota dei costi che deve sostenere il Trust. Il premio annuo è ottenuto moltiplicando questo rapporto per i risarcimenti attesi per quell'esercizio. Ci sono altri due meccanismi di taratura del premio che tengono conto della litigiosità pregressa e dell'impegno sulla prevenzione.

Le forme di risarcimento

Il sistema giuridico inglese si basa sulla "Common Law" e il modello risarcitorio, sostanzialmente di tipo *tort*, si fonda sulla dimostrazione della colpa del medico e del personale sanitario.

Nel 1995 è stata creata la National Health System Litigation Authority (Nhsla), un'autorità incaricata di affrontare il contenzioso pubblico in modo centralizzato, attraverso un gruppo di avvocati specializzati e ciò ha fatto in modo di aumentare il potere contrattuale del Nhs e di contenere l'incidenza dei costi legali. Le pratiche di mediazione messe in atto dal Nhs hanno ridotto al 43% le denunce per negligenze cliniche risolte in tribunale. Attualmente il 97,5% dei casi è gestito con negoziazioni dirette. È prevista anche la possibilità di un sostegno legale per i meno abbienti, che dati i costi non potrebbero ricorrere a giudizio. Infine, all'interno del Nhs esiste un sistema di tipo no-fault che riguarda nello specifico il settore delle vaccinazioni: in caso di gravi danni fisici o mentali è riconosciuto un indennizzo pari a 100.000 sterline.

Nel sistema giuridico inglese vengono riconosciuti i costi derivanti da:

- dolore e sofferenza
- mancato guadagno passato e futuro dovuto alla perdita di abilità
- costi sostenuti nell'assistenza in passato e futuro che incidono all'85% sulla spesa.

Nella valutazione del risarcimento non si tiene conto dei benefici che il paziente riceve dal sistema di sicurezza sociale e dal Nhs: i giudici possono prevedere una compensazione sottoforma di rendita su cui incidono fortemente i costi legali e, soprattutto, quelli sostenuti dai pazienti. Nel 2004/2005, rispetto al volume complessivamente risarcito dalla Nhsla - 429 milioni di sterline - i costi dell'accusa hanno pesato al 19,81%; quelli della difesa per il 13,76%; nel 65% dei contenziosi sotto le 50mila sterline i conti legali eccedono quelli dei danni; l'attesa media per la soluzione delle controversie supera i cinque anni.

SCOZIA: UN NETWORK CONTRO GLI ERRORI L'assicurazione delle aziende

Perno del sistema è il Cnoris (Clinical Negligence and Other Risks Indemnity Scheme), programma non profit per coprire il rischio clinico ed altri rischi aziendali, per finanziare il costo del contenzioso e per realizzare un pooling dei rischi tra i suoi membri. A questo programma sono iscritte obbligatoriamente tutte le aziende del Nhs Scotland (Trusts, Health boards e special Health boards).

I danni risarciti dal Cnoris sono quelli causati a terzi di cui le aziende sanitarie pubbliche sono responsabili; sono inclusi anche i danni provocati da volontari e da specializ-

AD AREZZO IL PRIMO FORUM SUL RISK MANAGEMENT IN SANITÀ

I dati che pubblichiamo in questa pagina sono tratti dal documento preparatorio del primo Forum Risk Management di Arezzo, promosso dal ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità e organizzato da Gutenberg-Sicurezza in sanità, la società di servizi specializzata in questo settore diretta da Vasco Giannotti, presidente Gutenberg - sicurezza in sanità. Un appuntamento con molti ospiti provenienti da tutta Europa, per affrontare un tema delicatissimo come quello del risk management confrontando le diverse strate-

gie già attuate nei Paesi europei. L'incontro, durato quattro giorni, è stata un'occasione davvero importante per fare il punto sullo stato delle azioni messe in campo a livello europeo per rafforzare i sistemi di sicurezza a vantaggio dei pazienti e dell'intero sistema sanitario. Il ministro della Salute Livia Turco, intervenuta alla conclusione dell'incontro di Arezzo, ha annunciato di aver appena siglato un decreto che rafforza e riorganizza il Centro di riferimento nazionale sulla sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico. "La fortissi-

ma partecipazione di operatori e amministratori - ha sottolineato la ministra intervenendo al Forum - dimostra quanto l'argomento sia sentito da tutte le professioni sanitarie. E questo è un buon segnale. Vuol dire che in tutti c'è la volontà di migliorare la qualità del sistema sanitario". E su questo argomento il ministero della Salute ha già prodotto un glossario sul rischio clinico, disponibile sul sito ministeriale, e si appresta a mettere a punto un testo di riferimento da diffondere tra tutti i professionisti della sanità, anche attraverso corsi Ecm.

zandi. Il programma rimborsa anche quei danni causati dalle aziende che eccedono una franchigia scelta dal membro stesso tra tre valori alternativi e tra tutte le eventuali spese, comprese quelle legali.

Il programma è finanziato con un metodo di tipo "pay as you go" perciò si ricerca l'equivalenza premi-rimborsi in ogni esercizio: l'onere per le aziende è ripartito in base al rischio relativo valutato per ogni membro. Influenzano il livello di contributi a carico dei singoli membri anche la franchigia prescelta e la sinistrosità pregressa. Questo programma non offre alle aziende soltanto soluzioni di tipo assicurativo, ma sviluppa un network che promuove iniziative formative e stimoli all'adozione di misure di prevenzione degli errori.

Gli sconti scattano in relazione al fatto che l'azienda abbia raggiunto determinati standard di risk management: dal 2005 il network anti-errori del servizio sanitario scozzese (il Quality improvement Scotland), ha acquistato la licenza per gli standard di risk management Australia/New Zealand, i più riconosciuti a livello internazionale.

Le forme di risarcimento

Il sistema giuridico è molto simile a quello della Gran Bretagna, soprattutto per quello che riguarda la questione degli incidenti in sanità dove è prevista una responsabilità aziendale piuttosto che individuale. Le aziende non possono rivalersi sul medico, salvo che egli si rifiuti di collaborare con il servizio sanitario nazionale per difendere l'azienda.

Il risarcimento può avvenire soltanto dopo la dimostrazione che il personale ha agito con negligenza, intesa come violazione del dovere di assistenza o come mancato raggiungimento degli standard professionali.

SVEZIA: SEPARARE LA RESPONSABILITÀ DEGLI OPERATORI DAI RISARCIMENTI Le forme di risarcimento

La Svezia, negli ultimi decenni, ha dato vita ad un originale modello di compensazione dei pazienti dove, accanto al tradizionale sistema basato sulla negligenza e sul ricorso ai tribunali, c'è la possibilità di accedere a procedure amministrative che risarciscono i pazienti secondo criteri alternativi, non più basati sulla colpa o sull'errore. Questi diritti sono nati con il Patient Injury Act (Pia) del 1997. La Svezia ha assistito a un forte processo di decentramento nella gestione della sanità, di cui oggi sono responsabili le regioni che si adoperano per dare pubblicità e comunicare ai pazienti i propri diritti alla compensazione.

Il paziente inoltra la richiesta di indennizzo direttamente alla compagnia con la quale è assicurata l'azienda e la compagnia, attraverso la consulenza di una commissione medica, stabilisce l'esito dell'istanza. Se il paziente è insoddisfatto può accedere ad un ulteriore appello gratuito.

La singolarità di questo meccanismo di compensazione sta nel fatto che il personale responsabile dell'accaduto non sopporta alcuna conseguenza economica o giuridica per quanto occorso.

Il presupposto per avere l'indennizzo è la dimostrazione da parte del paziente di una relazione di causalità tra assistenza sanitaria ricevuta e i danni riportati (la probabilità di tale nesso deve essere superiore al 50%). Ma non basta. Bisogna dimostrare anche che il danno ricevuto era evitabile. Da qui la differenza rispetto ai sistemi no-fault, quelli che risarciscono soltanto sulla base del nesso di causalità. La specificità della Svezia è quella di poter contare su un forte sistema di welfare che, in caso di inabilità temporanea o permanente, offre importanti benefit (ad es. l'80% del salario in caso di malattia).

Occorre inoltre sottolineare che dopo l'istituzione del Pia,

l'attività dei tribunali per denunce per negligenze si è quasi azzerata mentre il Pia riceve circa 9.000 denunce all'anno. Il sistema sembrerebbe aver portato ad una considerevole riduzione del contenzioso.

L'ASSICURAZIONE DELLE AZIENDE

Con l'emanazione del Pia si è passati da una copertura assicurativa volontaria ad un'obbligatoria, dove tutti gli erogatori di servizi sanitari devono fornirsi di una copertura assicurativa relativa ai danni provocati dalla responsabilità professionale.

Ogni azienda è libera di scegliere la compagnia assicuratrice, purché la polizza copra la casistica prevista dal Pia. Le varie assicurazioni formano la Patient Insurance Association, che risarcisce anche i pazienti danneggiati da aziende non assicurate. Le contee, principali produttori di assistenza sanitaria, sono assicurate da una compagnia mutualistica di cui esse stesse sono membri, denominata Lof. Il Lof si finanzia raccogliendo contributi proporzionali al numero di assistiti (abitanti della regione). Il principio su cui si basa è l'eguaglianza tra prezzo e costo dei rimborsi.

DANIMARCA: UN ORGANISMO COMUNE TRA OSPEDALI E ASSICURAZIONI L'assicurazione nelle aziende

In Danimarca si è imposto alle aziende sanitarie di assicurarsi, ma lasciando la possibilità di scegliere un'autoassicurazione.

Le forme di risarcimento

La Danimarca era caratterizzata storicamente dal classico meccanismo di tipo tort, dove la responsabilità per gli errori ricade sull'azienda e non sull'individuo, ma dal 1992, con il Danish Patient Injury Act (Dpia), le regole per la gestione del rischio sono totalmente rinnovate. Attualmente le vittime dei danni possono ottenere un risarcimento rivolgendosi direttamente e senza l'ausilio degli avvocati, alla Patient Insurance Association, l'organo formato dalle assicurazioni e dagli ospedali stessi.

Le regole del Dpia si applicavano, fino al 2003, soltanto agli ospedali pubblici, ma dal 2004 sono state estese a tutti i professionisti autorizzati ad esercitare.

Il diritto all'indennizzo scatta quando il danno era evitabile (standard professionali scadenti, mancata adozione di un trattamento/metodo alternativo, malfunzionamento di strumentazioni).

Oltre ai danni evitabili, la Danimarca prevede un indennizzo per danni inevitabili, cioè quei danni a pazienti che hanno riportato dall'assistenza medica lesioni particolarmente gravi o rare. Nei primi anni di vigenza del Dpia si risarcivano solo i danni fisici e non quelli psicologici ma dal 2004 i danni emozionali sono presi in considerazione. In ogni caso sono previsti tetti massimi all'ammontare risarcibile (non vengono indennizzati i danni minimali, cioè al di sotto delle 10.000 corone, circa 140 euro).

FINLANDIA: I TRIBUNALI SOLO IN CASI ESTREMI L'assicurazione delle aziende

Tutti i fornitori di servizi sanitari sono obbligati ad avere un'assicurazione che copra gli eventi ritenuti possibile og-

I SISTEMI DI RISARCIMENTO

I modelli esistenti in Europa, possono essere riassunti così:

- **Tort:** il diritto al risarcimento si fonda sulla dimostrazione della colpa del medico, generalmente attraverso i tribunali;

- **No-blame:** è sempre necessario dimostrare che il danno era evitabile, ma lo Stato predispone procedure amministrative per snellire l'accesso alla compensazione;

- **Sistema misto:** è in uso in Francia, dove coesistono un sistema basato sulla colpa e una nuova forma di compensazione, fondata sulla pura causalità, in cui i pazienti sono risarciti con fondi pubblici.

getto di compensazione. La scelta della compagnia assicurativa è libera, anche se di fatto tutti i soggetti pubblici hanno formato un pool, il Patient Insurance Pool. La violazione del dovere di assicurarsi comporta sanzioni molto elevate da versare al Patient Insurance Centre che è anche il soggetto che gestisce il programma assicurativo delle aziende pubbliche.

Il premio pagato dagli erogatori di servizi sanitari dipende dal numero di casi trattati ed esiste una differenziazione dei premi sulla base dei rischi connesso alle singole operazioni.

LE FORME DI RISARCIMENTO

La Finlandia ha attivato dal 1999 un tipo di indennizzo, il Patient Insurance Scheme, molto simile a quello svedese. Perciò da quel momento i pa-

zienti hanno potuto chiedere un risarcimento, direttamente e senza costi legali, al Patient Insurance Centre, che svolge la funzione di ombudsmen.

Se non soddisfatti, i pazienti possono ricorrere a un secondo appello ad un organo governativo o ricorrere al tradizionale sistema giudiziario. Anche il sistema norvegese opera una distinzione tra danni che potevano essere evitati e quelli inevitabili. Solo i primi vengono risarciti e la valutazione si fonda sul confronto con quello che, nelle stesse condizioni, avrebbe saputo fare uno specialista esperto.

GERMANIA: LA COLPA DEVE ESSERE DIMOSTRATA L'assicurazione delle aziende

Non esiste un obbligo di assicurazione per gli ospedali, ma, di fatto, tutti si dotano di una polizza per i rischi derivanti dalle negligenze cliniche, così come è assicurata la quasi totalità dei professionisti. L'assicurazione per danni a terzi è infine obbligatoria per alcuni operatori specifici come le aziende che conducono trials clinici e le aziende farmaceutiche.

LE FORME DI RISARCIMENTO

Non esiste una legislazione specifica per gli incidenti da malpractice e, le regole del contenzioso vanno ricercate nei principi del diritto civile. Il sistema tedesco è essenzialmente di tipo tort ovvero, perché il paziente abbia diritto al risarcimento, è necessario dimostrare la negligenza del medico. Nel modello tedesco la responsabilità può essere di tipo contrattuale ed extra contrattuale; nel caso dell'assistenza ospedaliera la controparte del contratto è l'ospedale; negli altri casi il soggetto contrattuale è il singolo medico. Esiste comunque una responsabilità di tipo aziendale che permette ai medici di rivalersi sull'azienda per i danni che essi sono condannati a risarcire, specialmente quando il danno dipende solo in parte minima dal comportamento del personale.

In caso di responsabilità contrattuale è necessario che il paziente dimostri:

- che ci sia stata una violazione degli obblighi contrattuali;
- che esista un nesso causale tra intervento e i danni fisici riportati dal paziente;
- che ci sia una colpa dell'accusato.

Alcuni programmi settoriali prevedono un indennizzo al paziente secondo criteri più ampi, cioè tramite la semplice dimostrazione della causalità tra l'azione medica e il danno subito, senza che sia necessario provare la negligenza. Si tratta delle regole di compensazione per i pregiudizi provocati dall'applicazione di sostanze radioattive; i danni provocati dalle sperimentazioni cliniche; la responsabilità dei produttori di beni sanitari; la responsabilità dei produttori di medicinali; i danni relativi all'ingegneria genetica; le disabilità sui bambini causate dalla somministrazione alle madri in gravidanza del Thalidomide; coloro che hanno contratto il virus dell'Hiv tramite prodotti ematici.

Negli ultimi due casi interviene anche lo Stato nell'indennizzo con fondi pubblici.

Pagine a cura di Alessia Romano

I MODELLI ASSICURATIVI

Assicurazione per danni a terzi:

forma classica di assicurazione attraverso la scelta di assicuratori specializzati ai quali viene fatto correttamente conoscere il rischio cui sono esposte le strutture sanitarie. I premi assicurativi sono in genere di valore rilevante e possono essere calmierati da azioni di risk-management

in grado di prevenire i danni stessi.

Assicurazione dei pazienti a proprio favore:

forma assicurativa stipulata in proprio dai pazienti che può però coprire danni di moderata entità con una convenienza relativa rispetto a possibili azioni legali contro i reali responsabili.

Autoassicurazione: accantonamento di fondi per eventuali perdite future legate ad ipotetici risarcimenti; valida su rischi di lieve entità o bassa frequenza per cui si risparmia su un costo sicuro e fisso del premio assicurativo. La validità può essere inficiata dal non aver correttamente individuato l'incidenza o la frequenza dei danni reali.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Corte di cassazione

Sezione Lavoro

Sentenza n. 23549 del 3 novembre 2006

Non si può ottenere giudizialmente l'incarico di direttore di struttura complessa

L'incarico di direttore di struttura complessa, tra i candidati dichiarati idonei dalla commissione, è atto negoziale fiduciario; pertanto la scelta stessa non deve essere motivata, trovando il sistema coerenza nella verifica dei risultati e nei provvedimenti conseguenti. Il sindacato giurisdizionale sulla scelta è limitato al controllo di legittimità sull'osservanza delle procedure previste, e cioè che vi sia stata previa pubblicità del posto da ricoprire, che la commissione sia correttamente composta, che vi sia stata la valutazione di idoneità della commissione, e che la scelta sia avvenuta nell'ambito della rosa proposta. Il giudice ordinario non può emettere una pronuncia costitutiva del rapporto di pubblico impiego qualora si tratti di attività discrezionale derivante da un atto di diritto privato a carattere fiduciario. Tali principi sono stati ribaditi dalla Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, con sentenza del novembre scorso.

I fatti

La vicenda che ha originato la pronuncia aveva avuto inizio nel 2001, quando il giu-

dice di primo grado aveva accolto la domanda di un dirigente medico di primo livello (da ora in poi Dott. L.A.), che reclamava l'accertamento del suo diritto al contratto quinquennale di dirigente responsabile dell'U.O. complessa, l'accertamento della illegittimità della delibera che aveva conferito ad un altro dirigente (da ora in poi Dott. E.U.) l'incarico e la costituzione in capo a se stesso del rapporto di lavoro. Il giudice del lavoro aveva inoltre annullato la delibera e dichiarato il diritto del ricorrente al conferimento dell'incarico preteso, condannando alle spese l'Azienda e l'altro dirigente. Ricorsi in appello, la Corte confermava la sentenza impugnata nella parte in cui veniva annullata la delibera di conferimento dell'incarico al Dott. E.U., perché priva di motivazione ma, ritenendo che il giudice ordinario non possa invadere la sfera del datore di lavoro nell'esercizio dei suoi poteri tipici, la riformava nella parte in cui veniva attribuito l'incarico di dirigente di secondo livello in capo al Dott. L.A.

Il giudizio in Cassazione

L'Azienda Ospedaliera ha proposto ricorso principale in Cassazione censurando la sentenza impugnata nella parte in cui la Corte di Appello aveva dichiarato illegittima la delibera di conferimento dell'incarico perché immotivata. In questo modo, sosteneva l'Azienda, deducendo violazione e falsa applicazione dell'articolo 15 del D.Lgs. n.

502 del 1992, la sentenza impugnata avrebbe ricondotto la selezione nell'ambito di una procedura concorsuale.

Motivi infondati, afferma la Corte di Cassazione. La dirigenza sanitaria è disciplinata, come il pubblico impiego privatizzato, dal D.Lgs. 29 del 1993 (e successive modificazioni), salvo quanto previsto dalle disposizioni speciali in materia dettate dal D.Lgs. 502 del 1992, che in effetti non hanno comportato una disciplina derogatoria al principio fondamentale della privatizzazione. L'articolo 15 ter della 502 dispone che l'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal Direttore Generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da apposita commissione (la cui composizione e la relativa procedura di accertamento dell'idoneità sono disciplinate dal DPR 484 del 1997). Pertanto il conferimento dell'incarico va ricondotto giuridicamente nell'ambito degli atti negoziali e non ha natura di procedura concorsuale. La commissione si limita alla verifica dei requisiti di idoneità dei candidati alla copertura dell'incarico, in esito ad un colloquio ed alla valutazione dei "curricula", senza attribuire punteggi e senza formare una graduatoria, né istituire altro tipo di comparazione, ma semplicemente predisponendo un elenco di candidati, tutti idonei perché in possesso dei requisiti di professionalità previsti dalla legge e delle ca-

pacità manageriali richieste in relazione alla natura dell'incarico da conferire. La pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'avviso assolve esclusivamente alla funzione di ampliare il campo dei soggetti tra i quali il Direttore Generale deve operare la scelta. Pertanto l'incarico viene conferito sulla base di una scelta di carattere essenzialmente fiduciario. Esso ha dunque natura negoziale di diritto privato dal cui sistema è estraneo l'obbligo di motivazione. Tuttavia, l'amministrazione, con proprio atto (ad esempio una circolare come nel caso di specie) può imporre un obbligo di motivazione, ma anche in questo caso il sindacato giurisdizionale deve essere esteso alla motivazione limitatamente all'osservanza dei criteri di correttezza e buona fede (nella fattispecie la scelta era immotivata e per questo il giudice di appello ne aveva dichiarata la illegittimità). Tuttavia le conseguenze di tale illegittimità non sono quelle pretese dal Dott. L.A. con il suo ricorso incidentale (vale a dire costituzione in capo a se stesso dell'incarico), perché se è pur vero che il giudice ordinario ha potere di emettere pronunce costitutive del rapporto di pubblico impiego, ciò vale esclusivamente nel caso in cui si tratti di attività vincolata e non discrezionale (come nel caso di specie di "scelta fiduciaria"). Pertanto il ricorso dell'azienda e i relativi ricorsi incidentali sono stati rigettati.

a cura di Paola Carnevale

segue dalla prima

L'AGENDA CHE VERRÀ

nuova organizzazione della formazione continua che non si riduca ad un triste puntificio, per di più gestito da un apparato costoso e burocratico. Da una organizzazione della libera professione, in tutte le sue forme, che garantisca in modo definitivo e trasparente l'esercizio di un diritto di medici e pazienti, ad una gestione delle aziende sanitarie che valorizzi, secondo criteri espliciti e verificabili, la competenza professionale e gestionale, piuttosto che l'appartenenza e il servilismo.

Condizioni della categoria: stiamo invecchiando, e anche chi non lo è si sente già stanco. Due cause contribuiscono più del passare del tempo a questa critica situazione: non è più accettabile che giovani laureati vengano tenuti in ostaggio per molti anni dall'Università e rilasciati dopo il pagamento di un onerosissimo riscatto fatto di lavoro gratuito e di bassa qualità. La conseguenza è sotto gli occhi di tutti: l'ingresso in ospedale di medici di 35 anni o più, non ancora autonomi sul piano professionale ma già consapevoli di avere davanti una carriera breve e incerta, e nessun futuro previdenziale. L'abolizione del requisito della specialità per poter concorrere ai ruoli del Ssn è un obiettivo che dobbiamo porci con lucida fermezza.

La seconda causa riguarda l'estremo opposto del percorso professionale e lavorativo. L'organizzazione del lavoro ospedaliero non tiene alcun conto del cambiamento, già molto evidente, della composizione anagrafica della categoria: garantire modalità organizzative che permettano cambiamenti di mansione e ruolo, anche al di fuori dello stretto perimetro ospedaliero, a chi ha elevata anzianità e competenza significa garantire prima di tutto una buona organizzazione dei servizi, piuttosto che personali aspirazioni.

Lavorare per avere condizioni di maggior flessibilità in entrata e in uscita, combattere il precariato fatto di vero sfrut-

tamento e finti contratti da libero professionista, occuparsi con attenzione del futuro previdenziale della categoria, sia per la parte obbligatoria che per quella integrativa: queste le ineludibili questioni da affrontare per dare maggior serenità e prospettiva ad una categoria fatta da più di 100.000 alte professionalità della dirigenza pubblica.

Futuro del Ssn: intanto possiamo rallegrarci che ci sia un futuro.

L'azione sindacale degli ultimi anni, quella dell'Anaaio in modo particolare, è stata molto rivolta a preservare un futuro possibile per il servizio sanitario nazionale, messo in forse dal sommarsi dei rischi del sottofinanziamento e della eccessiva frammentazione.

I risultati del referendum e l'impegno di finanziamento triennale definito nella legge finanziaria definiscono un percorso futuro che non sarà sicuramente facile, ma che almeno non è incerto nella scelta di fondo: un sistema sanitario nazionale e pubblico.

Molte questioni ancora aperte continueranno però a richiedere attenzione e impegno.

L'unicità del sistema continua ad essere negata da differenze regionali troppo ampie e a volte scandalose; le inefficienze gestionali, le troppo distanti possibilità di accesso ai servizi, gli eccessi di autonomia e autoreferenzialità irresponsabile devono essere ricondotti all'interno di una cornice nazionale più solida e unitaria. La scelta referendaria fatta dai cittadini italiani non può significare solo uno stop al rischio di una maggiore frammentazione, ma è anche, e soprattutto, una richiesta chiara di maggiore governo nazionale per garantire a tutti un fondamentale diritto di cittadinanza quale è avere cure di qualità senza differenze di residenza.

Il secondo rischio che permane e anzi si aggrava potremmo chiamarlo della deregulation strisciante. Dalla strategia metastatica dell'università che tende ad estendere le cliniciz-

zazioni al di là di ogni regola e ragionevole necessità di didattica e ricerca, alle sperimentazioni gestionali sempre più fantasiose e sempre meno verificate negli esiti amministrativi e assistenziali, dall'estendersi di Irccs affidati a fondazioni ad un settore privato clientelare che come al solito privatizza gli utili e socializza le perdite.

Tutto concorre ad estendere una pratica di subappalto dei servizi di cura e assistenza a soggetti ed istituzioni che agiscono al di fuori del controllo pubblico, ed ai quali i cittadini non hanno delegato la gestione del servizio sanitario. A questo punto mi sembra che l'agenda sia sufficientemente piena e descriva un percorso a cui l'attualità aggiungerà inevitabilmente i problemi di giornata, che però non cambieranno le coordinate di un'analisi e di una strategia che insieme nella conferenza organizzativa condivideremo.

Restano due notazioni riferite a chi l'agenda la scrive: cioè noi. Dovremo dedicare tempo ed energie all'associazione: dovremo rafforzarci nell'organizzazione e nella formazione dei quadri, dovremo potenziare i servizi agli associati e rendere più puntuale la presenza nelle aziende, dovremo essere più propositivi e visibili per essere all'altezza del ruolo che tutti ci riconoscono.

La seconda riguarda il clima generale e il nostro atteggiamento. È pur vero che ho fatto un lungo elenco di problemi da affrontare e compiti da svolgere, ma tutto questo non ci spaventa e non ci schiaccia, abbiamo consapevolezza delle nostre responsabilità e dobbiamo avere fiducia nella nostra capacità di essere alla guida di tutta la categoria. Avere fiducia e lavorare per un futuro migliore non è uno sterile esercizio di ottimismo della volontà, contrapposto al cinico pessimismo della ragione che prevale sempre tra chi rimpiange e conserva il passato, sapendo di non avere futuro.

Abbiamo grandi compiti e grandi possibilità, il resto sta a noi.

Carlo Lusenti

FISCO & PREVIDENZA

Riduzione in arrivo delle pensioni ai superstiti

Con la legge di riforma previdenziale del 1995, la n. 335, indicata come la "Dini", fu introdotto per i superstiti, titolari di pensione di reversibilità, una disposizione particolarmente restrittiva dell'importo della pensione loro attribuita. Infatti, non contenti di ridurre già al 60% l'importo pensionistico originario del lavoratore deceduto per il trattamento al familiare superstite, per quest'ultimo si prevede un'ulteriore riduzione in relazione all'eventuale proprio reddito.

L'Inpdap provvede di conseguenza, ogni anno, alla rideterminazione dell'importo mensile della pensione, ma allorché l'interessato non abbia segnalato per tempo il proprio reddito, l'istituto previdenziale è obbligato ad adeguare i ratei sulla risultanza delle dichiarazioni precedenti e recuperare i debiti relativi.

Per la determinazione del reddito e della riduzione del trattamento pensionistico l'Inpdap ha utilizzato i redditi delle pensioni dirette Inpdap relativi ad un arco temporale dal 2003 al 2006, risultanti dalla banca dati pensioni integrati dai redditi derivanti da pensioni dirette segnalate al Casellario centrale gestito dall'Inps. Ove si sia riscontrato un debito riguardante tale periodo, sulla rata di dicembre p.v. si provvederà a rideterminare l'importo del trattamento pensionistico ai superstiti, mentre il debito complessivo accertato sarà recuperato, sulla base delle vigenti disposizioni in materia di recupero degli indebiti, a decorrere dalla data di marzo 2007.

Il debito accertato in capo al titolare della pensione ai superstiti (pensione di reversibilità) darà origine ad una trattenuta che sarà pari ad un quinto dell'importo della pensione, comprensiva anche dell'indennità integrativa speciale, se corrisposta come emolumento a sé stante, al netto delle ritenute Irpef e con la rateazione massima di sessanta rate. Nei casi in cui la rateizzazione massima non sia sufficiente ad estinguere totalmente il debito accertato, la sede dell'istituto dovrà provvedere a definire direttamente con l'interessato le modalità per il recupero del debito residuo.

La legge del 1995 prevede, quale condizione di riduzione, eventuali altri redditi che vanno da tre volte a cinque volte l'importo minimo pensionistico Inps: 5.558,54 euro per il 2006.

In pratica la pensione viene decurtata del 25% del suo importo (ridotto già al 60% rispetto alla pensione del titolare) per il possesso di un reddito di tre volte il minimo Inps: circa 16.700 euro l'anno; del 40% per un reddito di quattro volte il minimo Inps: intorno ai 22.000 euro; e di ben il 50% per un reddito di cinque volte il minimo Inps: 27.800 euro. Se si considera che tali redditi sono indicati a lordo delle trattenute fiscali ci si accorge quanto imponente sia la riduzione a cui vanno incontro le pensioni dei superstiti. Superstiti di un titolare di pensione che ha contribuito, nel corso della propria vita lavorativa in forma piena proprio al fine di assicurare, prima a se stesso, e successivamente ai propri cari, un reddito che consenta di vivere dignitosamente.

La riduzione della pensione non si verifica quando il beneficiario faccia parte di un nucleo familiare con figli di minore età, studenti oppure inabili. Tuttavia i limiti reddituali si applicano a carico del coniuge superstite anche quando i contitolari della pensione siano uno o più minori, studenti o inabili figli del solo deceduto e non anche del coniuge superstite, ossia quando contitolari sono la vedova e il figlio o i figli che il deceduto ha avuto non dalla vedova ma da altra donna.

In questo caso l'incomulabilità si ha a tutti gli effetti in quanto la vedova ed i figli non appartengono allo stesso nucleo familiare. Infine ricordiamo che ai fini della cumulabilità dell'assegno ai superstiti vanno valutati i redditi assoggettabili all'Irpef, al netto di eventuali contributi previdenziali e assistenziali, con l'esclusione del reddito della casa di abitazione, dei trattamenti di fine rapporto, comunque denominati e relative anticipazioni, delle competenze arretrate sottoposte a tassazione separata, dei trattamenti pensionistici esenti da Irpef; e (ovviamente!) l'importo della pensione al superstite sul quale dovrà essere effettuata l'eventuale riduzione.

Sono salvi da questa restrittiva norma, che è nostro auspicio possa essere abrogata al più presto, i trattamenti più favorevoli in godimento alla data di entrata in vigore della legge 335/95, cioè prima del 17 agosto 1995, con riassorbimento, però, sui futuri miglioramenti.

Claudio Testuzza

Si ritorna a parlare di attività usuranti

Se è pur vero che di pensioni i sindacati ed il governo hanno stabilito di iniziarne a parlare dai prossimi mesi, intanto da diverse fonti, parlamentari e sindacali, si è iniziato a discutere sull'influenza che potrà avere l'innalzamento dell'età pensionabile in particolare per alcune categorie di lavoratori le cui attività sono, o quantomeno potrebbero essere incluse fra quelle definibili usuranti.

Se la legge che per prima ha introdotto i benefici pensionistici a favore dei lavoratori impegnati in tale tipologia di lavori, e che comprendeva anche il settore sanitario relativo alle attività di pronto soccorso, chirurgia d'urgenza e rianimazione, risale a ben tredici anni addietro (D.Lgs n. 374/93), recependo quanto proposto dalla legge di riforma previdenziale cosiddetta "Amato", nel tempo si sono avute altre disposizioni di legge (335/95, D.M. 19 maggio 1999) ed interventi legislativi, in particolare da leggi finanziarie su questa problematica.

La finanziaria per il 2001 (L. 388/2000) ha confermato la validità dei disposti precedenti ed aveva imposto un termine massimo di 180 giorni affinché fosse emanato un decreto attuativo da parte del ministero del Lavoro e del Tesoro. Ma se quest'atto appariva di particolare importanza perché per la prima volta veniva sottolineata la retroattività del diritto (almeno dal 1993), condizione negata in passato, e anche vero che l'intervento legislativo di allora non ha sanato le lungaggini prodotte nel tempo dai vari livelli di intervento.

Ricordiamo, infatti, che, sin dal 5 aprile del 2000 la Commissione costituita presso il ministero del Lavoro aveva terminato l'istruttoria idonea ad aprire la strada alla contrattazione collettiva a cui è demandato il compito di stabilire i profili professionali a rischio d'usura. Questo essenziale passaggio però non si è ancora compiutamente realizzato, ed al ritardo accumulatosi nel tempo, si aggiunge anche l'incertezza di quali categorie ricomprendere nella dizione di usura.

Poiché, il D.M. del 19 maggio 1999, ha previsto nuovi criteri per tale classificazione appare fondata l'aspettativa di alcune specialità mediche non individuate in passato.

In particolare, data per certa, l'inclusione del personale addetto ai

reparti di rianimazione (D.Lgs. 374/93), non appare altrettanto certa l'inclusione degli addetti ai servizi di anestesia, nonostante che il D.M. preveda di valutare favorevolmente anche coloro che siano soggetti all'esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici. Stesso discorso può riferirsi anche ad altri specialisti medici quali, ad esempio, i radiologi, i radioterapisti, i medici nucleari, i laboratoristi, ecc.

Intanto per alcuni sanitari che ritenevano di aver maturato il diritto e di conseguenza avevano richiesto il pensionamento con i benefici previsti dalla legge, dall'Inpdap, l'istituto previdenziale dei pubblici dipendenti, è stato opposto un semaforo rosso.

Le motivazioni addotte, non possiamo che confermarlo, sono corrette: i benefici non sono ancora attribuibili. Speriamo che l'intervento che le nuove trattative previste in campo previdenziale possano, finalmente, velocizzare i provvedimenti necessari e che vengano così chiarite, nelle sedi opportune, le condizioni di miglior favore e a chi riferirle.

Ricordiamo che secondo l'attuale disposto viene consentito, per coloro che siano stati riconosciuti operanti in attività usuranti e che dovessero andare in pensione con il sistema retributivo, di anticipare, il limite massimo di età pensionabile, di due mesi per ogni anno di occupazione in attività usurante, fino ad un massimo di cinque anni, e l'anzianità contributiva di un anno ogni dieci fino ad un massimo di 24 mesi. Per chi andrà in pensione con il sistema di calcolo contributivo, l'anticipazione potrà realizzarsi, a scelta, attraverso l'anticipazione sino ad un anno dell'età minima prevista (56 anziché 57), oppure con un conteggio che tiene conto di un coefficiente di trasformazione del montante contributivo maggiorato, rispetto all'età effettiva del pensionamento, di un anno ogni sei, in relazione al numero degli anni lavorati "in usura".

Infine una nota positiva: l'elevazione futura dell'età per ottenere la pensione si ritiene non debba coinvolgere i lavoratori impegnati in attività usuranti.

Su questo si sono già pronunciati sia la maggioranza che le organizzazioni sindacali.

Claudio Testuzza

LE AZIENDE SANITARIE TOSCANE E IL MOBBING

Che fine ha fatto il Comitato Paritetico?

di Enrico Reginato*

Il contratto della sanità, recentemente firmato, seppur a tempo scaduto, prevede l'istituzione del Comitato Paritetico sul fenomeno del mobbing.

Le Aziende avevano tempo sessanta giorni dall'entrata in vigore del Contratto, ma tale termine è stato ampiamente disatteso; solo poche aziende sanitarie toscane hanno provveduto.

Eppure dovrebbe essere chiaro alle aziende stesse che il fenomeno non rappresenta solo un danno per chi lo subisce.

Anche ammettendo che il destino professionale e lavorativo del singolo individuo possa essere indifferente ai fini delle strategie aziendali, da molti anni sono stati quantificati i costi economici per le aziende dovuti al mobbing.

Costi che sono riferibili ai costi generali subiti dalle aziende e dal contribuente: Leymann, uno dei primi studiosi del fenomeno del mobbing, ne ha stimato il costo per l'organizzazione, nel 1990, approssimativamente da 30mila a 100mila dollari ogni anno per ogni individuo colpito.

Il "cattivo rapporto tra lavoratore e ambiente" fa perdere all'economia del Regno Unito, secondo uno studio eseguito nel 1998 dall'agenzia governativa Health and Safety Executive, circa 80 milioni di giornate lavorative e 2 miliardi di sterline all'anno.

In Germania il danno causato "dallo stress e dalla paura in ufficio" è valutato in 100 miliardi di marchi (Panse e Stegmann 1998).

Un'indagine della Cbi (Confederation of British Industry) del 2000 ha stimato che il costo globale delle sole assenze dal lavoro, nel 1999, era pari a 9,9 miliardi di sterline, pari a 438 sterline a impiegato (56 sterline al giorno per impiegato). Lo studio suggeriva che i disturbi da stress incidevano per circa il 30% delle assenze per malattia. Ma, la percentuale saliva al 40% se si teneva conto delle condizioni di lavoro prolungato, la mancanza di motivazione, i problemi personali e il basso livello d'impegno personale, raggiungendo quindi un costo di 4,2 miliardi di sterline all'anno (Hoel et al. 2001).

Se questi sono dati che interessano in generale, tutto il mondo del lavoro, un lavoro finlandese del 2000, eseguito su oltre 5000 dipendenti ospedalieri (Kivimäki 2000), ha mostrato che, coloro che sono sottoposti a fenomeni di mobbing avevano un'assenza per malattia superiore del 26% rispetto alla media. Secondo gli stessi ricercatori, inoltre, questi dati sono sottostimati, sono, in ogni modo, superiori ai dati percentuali medi dell'assenteismo da mobbing nei luoghi di lavoro.

Purtroppo non ci sono, attualmente, stime altrettanto dettagliate per la realtà italiana.

È difficile fare una stima dei costi legati al calo di produttività, tuttavia i costi aziendali di un'azienda che permette il mobbing sono molti, e sono legati a:

- elevato turnover; non sono solo i mobbizzati che vengono licenziati o danno le dimissioni (mobbing strategico), ma anche una discreta percentuale di lavoratori che hanno assistito al caso di mobbing e che per paura non sono intervenuti a difesa della vittima, temendo di diventare a loro volta capri espiatori, cerca-

no nuove opportunità di lavoro e una volta trovato un nuovo posto danno le dimissioni;

- assenteismo e congedi malattia;
- diminuzione del tempo di lavoro netto: i mobber passano la maggior parte dell'orario di lavoro a perseguire la vittima ed a pianificare come perseguitarla in futuro. Secondo Casilli, il mobber perde il 15% del proprio tempo al lavoro in vessazioni;
- calo di produttività a lungo termine della vittima (quando non è malata);
- deficit produttivo (aumento degli scarti di lavorazione, maggior numero di errori);
- spese legali per cause civili e/o penali (a seconda della gravità del mobbing);
- danno d'immagine all'azienda (il lavoratore che ha subito mobbing può informare la stampa del suo caso);
- costi per la liquidazione o la buonuscita, oppure per la messa in lista di mobilità (rara nei casi di mobbing);
- costi per rimpiazzare i mobbizzati.

Sul Sole 24 Ore Sanità n. 34 del 2005 è stato pubblicato un interessante articolo relativo ad uno studio scandinavo sul capitale aziendale, in cui si rileva come la quota di capitale intangibile, nelle aziende sanitarie, sia pari a circa l'85%.

Lo studio è stato applicato alla realtà dell'Azienda Sanitaria di Modena, laddove, a fronte di un capitale tangibile di 110 milioni di Euro, il capitale intangibile è stato calcolato essere di 566 milioni di Euro.

Il capitale intangibile è costituito dal capitale umano, dal capitale organizzativo, e dal capitale relazionale. Come si vede, un basso livello di questi aspetti provoca un vulnus al capitale aziendale da cui i vertici dovrebbero guardarsi attentamente.

È importante sottolineare che nel mondo lavorativo ospedaliero il mobbing, con le sue caratteristiche persecutorie e i danni biologici che ne derivano (non più del 20% dei mobbizzati sviluppa malattia da stress lavorativo) rappresenta un fenomeno, seppur diffuso, trascurabile se confrontato al più ampio fenomeno del demansionamento, ed anche, e soprattutto, di questo fenomeno si dovrebbe occupare il Comitato Paritetico, nell'interesse dell'Azienda e del servizio.

Dinamiche interpersonali e ricerca di spazi di carriera, non disgiunte da regole e comportamenti arcaici dell'organizzazione del lavoro, favoriscono il fenomeno in modo tale da impedire un corretto sviluppo lavorativo, che danneggia, oltre che l'interessato, anche le aziende nelle quali certi metodi sono attuati, nonché, nel caso di servizi di carattere sociale, sulla società stessa.

Lo svolgimento dell'attività lavorativa per cui si è stati assunti è garantito dai principi costituzionali, del codice civile e dai principi comunitari; la giurisprudenza corrente considera l'attività lavorativa come "incidente sul valore uomo in tutta la sua dimensione, che non si esaurisce nell'attitudine di produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali riguardante il soggetto nel suo ambiente di vita ed aventi rilevanza non solo economica ma anche sociale, culturale, biologica ed estetica" (Cass. Civile, Cassazione Sez. Lavoro 24 Gennaio 1990, n. 411).

Tutte le norme, quindi, sostengono la funzione sociale del lavoro, e la comunità ha interesse nella correttezza del suo svolgimento.

I ruoli all'interno delle strutture ospedaliere, nonostante le più recenti normative, come quelle del ruolo della dirigenza, evoluta verso un livello unico, continuano ad andare in una specie di deriva che mantiene, spesso, intatti i rapporti gerarchici di vecchio stampo.

C'è un atteggiamento molto conservatore, condiviso da amministratori, cittadini e molti dirigenti di strutture complesse, che identifica nel "primario" l'unico componente della struttura cui sia richiesto il "saper fare" necessario al funzionamento, e non è motivo di allarme il fatto che ai collaboratori, talvolta, non venga consentito un completo progresso nel loro "saper fare".

Eppure, nell'ambito di un'aziendalizzazione del Ssn, è piuttosto anomalo che attività strategiche per la struttura vengano fatte ruotare attorno ad un singolo professionista: un qualsiasi motivo che faccia venir meno la sua presenza produce una crisi nel processo sanitario, con inaccettabili battute d'arresto.

Tuttavia, questo possibile rallentamento, quando non addirittura interruzione, della catena produttiva, non suscita la gran preoccupazione che avrebbe qualsiasi dirigente d'azienda normale.

In alcuni casi, non esiste neppure una consapevolezza, da parte dei soggetti dequalificati, della loro situazione; nella maggior parte dei casi non si riesce ad uscire da una situazione così rigida, e anche in questi casi l'attività del Comitato Paritetico potrebbe agire nell'interesse del singolo, dell'Azienda e del Servizio al cittadino. È evidente come, in un campo di grande interesse sociale come quello della salute, un impedimento, a volte sistematico, allo svolgimento e alla progressione professionale degli addetti si ripercuota sulla qualità del servizio reso alla comunità.

E, dato che nel mondo sanitario la qualità significa, più che altrove, risparmio (appropriatezza della diagnosi, appropriatezza della terapia, abbattimento delle complicità), in un mondo sanitario che la Legge ha voluto di tipo "aziendale", il problema del costo dovrebbe stare molto a cuore alla direzione aziendale.

C'è molto fermento nel campo della prevenzione del rischio per chi si affida alle cure del Ssn, sono previste figure e strutture, in ogni azienda che dovranno occuparsi di questo aspetto. La documentazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie toscane è stata adeguata in questa direzione.

Ma nulla di tutto ciò avrà l'utilità sperata se non si provvede a garantire un adeguato sviluppo professionale dei medici e del personale sanitario, dato che non basta un quadro organizzativo anche precisissimo, se poi la capacità professionale non è corrispondente.

È questo sviluppo della capacità professionale passa anche attraverso l'abbattimento del fenomeno del demansionamento, cui il Comitato Paritetico dovrebbe dare ampio contributo.

**Osservatorio Nazionale Anaa Assomed per il mobbing e il demansionamento*

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa 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@anaa.it
www.anaa.it

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:

Giorgio Cavallero, Domenico Iscaro, Mario Lavecchia,
Gianluigi Scaffidi, Costantino Troise
coordinamento editoriale
Eva Antoniotti

hanno collaborato:

Arianna Alberti, Paola Carnevale,
Lucia Conti, Ester Maragò, Enrico Reginato
Alessia Romano, Stefano Simoni, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:

Daniele Lucia

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE

editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma
email: redazione@hcom.it
tel. 06.59.44.61 - fax 06.59.44.62.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCG Ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Artigrafiche s.r.l. - Pomezia (RM)
Finito di stampare nel mese di dicembre 2006