

DM SI RIFÀ IL LOOK

↳ Silvia Procaccini

Dirigenza Medica compie otto anni e si rifà il look. Per il suo compleanno il mensile dell'Anaa Assomed si è voluto regalare solo qualche ritocco estetico per alleggerire l'impaginazione, lasciando pressoché inalterato l'impianto generale delle rubriche. Gli interventi più significativi sono, quindi, di carattere grafico: pur mantenendo il formato tabloid e il colore caratteristico delle pubblicazioni dell'Associazione, il verde, sono state inserite alcune immagini con l'intenzione per il futuro di arricchire i testi anche con fotografie di eventi e personalità. L'obiettivo è

quello di rendere più agile la lettura e l'impatto visivo.

Non sono comunque da escludere interventi di sostanza, oltre che di forma.

L'intenzione è quella di potenziare alcune rubriche (la giurisprudenza, i servizi agli iscritti, i contributi) e di inserirne altre che speriamo possano raccogliere il consenso dei lettori, con un'attenzione sempre maggiore all'approfondimento degli argomenti più che alla "notizia", dal momento che i tempi di un mensile



CONTRATTO SUBITO. PAROLA DI MINISTRO

L'impegno è stato preso davanti ai parlamentari della dodicesima Commissione del Senato. La sottosegretaria Martini delegata al Comitato di settore per accelerare la chiusura. Una lunga audizione del neo ministro del Welfare che difende l'accorpamento e lancia l'allarme spesa sanitaria, anticipando le linee di politica del Governo sulla salute

alle pagine 2-3

mal si conciliano con la diffusione di informazioni dell'ultim'ora. Per queste abbiamo riorganizzato il sito www.anaao.it modificando completamente la veste grafica e potenziando i contenuti (vedi ultima pagina). Tra le novità in cantiere di Dirigenza Medica, uno spazio mensile riservato ai quadri dell'Associazione che forse più di ogni altro sono a diretto contatto con gli iscritti, ma che in questi anni sono stati un po' trascurati: i segretari aziendali. E proprio a loro, ai problemi che incontrano quotidianamente, alle soluzioni che propongono, ai temi che ci aiuteranno ad individuare come prioritari nella professione e nell'attività sindacale, vogliamo dedicare alcune pagine, certi di avere la loro collaborazione e presenza ogni mese. Queste le novità che auspichiamo possano migliorare la comunicazione dell'attività dell'Associazione e delle Istituzioni che a diverso titolo compongono il panorama della politica sanitaria del nostro Paese. Fondamentale per la vita del nostro giornale sarà come sempre il contributo di quanti, lettori attenti e critici, vorranno inviarci suggerimenti e proposte con scritti e contributi che ci auguriamo siano ancor più numerosi.

Grazie e buona lettura.

I MEDICI AGLI "STATI GENERALI"

Intervista al presidente della Fnomceo Amedeo Bianco sulla Prima Conferenza nazionale della professione medica
alle pagine 6-7

CAMBIANO I LEA

Arrivano i nuovi Livelli essenziali di assistenza. Si amplia la lista di servizi e prestazioni del Ssn
alle pagine 8-9

SANITÀ E POLITICA

I criteri di nomina dei Direttori generali: i pareri dei segretari regionali Anaa Assomed
alle pagine 10-12

SACCONI AL SENATO: ECCO LA MIA SANITÀ

A CASA GLI AMMINISTRATORI INCAPACI

È questa la misura più forte indicata dal neo ministro del Welfare nei confronti delle Regioni in rosso. La sanità, del resto, sarà il metro su cui costruire il federalismo fiscale. Sì a un maggiore coinvolgimento del privato, ma di qualità. A giugno un "Libro Verde" dove saranno indicate le proposte per una sanità delle opportunità. E il contratto? Lo faremo e presto, parola di neo ministro

È il contratto della dirigenza medica si farà, e presto. Parola di Maurizio Sacconi. L'impegno del neo ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, è stato sancito lo scorso 5 giugno durante l'audizione sulle politiche del governo in materia di salute, svolta dal neo ministro presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato. Un impegno per il quale Sacconi ha detto di aver già provveduto integrando il Comitato di settore con il sottosegretario Martini e

un impegno che viene anche dalla sua formazione "lavoristica" nella quale ha potuto constatare personalmente i guasti di rinvii e ritardi nei negoziati e soprattutto nella chiusura degli accordi. Temi, questi, che non mancheranno di figurare nell'agenda della prossima riforma dei contratti e della riqualificazione della dirigenza sulla quale sta lavorando il Governo. Ma l'audizione di Sacconi ha ovviamente toccato diversi temi a partire dall'annuncio di un "Li-



Secondo Fazio occorre spingere fino in fondo l'acceleratore dell'informatizzazione del servizio pubblico per una sanità "paperless" ottenendo risparmi e realizzando anche un miglior dalla Ue e finora non utilizzati

ni. Un intervento lungo, di quasi un'ora, quello di Sacconi, durante il quale il neo ministro non ha mancato di rivendicare la validità dell'accorpamento del ministero della Salute nella più grande cornice del welfare. Tuttavia non si è trattato di un vero e proprio intervento programmatico, come ha fatto notare qualche esponente dell'opposizione. E in effetti all'appello mancavano le ricette concrete, le misure specifiche da adottare. Ma è indubbio che il taglio che il neo Ministro ha voluto dare al suo primo approccio con i nuovi parlamentari è quello di una grande e prioritaria attenzione alla spesa sanitaria.

UNA "CABINA DI REGIA" PER IL CONTROLLO DELLA SPESA

Il vero problema da affrontare, secondo Sacconi che, per farlo, pensa ad una "cabina di regia" Stato-Regioni alla quale affidare il compito di monitorare costantemente sia la qualità che la congruenza della spesa rispetto ai Lea.

Da qui la necessità di istituire un sistema permanente di benchmarking (dall'inglese benchmark=punto di riferimento) che fissi dei valori e degli indici medi che costituiranno il parametro su cui valutare e giudicare l'operato delle Regioni.

Il federalismo fiscale entrerà in questo sistema con le sue misure di deterrenza allo sfondamento dei bilanci confermando le attuali sanzioni punitive sul piano fiscale per chi sforerà ma prevedendo anche una sorta di "fallimento politico" delle aziende sanitarie regionali. In altre parole, ha spiegato il ministro, gli amministratori regionali responsabili del fallimento delle loro aziende sanitarie dovranno andare a casa, a nuove elezioni e magari, ha aggiunto, sarebbe anche utile prevedere la loro futura ineleggibilità come sanzione finale per avere amministrato male la sanità pubblica.

Per le Regioni attualmente oggetto dei Piani di rientro, Sacconi ha chiarito che le verifiche sono ancora in corso ma è chiaro, ha detto, che "fin d'ora pos-

so dire che sarebbe alquanto strano pensare di far finta di nulla se un piano negoziato e condiviso tra le parti non viene rispettato". Lazio & C. sembrano avvisati.

Grande spazio, poi, alla sanità integrativa e mutualistica sviluppando la logica della bipolarità tra imprese e lavoratori che saranno incentivati dal Governo, anche fiscalmente, ad accordarsi su forme di assistenza sanitaria integrativa o comunque aggiuntiva a quella pubblica.

E arriviamo al rapporto pubblico-privato. Non ha parlato di "Ospedali Spa", come aveva fatto in mattinata in un'intervista al Sole 24 ore dicendosi favorevole alla istituzione di modelli organizzativi flessibili per le strutture ospedaliere trasformandole in fondazioni o società per azioni, ma Sacconi ha confermato l'intenzione di agire sia sul fronte della domanda che dell'offerta di prestazioni private. Per la domanda vale l'accento alla mutualità integrativa e aziendale o di categoria, viste come una forma di razionalizzazione dell'attuale fenomeno di autorganizzazione del cittadino per l'acquisto di prestazioni private. Per l'offerta la novità proposta da Sacconi è quella di una revisione delle tariffe del privato accreditato basata sulla premialità dell'efficienza e della qualità ma anche sul possesso di certe caratteristiche strutturali e dimensionali. In altri termini: sì al privato di qualità e di respiro imprenditoriale, no al privato che vive di piccole rendite parassitarie.

Sacconi ha poi confermato di aver firmato il decreto

con le deleghe per i tre sottosegretari. A Fazio andranno la programmazione sanitaria, la ricerca e in generale le politiche della salute. A Martini la grossa partita del Fondo sanitario e del rapporto con le Regioni. A Roccella, la conferma della delega per i temi eticamente sensibili, a partire dalle tematiche della creazione.

In proposito Sacconi ha anticipato che è in corso una rigorosa verifica per valutare la congruità legislativa delle nuove linee guida varate dall'ex Ministro Turco per l'applicazione della legge 40. Una verifica che, secondo Sacconi "non potrà che condurre ad un intervento correttivo". Mentre sull'aborto il ministro ha sottolineato come prima di parlare di modifiche della 194 è bene applicare appieno quella legge in tutte le sue parti. Plauso infine alle proposte

avanzate dai medici di famiglia per loro convezione e stop ad ulteriori deregolazioni nella distribuzione del farmaco.

Per chiudere due annunci di riforme istituzionali: la prima riguarderà l'Agenzia nazionale dei servizi sanitari e l'altra l'Aifa. Ambedue vanno riviste, ha detto Sacconi, e faremo presto.

FAZIO: BOLLINO D'ORO PER IL PRIVATO E PIÙ RICERCA

Anche il Sottosegretario Ferruccio Fazio si è espresso sul nuovo corso della sanità. In occasione della cerimonia di apertura del convegno della Società italiana di radiologia medica, tenutasi a Roma il 23 maggio, ha presentato il suo "Piano salute". Due gli slogan del programma targato Fazio: "Sanità per tutti e riorganizzazione della ricerca".

Quello che rappresenta, forse,

L'Anao commenta le prime uscite di Sacconi

Lusenti: giusta la condanna delle Regioni in rosso. No netto agli "ospedali spa": la salute non è un bene commerciale

"Aspettavamo con curiosità le prime dichiarazioni del Ministro del Welfare Maurizio Sacconi e constatiamo favorevolmente che alcuni giudizi di carattere generale sono condivisibili". Questo il commento del Segretario Nazionale Anao Assomed, Carlo Lusenti, al programma per la sanità illustrato oggi dal Ministro alla Commissione sanità del Senato. "Appreziamo l'idea che una Regione con un debito del tutto fuori controllo ed un SSR allo sfascio, con irrimediabili danni per la sicurezza dei cittadini e le condizioni di lavoro dei medici, sia esplicitamente condannato ad un fallimento politico del tutto simile a quello civile e che quindi i cattivi amministratori siano mandati a casa, e si spera per sempre. E registriamo con favore la sua convinzione che pure in uno scenario di federalismo fiscale "a pieno regime" sarà sempre e comunque garantita a tutti la copertura dei Lea, al di là della sede di nascita e di residenza. Altre affermazioni le abbiamo già ascoltate tante volte in passato (fondi integrativi, cambiamento delle regole di nomina dei manager) e aspettiamo, con una certa dose di scetticismo, di vedere i fatti. Al contrario non condividiamo l'idea che il privato in Sanità sia una risorsa spendibile nell'interesse generale della salute dei cittadini, in quanto vincolato a logiche di mercato che finiscono con il favorire inevitabilmente il manifestarsi di comportamenti opportunistici. Si pensi in tal proposito alla Regione Lazio dove la spesa del privato convenzionato è crescente ed incontrollabile ed è il componente più rilevante della struttura del debito. Ma quello a cui siamo del tutto contrari e che respingiamo con forza è l'idea che gli ospedali possano diventare delle Spa, immaginiamo affidate, così come previsto dal diritto civile, ad un consiglio di amministrazione e ad un amministratore delegato, con pieni poteri. La salute non è un bene commerciale e non può mai e in nessun caso rispondere meccanicamente a regole di mercato. Assicurare la salute dei cittadini, sempre e comunque, non può essere una missione vincolata rigidamente ai bilanci di una spa. La visione economicistica delle aziende ospedaliere non può convivere con una visione solidaristica del SSN. Se il problema, come crediamo che sia, è quello della razionalizzazione e del contenimento dei costi, allora suggeriamo al Ministro che una formula che coniughi il rispetto dei vincoli economici ed il diritto dei cittadini esiste già ed è la programmazione, resa ancora più salda e vincente se associata ad assetti organizzativi dove il ruolo del medico e del governo clinico è prevalente nelle strategie aziendali.

Rivolgiamo infine un appello al Ministro ed anche un invito: avvii al più presto il tavolo contrattuale per il rinnovo del Ccnl della dirigenza medica scaduto da 30 mesi e non confidi mai troppo nelle lune di miele".

bro verde" entro giugno che avvanzerà le proposte e le "visioni" di una nuova sanità da configurare nell'ambito di quel "welfare della coesione sociale e delle opportunità" entro il quale dovranno per il futuro convivere e articolarsi le politiche della salute. E poi grande attenzione alla spesa sanitaria che, alla vigilia del provvedimento sul federalismo fiscale, viene indicata come il "metro" su cui costruire l'impianto del nuovo assetto dei poteri fiscali tra Stato e Regio-

il punto centrale delle strategie del Piano-Fazio è l'intenzione di introdurre nuove risorse per la sanità pubblica incentivando l'ingresso del privato convenzionato: Aziende con partecipazione di capitale privato e pubblico potranno quindi sorgere, sul modello di quelle già realizzate in alcune Regioni, per creare interi ospedali o parte di essi. Ma potrà mettersi in gioco solo il privato accreditato con "bollino d'oro": nelle intenzioni di Fazio c'è, infatti, l'utilizzo di nuovi criteri particolarmente severi per gli accrediti di strutture private. Accrediti con marchio di qualità indispensabili per aumentare l'offerta di servizi e contribuire anche all'abbattimento delle liste di attesa. E proprio su quest'ultima questione, il sottosegretario ha annunciato di aver insediato una Commissione per incentivare i Cup.

Fazio intende anche costruire un sistema di qualità basato non sugli standard, ma sulle singole prestazioni, aggiornando le linee guida, i processi diagnostici e terapeutici per le principali patologie. Bisogna poi spingere fino in fondo l'acceleratore dell'informatizzazione del servizio pubblico per una sanità "paperless" e ottenere risparmi e realizzare anche un miglior controllo sui servizi resi. Così come occorre puntare al rinnovamento tecnologico, in particolare al Sud utilizzando i fondi per l'am-

modernamento messi a disposizione dalla Ue e finora non utilizzati.

Altro capitolo toccato dal sottosegretario è stato quello dei manager: pensa a integrare i sistemi per premiare le Asl con incentivi o disincentivi sui processi messi in atto dai Dg. "Basandosi su criteri oggettivi - ha detto - il Ministero potrà controllare le Regioni che non vigilano sull'operato dei Dg".

UN FONDO UNICO PER LA RICERCA SANITARIA

Tema principe è poi quello della ricerca: l'obiettivo è stringere un'intesa con il ministro della Pubblica Istruzione, Maria Stella Gelmini per utilizzare congiuntamente le risorse da indirizzare verso settori chiave della salute, come tumori, malattie cardiovascolari, neurodegenerative e così via. Per quanto riguarda la ricerca in campo farmaceutico, Fazio pensa a detrazioni fiscali e riduzione degli oneri sociali: "La ricerca delle big pharma sarà così incentivata. La riduzione degli oneri sociali e investimenti a credito agevolato saranno utilizzati per potenziare gli spin-off". Infine, il sottosegretario non ha dimenticato i suoi colleghi medici nucleari: grazie ad un Ddl saranno semplificate le procedure per utilizzare le nuove apparecchiature con radiazioni ionizzanti.

Forti critiche dall'ex ministro

Turco: si è dimenticato della salute degli italiani

È critica con la relazione del ministro del Welfare, Maurizio Sacconi, l'ex ministro della Salute Livia Turco, attualmente capogruppo Pd alla Commissione Affari Sociali della Camera che ha espresso forte preoccupazione per il programma di governo. "Si ristabilisce - sottolinea Turco - il primato dell'economia sulla salute. Non vogliamo certo mettere in discussione la necessità di rigore, valutazione della sostenibilità finanziaria ed efficienza. Infatti proprio su questo punto il ministro Sacconi, pur senza citarle, non ha fatto che confermare la politica del patto per la salute e dei piani di rientro del governo Prodi, senza però riconoscerlo. Ma il punto è che la salute dei cittadini non può essere soggetta all'andamento del ciclo economico. Su questo l'impianto del programma, al di là dei singoli capitoli, desta forte preoccupazione". "Dopo aver ascoltato la relazione del ministro Sacconi e ripromettendomi di entrare nel merito in modo approfondito delle singole questioni - aggiunge l'ex ministro - mi chiedo, ma dov'è la salute degli italiani?".

È PARTITO IL BERLUSCONI QUATER

MA LA SALUTE NON CORRE PIÙ DA SOLA

Sono solo 12 i ministri del nuovo Governo scaturito dalle elezioni di aprile, anche se continuano le pressioni per ridare autonomia al ministro della salute

Per il momento restano 12. Infatti, il 5 giugno scorso palazzo Madama ha approvato, in prima lettura il Ddl n. 585 di conversione in legge del decreto-legge n. 85 del 2008 con cui si fissa in numeri della squadra del Berlusconi quater: dodici ministri, appunto, e sessanta membri complessivi dell'Esecutivo.

Questo lo scenario attuale. Ma qualcosa per la sanità potrebbe anche cambiare. Hanno riaperto le speranze di quanti, i più, vorrebbero che la Salute riconquistasse un portafoglio tutto suo, il ministro per i rapporti con il Parlamento, Elio Vito, che ha sottolineato come la decisione sul ripristino del dicastero debba essere affidata all'apprezzamento che Governo e Parlamento potranno maturare attraverso la concreta esperienza di funzionamen-

to delle strutture ministeriali. Non solo, uno spiraglio arriva anche dall'approvazione di due ordini del giorno che impegnano il Governo a riconsiderare l'assetto dei Ministeri per ripristinare, nelle forme opportune, un dicastero della Salute. Ed anche il sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Gianni Letta, ha auspicato di riuscire a far "riapparire presto il ministero della Salute" correggendo quella riforma "improvvida" e non del tutto "salutare" che ha nascosto il ministero della Salute in quello più ampio del Welfare. Per il momento quindi le coordinate di tre importanti settori "Lavoro, Salute e Politiche sociali" saranno dettate da un solo uomo Maurizio Sacconi, parlamentare di lungo corso prima nel Psi poi in Forza Italia. Mentre il vecchio dica-

stero di Lungotevere Ripa, privato di un titolare tutto suo, in questa XVI legislatura potrà contare sulla presenza dei sottosegretari Ferruccio Fazio, medico nucleare che si occuperà della sorti delle politiche della salute nel suo insieme e Francesca Martini parlamentare leghista ed ex assessore alla sanità del Veneto a cui saranno affidati la ripartizione del Fsn e i rapporti con la Conferenza Stato-Regioni; mentre a Eugenia Maria Roccella madrina del "Family day" avrà la delega sulle questioni eticamente sensibili.

CHI SONO I NUOVI ATTORI ISTITUZIONALI

Ma chi sono i nuovi protagonisti della scena politica? Il neo ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali Maurizio Sacco-



ni è nato a Conegliano (Treviso) il 13 luglio 1950. Laureato in giurisprudenza, eletto Senatore nel Pdl, vanta una lunga carriera politica, negli ultimi anni, ha legato il suo nome in particolare alle politiche per il lavoro, collaborando con Marco Biagi alla stesura del Libro bianco del 2001, e poi impegnandosi per l'approvazione di quei progetti di riforma dopo l'assassinio del giurista bolognese. Tra il 1987 e il

1994 è stato più volte sottosegretario. Dopo un'esperienza all'Organizzazione internazionale del lavoro a Ginevra rientra nelle fila di Fi ricoprendo l'incarico di sottosegretario al lavoro dal 2001 al 2006. Ferruccio Fazio è nato a Garessio (Cn) il 7 agosto del 1944, si è laureato in Medicina a Pisa nel 1968, specializzato in Medicina nucleare nel 1970 e in malattie dell'apparato respiratorio nel

1975. È primario di Medicina nucleare e radioterapia al San Raffaele di Milano, ordinario di diagnostica per immagini e radioterapia all'Università Milano-Bicocca e direttore dell'Istituto di bioimmagini e fisiologia molecolare del Cnr.

Francesca Martini è nata a Verona il 31 agosto 1961. Laureata in lingue e letterature straniere è stata dirigente pubblico, poi responsabile della segreteria federale settore famiglia e affari sociali della Lega Nord. Dal 1998 al 2001 è stata responsabile nazionale enti locali padani. Assessore alle politiche sanitarie della Regione Veneto ed è stata eletta alla Camera dei deputati nella XVI legislatura. Maria Eugenia Roccella, è nata a Bologna il 15 novembre del 1953. Giornalista, laureata in lettere moderne è stata eletta alla Camera dei deputati nella lista del Pdl. Ha collaborato con il quotidiano Avvenire, Il Foglio occupandosi dei temi relativi alla bioetica. Nel 2007 è stata portavoce insieme con Savino Pezzotta del Family Day, la manifestazione di sostegno alla famiglia tradizionale organizzata per il 12 maggio dall'associazionismo cattolico.

I nuovi componenti delle Commissioni parlamentari

Il 29 aprile è stata definita la composizione delle commissioni parlamentari con competenza in ambito sanitario per questa XVI legislatura. Questi gli eletti della XII Commissione Affari Sociali della Camera e della 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato

XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA

Presidente: Palumbo Giuseppe (Pdl)
Vicepresidenti: Ciccioli Carlo (Pdl); Grassi Gero (Pd)
Segretari: Mancuso Gianni (Pdl); Mosella Donato Renato (Pd);
Componenti: Abelli Gian Carlo (Pdl); Argentin Ileana (Pd); Baccini Mario (Misto); Barani Lucio (Pdl); Binetti Paola (Pd); Bocciardo Mariella (Pdl); Bossa Luisa (Pd); Bucchino Gino (Pd); Burtone Giovanni Mario Salvino (Pd); Calgaro Marco (Pd); Castellani Carla (Pdl); D'Incecco Vittoria (Pd); De Luca Francesco (Pd); De Nichilo Rizzoli Melania (Pdl); De Poli Antonio (Udc); Di Virgilio Domenico (Pdl); Farina Coscioni Maria Antonietta (Pd); Fucci Benedetto Francesco (Pdl); Garofalo Vincenzo (Pdl); Girlanda Rocco (Pdl); Lenzi Donata (Pd); Lussana Carolina (Lnp); Miotto Anna Margherita (Pd); Molteni Laura (Ln); Munerato Emanuela (Lnp); Mura Silvana (Idv); Murer Delia (Pd); Mussolini Alessandra (Pdl); Oppi Giorgio (Udc); Palagiano Antonio (Idv); Patarino Carmine Santo (Pdl); Pedoto Luciana (Pd); Porcu Carmelo (Pd); Rondini Marco (Lnp); Rossi Mariarosaria (Pdl); Saltamartini Barbara (Pdl);

Sbrollini Daniela (Pd); Scapagnini Umberto (Pdl); Stagno D'alcontres Francesco (Pd); Testa Nunzio Francesco (Udc); Turco Livia (Pd).

XII COMMISSIONE IGIENE E SANITÀ DEL SENATO

Presidente: Tomassini Antonio (Pdl)
Vicepresidenti: Bosone Daniele (Pd); Gramazio Domenico (Pdl)
Segretari: Biondelli Franca (Pd); D'Ambrosio Lettieri Luigi (Pdl)
Componenti: Astore Giuseppe (Idv); Bassoli Fiorenza (Pd); Bianchi Dorina (Pd); Bianconi Laura (Pdl); Boldi Rossana (Lnp); Calabrò Raffaele (Pdl); Chiaromonte Franca (Pd); Cosentino Lionello (Pd); De Lillo Stefano (Pdl); Di Giacomo Ulisse (Pdl); Di Girolamo Leopoldo (Pd); Fosson Antonio (Udc-Svp-Aut); Ghigo Enzo Giorgio (Pd); Levi-Montalcini Rita (Misto); Marino Ignazio Roberto Maria (Pd); Massidda Piergiorgio (Pdl); Poretti Donatella (Pd); Rizzi Fabio (Lnp); Rizzotti Maria (Pdl); Saccomanno Michele (Pdl).

la curiosità

Sono 62 i medici in Parlamento

Se la Salute non ha un Ministero tutto suo, questa XVI legislatura vede invece aumentare sugli scranni del Parlamento il numero dei medici più o meno "prestati" alla politica: in totale sono 62 i laureati in medicina e chirurgia. O meglio, la loro presenza cresce al Senato: erano solo 12 dopo le elezioni del 2006 mentre ora sono ben 26, mentre si assottiglia un poco la rappresentanza professionale alla Camera, dove da 41 medici onorevoli, si passa a 36. Al Senato la presenza medica è ripartita quasi equamente tra gli schieramenti, sia pure con un sovradimensionamento nelle formazioni minori: 9, infatti, sono gli eletti nel Partito della Libertà e 8 nel Partito de-

mocratico, cui si aggiungono 3 medici eletti nell'Unione dei Democratici di Centro, 3 nell'Italia dei Valori e 3 nella Lega Nord Padania. Più squilibrata la composizione alla Camera, probabilmente anche in ragione del consistente premio di maggioranza: ben 17 medici eletti con il Pdl, ma solo 8 nel Pd, Udc e Idv portano ciascuno 4 camici bianchi, 2 per il Movimento delle Autonomie e 1 per la Lnp. Nonostante si ripeta da più parti che vi è una progressiva femminilizzazione della professione, tra i medici parlamentari lo squilibrio di genere si fa sentire con molta forza. Infatti, mentre le donne sono il 21,1% dei deputati e il 17,8% dei senatori, tra

i medici questi rapporti scendono intorno al 5% in ambedue le Camere. Diforme all'andamento generale anche il numero di neoletti: se complessivamente sono il 40,5% alla Camera e il 35,6% al Senato, tra i medici sono solo il 5% alla Camera, ma sfiorano il 50% al Senato, dove la componente medica si è di molto accresciuta rispetto alla legislatura precedente.

I MEDICI ELETTI ALLA CAMERA

Roberto Antonione (Pdl), Lucio Barani (Pdl), Paola Binetti (Pd), Gino Bucchino (Pd), Marco Calgaro (Pd), Carla Castellani (Pdl), Carlo Ciccioli (Pdl), Melania De Nichilo Rizzoli

(Pdl), Domenico Di Virgilio (Pdl), Vittoria D'Incecco (Pd), Giuseppe Drago (Udc), Giuseppe Fioroni (Pd), Vincenzo Antonio Fontana (Pdl), Benedetto Francesco Fucci (Pdl), Antonio Gaglione (Pd), Arturo Iannaccone (Mov. Aut.), Maria Grazia Lagana Fortugno (Pd), Marinello Giuseppe Francesco Maria (Pdl), Alessandra Mussolini (Pdl), Settimio Nizzi (Pdl), Antonio Palagiano (Idv), Giuseppe Palumbo (Pdl), Mario Pepe (Pdl), Michele Pisacane (Udc), Massimo Polledri (Lnp), Americo Porfidia (Idv), Paolo Russo (Pd), Luciano Mario Sardelli (Mov. Aut.), Giuseppe Scalerà (Pdl), Umberto Scapagnini (Pdl), Domenico Scilipoti (Idv), Antonello Soro (Pd), Francesco Stagno D'Alcontres (Pdl), Nunzio Francesco Testa (Udc), Pierfelice Zazzera (Idv), Domenico Zinzi (Udc).

I MEDICI ELETTI AL SENATO

Silvana Amati (Pd), Antonello Antonoro (Udc-Svp-Aut.), Dorina Bianchi (Pd), Rossana Boldi (Ln), Daniela Bosone (Pd), Raffaele Calabrò (Pdl), Roberto Calderoli (Lnp), Salvatore Cuffaro (Udc-Svp-Aut.), Stefano De Lillo (Pd), Ulisse Di Giacomo (Pdl), Leopoldo Di Girolamo (Pd), Aniello Di Nardo (Idv), Antonio Fosson (Udc-Svp-Aut.), Vincenzo Gallio (Pd), Claudio Gustavano (Pd), Ignazio Marino (Pd), Alfonso Mascitelli (Idv), Piergiorgio Massidda (Pdl), Fabio Rizzi (Lnp), Maria Rizzotti (Pdl), Giacinto Russo (Idv), Michele Saccomanno (Pd), Antonio Tomassini (Pd), Umberto Veronesi (Pd), Guido Viceconte (Pd), Riccardo Villari (Pd).

A FIUGGI la Prima Conferenza nazionale della professione medica apre le porte ad un confronto tra tutti i principali attori del mondo medico. L'obiettivo è quello di dettare le coordinate per affrontare, in maniera condivisa, le sfide future dei camici bianchi

INSIEME PER PROGETTARE IL FUTURO DEI MEDICI

I primi "Stati generali" dei medici italiani. È questo il senso dell'appuntamento di Fiuggi il prossimo 13 e 14 giugno, lanciato dalla Fnomceo e raccolto dai sindacati medici e dalla Federazione che riunisce le Società medico-scientifiche, la Fism.

In verità, questo evento ha però un'origine più complessa, visto che da oltre un anno ormai la Federazione degli Ordini, sotto la presidenza di Amedeo Bianco, si è proposta come luogo di confronto tra tutte le rappresentanze mediche, avviando un percorso di dialogo tra le diverse componenti capace di superare le rigidità che nel passato hanno diviso, e dunque indebolito, il mondo professionale.

La sfida è quella di disegnare la prospettiva del futuro della professione medica, capace di rispondere alle grandi novità che le sono davanti, dalla sostenibilità del sistema sanitario ai grandi temi etici, dalla multiculturalità alla crescente (e ormai quasi maggioritaria) presenza di donne medico.

I partecipanti alle giornate di Fiuggi discuteranno in sei distinti Gruppi di lavoro, dedicati a sei nodi essenziali: i Lea, come strumento di tutela della unitarietà e universalità del Ssn, i rapporti tra politica, gestione e professione in sanità; i processi di integrazione necessari in ambito professionale, tra ospedale e territorio, tra Ssn e Università, tra specializzazioni; il rischio professionale e sicurezza delle cure; il tema della qualità nella professione e nei sistemi sanitari; la professione medica al femminile.

I materiali prodotti dai Gruppi di lavoro saranno poi riuniti in un documento conclusivo, base del lavoro futuro ma anche del dibattito con i rappresentanti del Governo e delle Regioni, previsto a conclusione dell'incontro.

**PER UNA SALUTE
SOLIDALE, EQUA**

ED ACCESSIBILE

La necessità di ricomporre la professione medica intorno ad un progetto unitario è un'esigenza particolarmente sentita dai professionisti della sanità. Sono molte le criticità da affrontare: si va dal forte disagio che i camici bianchi vivono in molte realtà del Paese, ai segnali di sfiducia verso la sanità pubbli-

ca che arrivano dalla cittadinanza, all'ingerenza della cattiva politica nella sfera gestionale e professionale. Nodi che i rappresentanti di tutte le anime del mondo medico intendono affrontare a Fiuggi per ridare slancio a quei valori etici e civili che spesso sono stati dimenticati. E in questo scenario i medici punteranno sulla tutela della salute

garantita da un Ssn equo, universale e solidale che è senza dubbio una delle più forti espressioni di civiltà del nostro Paese, oltre che uno strumento di coesione tra le varie fasce sociali, generazionali e culturali. I medici si batteranno affinché la "buona politica" offra il suo contributo per ridurre le disuguaglianze sociali ed economiche

che si annidano soprattutto nel Sud del Paese e negano la possibilità di usufruire di una sanità efficiente ed efficace. Servono interventi di ammodernamento delle strutture ospedaliere e territoriali, investimenti nel campo tecnologico e il potenziamento della rete dei servizi sanitari e socio sanitari per garantire la continuità e l'efficacia dei percorsi di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione. Così come bisogna investire nella formazione del personale.

RIMODULAZIONE DEI RAPPORTI TRA POLITICA, GESTIONE E PROFESSIONE

Rivedere i rapporti tra politica e professioni partendo dal presupposto che alla prima spetta il compito di definire le strategie e di assegnare le risorse che

INTERVISTA AL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO AMEDEO BIANCO di Eva Antoniotti

“Una prospettiva comune per la professione

Secondo il presidente della Fnomceo Amedeo Bianco è questo l'obiettivo dell'appuntamento che è stato fissato a Fiuggi per il 13 e 14 giugno prossimi. Ordini, sindacati medici e Società scientifiche riuniti per due giorni per individuare un orientamento comune su sei temi chiave: unitarietà e universalità del Ssn, rapporti con la politica, integrazione tra segmenti della professione e del sistema sanitario (Ospedali/territorio; Università/aziende ospedaliere; pubblico/privato; professione medica/professioni sanitarie); rischio professionale; promozione della qualità; professione medica al femminile

Presidente Bianco, a Fiuggi si preparano una sorta di Stati Generali della professione medica. Come è nata questa iniziativa?

L'immagine degli Stati Generali è molto efficace e rende bene l'idea del work in progress che caratterizza questo appuntamento. Da oltre un anno la Fnomceo si è offerta come terreno comune di incontro per tutte le componenti del mondo professionale, avviando iniziative comuni su molti temi, dai nodi etici alla creazione di un codice di trasparenza per definire i rapporti

tra professionisti e industrie del settore. L'appuntamento fissato a Fiuggi è un passaggio importante nel percorso di ricerca di una prospettiva comune, al quale partecipano tutte le storiche rappresentanze della professione medica per disegnare il profilo del medico del futuro, all'altezza delle nuove sfide che la realtà ci presenta. L'iniziativa è di per sé un elemento di novità e già averla concepita in questi termini rappresenta una discontinuità positiva. Non era affatto scontato che tutti questi soggetti la-

vorassero insieme, visto che nel passato hanno spesso cercato la propria identità nelle differenze, portando anche ad una notevole frammentazione e ai rischi dell'autoreferenzialità. Questo vale per tutti, per gli Ordini, per le Società scientifiche, per le organizzazioni sindacali. Aver messo in campo questo progetto comune è il primo segno di un cambiamento culturale.

Cosa ha prodotto questo cambiamento?

Credo che in tutti noi sia cresciuta, diventando sempre più evidente, la consapevolezza che una sanità moderna ha tutti i giorni le sue sfide alle quali bisogna rispondere con il massimo della responsabilità, della visione, nella prospettiva del bene generale.

Qual è la sfida più grande che ha oggi davanti la sanità italiana?

Senz'altro è quella della sostenibilità del sistema, a cui noi possiamo contribuire rilanciando la sfida dell'ap-

le seconde utilizzeranno per garantire accessibilità, qualità e appropriatezza delle cure. È questa una delle questioni calde che saranno dibattute nel corso della prima Conferenza nazionale della professione medica. Occorre, infatti, indicare soluzioni costruttive per arginare l'inaccettabile invadenza della politica nella sanità. In particolare bisognerà rendere trasparenti e pubblici i curricula dei Dg. Le valutazioni dovrebbero essere operate da una Commissione tecnica di selezione, autorevole e terza che propone al decisore politico una rosa ristretta di candidati con competenze specifiche. E le stesse logiche devono essere applicate anche per gli incarichi di direzione delle strutture complesse e di Dipartimento dando spazio alle capacità e alle competenze professionali.

CONTRASTARE LA MEDICINA DIFENSIVA

Tra i temi più urgenti c'è senz'altro quello della prevenzione e ge-

stione del rischio clinico. Anche perché il fenomeno della medicina difensiva diventa sempre più preoccupante e dilagante.

Le soluzioni? Tra le molte: l'introduzione di modelli di prevenzione e gestione del rischio basati sull'interazione di tutte le professionalità per arrivare, con l'ausilio di strumenti ad hoc (incident reporting confidenziali, mappe del rischio ecc) al miglioramento della qualità professionale e organizzativa; l'obbligo in tutte le strutture del Ssn sia pubbliche sia private accreditate e non, della copertura economica del risarcimento da responsabilità professionale per tutti i medici e per tutte le attività che vengono svolte nelle strutture; lo sviluppo e il consolidamento degli strumenti di risarcimento attraverso risoluzioni stragiudiziali dei contenziosi, affidando agli Ordini professionali l'individuazione di esperti terzi di comprovata esperienza. E ancora, l'individuazione di un Osservatorio nazionale che avrà il compito di raccogliere in



una Banca tutti i dati sul fenomeno della malpractice; l'obiettivo deve essere quello di definire standard e mappe del rischio per tipologia e a livello territoriale al fine di consentire politiche di correzione.

RAPPORTI OSPEDALE TERRITORIO

Il dibattito si concentrerà anche su quali percorsi intraprendere per creare una sinergia tra ospedale e territorio, i due pilastri della sanità italiana. Il fine è quello di dare risposte assistenziali unitarie ai bisogni del

paziente, condividendo responsabilità, funzioni e compiti. Bisogna investire risorse per incentivare sul territorio quei modelli organizzativi che meglio garantiscono continuità assisten-

ziale, pratiche assistenziali pluriprofessionali e pluridisciplinari ed un sistema di continua interazione usufruendo delle nuove tecnologie. Sul piano gestionale la programmazione congiunta dovrebbe essere orientata verso l'attivazione di strumenti che portino alla sinergia, come il piano di dimissione, la partecipazione dei Medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti territoriali convenzionati agli incontri di dipartimento e di audit clinico.

PROFESSIONE MEDICA AL FEMMINILE

Tema sotto i riflettori a Fiuggi sarà quello della professione medica al femminile. L'avanzata di camici rosa è ormai indiscutibile: il 55% degli immatricolati nell'accademico 2006/2007 sono donne, il 61% degli iscritti ai corsi di laurea sono sempre donne. Soprattutto, il 52% degli specializzati tra il 1997 e il 2005 appartengono all'universo femminile. Ma le pari opportunità non sono ancora state raggiunte, quindi formulare proposte per lo sviluppo delle capacità e delle competenze di questa sempre più ampia componente del mondo medico diventa imprescindibile. Occorre rivedere l'organizzazione del lavoro per garantire alle donne piena equità di trattamento. Ed anche agire sul fronte legislativo e contrattuale per apportare le modifiche necessarie a favorire la donna come madre e come medico. Servono orari flessibili, un corretto impiego del part time, accessi periodici alle attività professionali, alla formazione e all'aggiornamento.

medica"

proprietà. È una sfida in cui entrano in gioco tante questioni. La formazione, innanzi tutto, perché un professionista che non abbia nel suo bagaglio formativo elementi di management non può ritenersi adeguato alla realtà attuale. E poi l'ap-

propriamente mette in gioco l'autonomia dei professionisti, ovvero le modalità con cui i sistemi sanno reclutare le capacità professionali all'interno di un disegno partecipato e partecipativo, ad esempio riguardo al controllo della spesa. L'obiettivo di controllo della spesa si può realizzare in due modi: o emanando direttive ed esercitando un controllo burocratico sui professionisti, oppure chiamando i professionisti

alla responsabilità generale della spesa secondo principi che essi possano condividere. E i principi che i professionisti possono condividere non sono certo il razionamento delle cure o la coercizione di una "prescrizione di Stato", ma piuttosto l'idea che al centro della prestazione vi sia il bene del paziente coniugato con l'utilizzo appropriato delle risorse, perché nei sistemi sanitari moderni le risorse sprecate sono risorse sottratte ad altri interventi utili.

Portando questo ragionamento all'estremo, in futuro gli Ordini potrebbero sanzionare comportamenti inappropriati?

Beh, adesso stiamo assistendo a fenomeni ben più selvaggi, con gli interventi della Guardia di Finanza sulla base di elementi pressoché puramente quantitativi.

Comunque, non credo che la soluzione sia nelle sanzioni. Il problema dell'appropriatezza, che sarà tra i temi dell'incontro di Fiuggi, si può affrontare meglio rendendo disponibile un sistema di orientamenti trasparente, affidabile, autorevole a cui il professionista si può rifare nelle sue scelte. Più che ad un regime sanzionatorio, dobbiamo pensare ad un sistema incentivante: il medico deve avere a disposizione strumenti e procedure che lo aiutano a scegliere meglio, a migliorarsi e questo miglioramento deve essere riconosciuto. Oggi questo non avviene. E così i medici studiano e si aggiornano per tutta la vita, senza che in alcun modo si tenga conto di questo investimento professionale.

Cosa dirà ai rappresentanti del nuovo Governo che lei ha invitato a Fiuggi?

Lavoriamo insieme, innanzi tutto intorno ad un progetto di regole che garantiscano la separazione tra politica e gestione

della sanità e, contemporaneamente, per il riconoscimento dei nuovi ruoli civili, sociali e tecnico-professionali dei medici.

Sia chiaro che la sanità ha bisogno della politica, perché in questo settore occorre fare scelte importanti e spesso anche difficili. Di queste linee di orientamento è necessario che si faccia carico la politica, che però deve restare fuori dalla gestione, dalla valutazione professionale, terreni sui quali occorre utilizzare altre logiche e un differente sistema di valori. Questa distinzione tra scelte politiche e scelte che rispondono a logiche professionali e scientifiche credo che sia una esigenza forte di tutto il sistema.

E mentre chiedo alla politica di fare un passo indietro, devo anche chiedere alla professione medica di fare un passo avanti, mettendosi in condizione di sostenere maggiori responsabilità anche di tipo organizzativo.



Amedeo Bianco

A SETTE ANNI DALL'ULTIMO AGGIORNAMENTO

LEA: SI CAMBIA

Stato e Regioni trovano l'accordo sulla nuova lista delle prestazioni del Ssn

Revisione della lista dei 43 Drg ad alto rischio di inappropriata con l'introduzione di 66 nuove prestazioni da non trattare in regime di ricovero ordinario e una lista di interventi chirurgici in day surgery destinati al trasferimento in ambulatorio. Vaccinazioni anti-Hpv, incentivazione dell'epidurale e inclusione di nuove patologie nella diagnosi neonatale. Un nuovo elenco di malattie rare e croniche esentate dal pagamento del ticket. E ancora, restyling del

nomenclatore tariffario dei presidi delle protesi e degli ausili, e cure domiciliari ad elevata intensità assistenziale per i malati in fase terminale e servizi per le loro famiglie.

Sono queste alcune delle novità contenute nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri varato il 23 aprile scorso che apre le porte ai nuovi Livelli essenziali di assistenza.

Il provvedimento approvato dal Governo Prodi a pochi giorni dal trasloco di Palazzo

Chigi, sostituisce il Dpcm varato nel 2001 e amplia il "paniere" delle 5.700 tipologie di servizi e prestazioni offerte dal Ssn. "Con questo atto - ha spiegato il Ministro della Salute, Livia Turco - si conclude anche la seconda parte del Patto per la Salute sottoscritto nell'ottobre del 2006 con le Regioni per il rilancio della sanità pubblica italiana attraverso il suo risanamento economico e finanziario e, per l'appunto, con l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza per venire incontro ai nuovi bisogni di salute della popolazione".

Ma vediamo quali sono le innovazioni introdotte con il Dpcm che toccano tre aree: quella della prevenzione collettiva e sanità pubblica, l'area dell'assistenza distrettuale e quel-

Con il Dpcm approvato dal Governo Prodi il 23 aprile si amplia il paniere dei servizi e delle prestazioni offerte dal Ssn. Molte le novità introdotte dal provvedimento che conclude la seconda parte del Patto per la Salute sottoscritto con le Regioni per il rilancio della sanità pubblica italiana

↳ Ester Maragò

la dell'assistenza ospedaliera.

PREVENZIONE

Nel livello della prevenzione collettiva e sanità pubblica sono ricomprese tutte le prestazioni che riguardano la profilassi delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali, la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, negli ambienti aperti, nella sanità animale e nell'igiene urbana e veterinaria. Sono incluse, inoltre, la tutela delle malattie croniche, la promozione di stili di vita sani e gli interventi di prevenzione nutrizionale, i programmi di screening e le prestazioni per la valutazione medico legale di stati di disabilità e per finalità pubbliche. In questo ambito la novità di maggior rilievo è senza dubbio l'introduzione

della vaccinazione anti Papillomavirus Umano (Hpv), il virus responsabile del cancro alla cervice uterina, per tutte le ragazze tra l'undicesimo e il dodicesimo anno di età (circa 280 mila ogni anno).

ASSISTENZA OSPEDALIERA

I nuovi Lea introducono importanti innovazioni nell'area dell'assistenza ospedaliera, prevedendo maggiore appropriatezza delle prestazioni e una gestione più attenta e razionale delle risorse economiche. Tra le misure approvate in tal senso figura l'ampliamento da 43 a 108 degli interventi ospedalieri che dovranno essere preferibilmente effettuati in regime di day hospital anziché in ricovero ordinario. Novità sono previ-



ste anche nella gestione delle procedure mediche: per esempio il decreto prevede l'incentivazione dell'analgia epidurale nel corso del travaglio e del parto naturale e l'inclusione della diagnosi neonatale della sordità congenita e della cataratta congenita.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Numerose le novità che interessano la vastissima area dell'assistenza distrettuale che comprende l'assistenza sanitaria di base, la continuità assistenziale, l'assistenza ai turisti, l'emergenza sanitaria territoriale, l'assistenza farmaceutica e quella integrativa (erogazione di dispositivi medici monouso, di presidi per diabetici, di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare); l'assistenza specialistica ambulatoriale, protesica e termale, nonché l'assistenza socio-sanitaria domiciliare e territoriale e quella sociosanitaria residenziale e semiresidenziale. Tra le novità di rilievo figura innanzitutto la fornitura gratuita di prodotti aproteici (a basso contenuto di proteine) alle persone affette da nefro-

patia cronica che con il nuovo provvedimento diventa una garanzia del Ssn e quindi viene sottratta alla discrezionalità delle singole Regioni. Si arricchisce anche il pacchetto di offerte delle terapie specialistiche: tra le più rappresentative, la "terapia fotodinamica laser per il trattamento di lesioni retiniche con Verteporfina" riservata a coloro che sono affetti da degenerazione maculare miopica o legata all'età. Si tratta di una nuova metodica terapeutica che sfrutta il principio di funzionamento di una sostanza (la Verteporfina) che viene iniettata in vena per poi essere attivata, in maniera selettiva, da un laser a bassa potenza. Nell'ambito delle prestazioni di laboratorio sono state introdotte diverse prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio di diverse malattie rare ad esempio, per le malattie metaboliche, il dosaggio degli enzimi mitocondriali e il dosaggio di acidi organici urinari con metodi gascromatografici.

I nuovi Lea segnano una forte apertura a nuove metodiche nel campo diagnostico: "l'enteroscopia con microca-

mera ingeribile" per i casi di sanguinamento oscuro dopo l'esofago-gastro-duodeno-scopia (Egds) e colonscopia totale negative, per esempio, una tecnica che prevede l'uso di videocapsule monouso indicata nei casi di difficile esplorazione dell'intestino e quando gli esami tradizionali non hanno dato risultati apprezzabili.

Altra novità è la "sedazione cosciente" per i pazienti sottoposti a endoscopie e biopsie in corso di endoscopia.

Le nuove tecnologie sono state riconosciute inoltre come strumento per una migliore gestione della disabilità. Sono stati introdotti nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo ambientale: comunicatori a sintesi vocale o a display, sensori di comando, sistemi di riconoscimento vocale. E anche ausili per la mobilità personale come sollevatori mobili e fissi nonché apparecchi acustici di ultima generazione per le persone con sordità preverbale e periverbale. Gradazione dell'intensità assistenziale è invece la parola d'ordine nel campo delle cure domiciliari: l'articolazione in quattro livelli, prevede specifici gradi di complessità delle cure in funzione della gravità del bisogno del malato. I malati in fase terminale, per esempio, avranno diritto a un'area specifica di cure domiciliari, di elevata intensità assistenziale, che tutela e sostiene non soltanto il paziente ma anche la famiglia.

Per i servizi territoriali di assistenza sociosanitaria (consultori familiari, dei Csm, dei servizi neuropsichiatrici per

minori, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi, dei servizi per le persone con dipendenze patologiche), è stabilita la declinazione puntuale delle prestazioni erogate; una nuova definizione di servizi per le persone con dipendenze patologiche consente di includere i centri per il trattamento delle dipendenze da alcool, da fumo, ecc. già attivati in numerose Regioni.

Novità anche per l'assistenza distrettuale semiresidenziale

vi patologie neurologiche, che richiedono supporto alle funzioni vitali, continuità assistenziale e caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità.

SI ALLARGA L'ELENCO DEI MALATI ESENTI

Il provvedimento amplia infine l'assistenza specifica a particolari categorie di malati. È stato integralmente rivisto l'elenco delle malattie rare con l'ampliamento dell'esenzione

Tutti i numeri dei nuovi Lea

- 500** classi di prestazioni ospedaliere. In queste classi sono comprese tutte le prestazioni giudicate appropriate per il paziente in regime di ricovero ospedaliero ordinario o diurno (tranne quelle esplicitamente escluse, come le prestazioni di chirurgia estetica), cui si aggiungono tutte le prestazioni di pronto soccorso
- 2.230** prestazioni specialistiche
- 190** tipi di ausili monouso
- 1.670** protesi su misura (contando i diversi modelli o misure per tipo, gli aggiuntivi e le riparazioni)
- 1.010** ausili di serie (contando i diversi modelli e misure per tipo, gli aggiuntivi).
- 78** programmi di prevenzione collettiva per altrettante patologie prevenibili.
- 20** tipi di prestazioni termali
- 10** tipologie di assistenza domiciliare e residenziali per anziani non autosufficienti.
- 4** tipologie di prestazioni riabilitative intensive extraospedaliere
- 25** altre tipologie di prestazioni per soggetti appartenenti ad aree di bisogno socio-sanitario complesso (salute mentale, dipendenze, disabilità)

Le innovazioni nell'area dell'assistenza ospedaliera prevedono una maggiore appropriatezza delle prestazioni e una gestione più attenta e razionale delle risorse economiche

e residenziale: sono previsti regimi particolari per le persone non autosufficienti. Vengono infatti stabiliti dei profili di cura con un crescente livello di intensità assistenziale sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni di cura del paziente, effettuata dall'equipe sociosanitaria di riferimento, a garanzia dell'appropriatezza. Inoltre viene indicato un livello di "Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario" che prevede un'assistenza continua con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h, destinata a patologie non acute, incluse le condizioni di responsabilità minimale e le gra-

ad altre 109 malattie o gruppi. Un processo di revisione questo, frutto del lavoro di condivisione e studio proposto dal Tavolo interregionale per le malattie rare e dalla Commissione nazionale Lea. In particolare la celiachia, data l'alta prevalenza dei casi, è stata trasferita nell'elenco delle malattie croniche. Restyling anche per le malattie croniche tutelate ed esentate dal ticket. L'elenco di queste ora ricomprende anche sei nuove patologie gravi, ossia la Bpco, il rene policistico autosomico dominante, l'osteomielite cronica, la sarcoidosi grave, le malattie renali croniche e la sindrome da talidomide.



LA SCELTA DEI MANAGER. Forum con i segretari regionali Anaa Assomed

FUORI LA POLITICA DALLE NOMINE ANCHE SE...

↳ Ester Maragò Si conclude con questo numero di *Dirigenza Medica* il giro di pareri sui criteri di selezione dei Direttori generali. E sulle modalità di scelta c'è chi dice basta alle nomine legate alla fedeltà politica e chi invece ritiene sia impensabile lasciare fuori la politica, anche perché nessuno farebbe amministrare un proprio bene da qualcuno che non gode della propria fiducia. Ma tutti concordano su un passaggio fondamentale: sia che la politica ci metta o meno il becco quello che conta è possedere comprovate competenze tecniche in campo sanitario. Trasparenza dei meccanismi di selezione e un sistema di valutazione dei risultati sono poi altri elementi dai quali non si dovrebbe prescindere.

MARIO TAGNIN
SEGRETARIO
PROVINCIALE
ANAAO ASSOMED
BOLZANO

La nostra è una realtà particolare. Nella provincia di Bolzano, che può essere di fatto considerata come una Regione, vige il sistema del bilinguismo. Il presidente è in carica da circa vent'anni e le nomine sono strettamente politiche. **Quindi al di là delle apparenze che ci disegnano come una provincia virtuosa, da noi vige un sistema clientelare con una forte connotazione etnica.** Il Dg per diritto deve appartenere al gruppo linguistico tedesco con il risultato che abbiamo poca competitività in quanto non arrivano professionisti da altre Regioni. Inoltre, nessun manager è

mai stato rimosso e la nomina si traduce in un incarico a vita. Viviamo quindi una dimensione molto chiusa. Stagnante. Non solo, quando la legge nazionale non risponde alle esigenze locali vengono emanate norme provinciali in deroga: ad esempio è stato nominato un Direttore tecnico assistenziale, figura istituita solo nella provincia di Bolzano, privo di laurea, non rispettando quindi la normativa statale. Se devo pensare ad un criterio ottimale di scelta, propenderei volentieri verso la possibilità di mettere in gioco anche professionisti provenienti da realtà esterne. Dal 1 gennaio 2007 le quattro Asl esistenti sono state unificate in un'Azienda unica per ridurre le spese. Ma di fatto, c'è stato solo un aumento

dei posti di vertice in quanto i Direttori dei comprensori hanno mantenuto la poltrona. È quindi presumibile pensare che difficilmente saranno realizzati risparmi, anzi è ipotizzabile una crescita della spesa anche in considerazione del fatto che, com'è emerso da un'inchiesta del Sole24ore, i nostri Dg hanno costi doppi rispetto ai manager delle altre Regioni. Gli unici tagli fin ora realizzati sono stati sul personale. Soprattutto questa chiusura verso l'esterno ha ricadute negative sulla qualità delle prestazioni. Le competenze professionali passano in secondo ordine, dal momento che si privilegia il bilinguismo e l'appartenenza etnica a discapito dell'eccellenza professionale. Tutto viene mascherato dalla profusione di risorse che riescono

a compensare con strutture all'avanguardia e modernissime quelli che sono i deficit legati alla mancanza di concorrenza nell'ambito professionale che provoca solo mediocrità.

CARLO MELCHIONNA
SEGRETARIO
REGIONALE ANAAO
ASSOMED
CAMPANIA

I criteri attuali consentono agli assessori alla sanità e ai Presidenti di Regione di fare il bello e il cattivo tempo nella selezione dei Direttori generali. E questo

ha generato spesso, non solo nella mia Regione ma anche in altre, forme di clientelismo inaccettabili. A questo punto sarebbe più opportuno e meno ipocrita che, trovandoci di fronte a nomine esclusivamente politiche, gli attori istituzionali iniziassero con l'affermare a chiare note: "me ne infischio e nomino chi voglio". Comunque, cosa andrebbe modificato? Il peccato originale è nel D.lgs 502 che, di fatto, ha sancito l'entrata dei



partiti nel sistema sanitario creando Aziende sanitarie anomale: dovrebbero essere private, ma non sono altro che un carrozzone pubblico con qualche norma di diritto privatistico. **Questo fa sì che il manager non risponda a 360 gradi del proprio operato, come avviene nel privato, ma sia solo un controllore.** Per correggere questa situazione occorrerebbe scegliere Direttori generali con una comprovata esperienza in campo sanitario: d'altro canto se questo è un criterio adottato per selezionare i Direttori amministrativi, non si capisce perché non lo si possa applicare anche ai Dg. Solo così si possono avere conoscenze approfondite della realtà che si va a gestire. In regione Campania molti dei Direttori generali nominati sono medici che provengono prevalentemente da un'esperienza di direzione sanitaria. Hanno, quindi, un "minimo" di esperienza in campo sanitario: secondo me è, infatti, molto discutibile che un Direttore sanitario abbia conoscenze concrete dell'assistenza. È un ottimo conoscitore di leggi, ma non ha rapporti con il paziente. È preferibile invece optare per un professionista che abbia un'esperienza clinica sia di natura medica, sia di natura chirurgica. Un medico che abbia dimostrato di avere competenze manageriali a trecentosessantasei gradi. Che abbia vissuto, realmente, esperienze assistenziali e non faccia quindi filosofia. Comunque, gli attuali Direttori generali campani sicuramente si scontrano con una situazione particolarmente complessa: il deficit

regionale è notevole, per cui devono affrontare le varie problematiche aziendali con budget ristretti. Quindi, oltre a dover rispondere alla politica devono anche fare i conti con fondi non idonei a portare avanti un'organizzazione seria. Insomma partono già svantaggiati.

**CLAUDIO AURIGEMMA
SEGRETARIO
REGIONALE ANAAO
ASSOMED
EMILIA ROMAGNA**

La trasparenza dovrebbe essere il criterio guida nella scelta dei Direttori generali, per cui ritengo indispensabile che sia reso pubblico il curriculum in cui fondamentale dovrà essere l'esperienza maturata in ambito sanitario e possibilmente nella Regione in cui si dovrà operare. Ovviamente essendo una nomina fiduciaria dell'Assessore è impensabile tenere fuori la politica dalla scelta: questo non significa che il criterio di nomina di un Direttore generale debba basarsi esclusivamente sull'appartenenza politica, ma sulla riconosciuta competenza tecnica in grado di tradurre indirizzi politici. Infine non sarebbe male avere un Albo dal quale scegliere i candidati ed anche un sistema di valutazione dei risultati in modo da evitare altri incarichi a chi ha dimostrato di non essere capace di affrontare i problemi in condizioni analoghe. **La situazione in Emilia Romagna è figlia della stabilità politica che abbiamo in Regione.** Essa comporta la nomina fiduciaria dell'organismo politico, l'assenza della pratica dello spoil system e gli avvicendamenti avvengono, di solito, al termine del mandato. Ovviamente non sempre abbiamo apprezzato scelte fatte dalle Direzioni e talvolta aspro è stato il dissenso specialmente nelle Aziende miste.

**EGIDIO DI PEDE
SEGRETARIO
REGIONALE ANAAO
ASSOMED
LIGURIA**

I Direttori generali sono i garanti politici della linea politica adottata dall'assessorato alla sanità. **Quindi pensare di bandire la politica dalle nomine dei manager non ha alcun senso.** Parliamoci chiaramente, nessuno farebbe amministrare un proprio bene da qualcuno di cui non si fida. Non credo quindi ad una super professionalità indipendente dalle scelte della politica, soprattutto se consideriamo che i manager sono anche garanti di investimenti economici pesanti. Ciò non toglie che, se fossero introdotti meccanismi di qualificazione migliore e parametri più rigidi per accedere nell'Albo degli idonei a dirigere un'Azienda sanitaria, si avrebbero delle indiscutibili ricadute positive nella gestione aziendale. Basterebbe guardare alle esperienze maturate in altri Paesi e farne tesoro: penso ad esempio ai parametri stabiliti alla London school of economic nell'ambito della organizzazione della sanità. E questo è solo uno dei tantissimi organismi internazionali esistenti che ha fissato requisiti di idoneità. Il vero problema è che l'Italia ha ottime leggi per stabilire la qualità delle persone, ma nessun meccanismo di verifica costante dei requisiti. Nella regione Liguria abbiamo un Albo dei manager aventi diritto che viene però aggiornato con una cadenza ancora non definita. Per quanto riguarda le nomine dei manager, anche nella nostra Regione, con il cambio di Giunta nel 2005 si è utilizzato lo spoil system. **Tuttavia, devo sottolineare che nel selezionare gli attuali Direttori generali non ci si è affidati al manuale Cencelli.** Non possiamo quindi lamentarci da questo punto di vista. Ci sono state invece polemiche con l'Università che avrebbe esercitato volentieri ingerenze nelle nomine: ma su questo punto ribadisco che se

è comprensibile che i Direttori generali possano essere espressione dell'assessorato, non possono certamente esserlo dell'Università.

**GIOVANNI PULELLA
SEGRETARIO
REGIONALE ANAAO
ASSOMED
MOLISE**

Le nomine dei Dg devono essere svincolate dai politici di turno. È giusto che la politica attraverso il piano sanitario dia degli indirizzi politici. Ma una cosa è dettare le coordinate, altro discorso è invece entrare nella gestione del quotidiano attraverso il Direttore generale: è qui che la politica dovrebbe essere tirata fuori. **Ci vorrebbe un Albo nazionale dei Dg con specifici criteri di accesso e all'insegna della massima trasparenza.** Servirebbero, ad esempio: titoli di formazione manageriali in sanità, come potrebbe essere il master in management sanitario; visibilità dei risultati di gestione annuali di pregresse direzioni generali di Aziende sanitarie; valutazione annuale sui risultati di gestione rispetto a obiettivi prefissati, come avviene per noi medici. Occorrerebbe anche il gradimento delle forze sociali del territorio di appartenenza dell'Azienda e perché no, anche dell'utenza che dovrebbe avere la possibilità di capire se vengono raggiunti gli obiettivi. La sensazione nettissima è che la mission dei Dg sia diventata di natura clientelare, basta pensare ad esternalizzazioni, appalti e consulenze. Questo non ha nulla a che fare con quella che dovrebbe essere la mission di un'azienda sanitaria pubblica. È necessaria quindi una maggiore trasparenza. La nostra Regione è gravata da un altissimo deficit: dal 2001 al 2006 sono stati cumulati 395 milioni di euro. Un debito che rapportato all'esiguo numero di abitanti, 320 mila, diventa ancora più preoccupante. Non abbiamo ancora un Piano sanitario di rientro. E in questo scenario invece di razionalizzare e rispar-

miare abbiamo prodotto maggiori spese. È stata, infatti, costituita con l'obiettivo di tagliare i costi una Asl unica, ossia l'Azienda sanitaria regione Molise, che ha eliminato le quattro Aziende sanitarie esistenti, trasformandole in zone. Peccato che contravvenendo alle regole del risparmio abbiamo duplicato i costi, in quanto ora abbiamo non solo un Direttore generale, ma anche quattro Direttori generali di zona e quindi anche quattro Direttori sanitari e quattro amministrativi. In sostanza ogni zona agisce come se fosse ancora un'Asl, in barba ad ogni economia di scala. Abbiamo creato solo doppioni.

**MARCELLO ANGIUS
SEGRETARIO
REGIONALE ANAAO
ASSOMED
SARDEGNA**

Ritengo che le nomine dei Direttori generali dovrebbero essere scevrate da qualsiasi forma di ingerenza politica. **La selezione dei Dg va affidata a criteri di managerialità, anche perché alla guida delle Aziende dovrebbero andare persone con esperienza già acquisita possibilmente nell'ambito sanitario.** Soprattutto, credo che i manager dovrebbero avere la capacità di ragionare non tanto in termini di pareggio di bilancio quanto piuttosto nel rispetto di quelle che sono le aspettative di salute della popolazione. Sarebbe perciò necessario istituire quadri nazionali nell'ambito di scuole ad hoc, come avviene ad esempio in Francia. Si avrebbe così la possibilità di attingere a persone espressamente formate per dirigere un'Azienda sanitaria con curricula trasparenti, sottraendole alle nomine politiche. In Regione il quadro è abbastanza complicato. Il nostro assessore aveva affermato che la nuova stagione per la sanità sarda avrebbe significato "nessuna ingerenza politica nella nomina dei Direttori

FUORI LA POLITICA DALLE NOMINE ANCHE SE...

generali". Ma alle parole non sono seguiti i fatti, nel senso che le nomine dei manager, al dunque, sono avvenute seguendo criteri di spartizione politica. Va però detto che sono state comunque rispettate le capacità manageriali. Capacità più manifeste per alcuni dei Dg, meno per altri che invece si sono limitati a rispettare solo le esigenze di bilancio. Devo invece sottolineare che in Sardegna, a differenza di quanto mi sembra avvenga in alcune Regioni italiane, non ci sono stati fenomeni eclatanti di ingerenza della politica nella nomina dei dirigenti di struttura complessa. Anzi le scelte sono state fatte in base alle capacità tecniche dei professionisti.

Prescin-

den-

zata dalla linea politica adottata dal presidente della Regione. Quindi non c'è stata la forza di riconvertire alcuni piccoli ospedali e ampliare la rete territoriale come si preventivato. E questa incertezza si riflette anche nella gestione della sanità, abbiamo così Dg che hanno presentato gli atti aziendali ma non hanno ancora assegnato gli incarichi di struttura semplice, per cui tutte le attese sono state vanificate lasciando i medici insoddisfatti.

ROMANO NARDELLI
SEGRETARIO
PROVINCIALE ANAAO
ASSOMED
TRENTO

Parlare di criteri ottimali per selezionare i Direttori generali è molto difficile, in quanto la mia esperienza è stata maturata in una realtà peculiare e comunque enormemente diversa rispetto a quella esistente nelle altre Regioni. Una realtà sicuramente virtuosa. La scelta dei manager viene effettuata con procedure dettate. Da un elenco di 50 professionisti valutati da una commissione tecnica composta anche da medici, vengono selezionati quattro nomi. E da questa rosa di candidati la Giunta sceglie poi la persona deputata a dirigere l'Azienda. È quindi una procedura relativamente ampia ed abbastanza trasparente. È pur vero che questo modello adottato è sicuramente perfezionabile. Mi spiego: avendo un'autonomia legislativa, di fatto è come se fossimo una piccola Regione, ed è quasi scontato che nell'ambito della gestione aziendale ci sia

uno stretto legame con la politica in quanto il Dg diventa colui che deve applicare la direttive della Giunta provinciale. **È qui che il meccanismo diventa perfezionabile: dovrebbe, infatti, essere introdotto un elemento fondamentale, ossia la condivisione con la dirigenza medica nelle scelte che vengono operate.** Quest'ultimo passaggio è di estrema importanza se si vogliono raggiungere risultati efficaci.

In quattordici anni di realtà aziendale abbiamo avuto solo due Direttori generali. E questo la dice lunga sulla forza della politica nella nostra realtà. Proprio in questi giorni in Trentino siamo in attesa della nomina del nuovo manager e le problematiche politiche si stanno sovrapponendo a quelle tecniche. Come ho già sottolineato, sarebbe opportuno che la Giunta operasse condividendo le scelte con i dirigenti medici.

CARLO PALERMO
SEGRETARIO
REGIONALE ANAAO
ASSOMED
TOSCANA

Il federalismo in campo sanitario è una realtà oramai consolidata. La potestà in campo organizzativo è in mano alle Regioni. Mi riesce difficile immaginare un Direttore generale liberista e fanatico della competizione pubblico/privato alla guida di un'Azienda sanitaria in Toscana, ove vige un modello gestionale concertativo e cooperativo. **Pertanto non trovo scandaloso che la scelta della Giunta regionale alla fine sia fiduciar**a. Scelta che deve, ovviamente, avvenire tra tecnici di comprovato valore. È quindi necessario intervenire a monte, creando un Albo nazionale a cui si acceda solo dopo una selezione vera e basata su criteri rigidi. Diverso è il problema della nomina dei Direttori di struttura complessa. Attualmente le influenze della politica, ma anche di altri gruppi di "pote-

re" che si muovono in sanità, fanno leva proprio sull'eccessiva discrezionalità di scelta che hanno i Direttori generali in questo settore. Pertanto sarei assolutamente a favore di un drastico cambiamento di rotta in questo ambito, ritornando ad una scelta effettuata attraverso un vero concorso, con definizione di una graduatoria non modificabile e con commissari scelti per estrazione, dopo il termine del bando, da un albo nazionale. Non sottovaluterei la previsione di un componente sindacale nella commissione, in considerazione dell'importante ruolo di rappresentanza istituzionale che svolgiamo. Stendo un velo pietoso su come oggi vengono assegnate le cattedre universitarie e le collegate direzioni di struttura nelle Aziende miste.

La Toscana è nota per la sua stabilità politica, per cui le scelte dei Direttori generali sono sufficientemente rodiate e quanto meno non soffriamo di problemi legati allo "spoils system". Nel 2007 la Regione ha introdotto anche un sistema di valutazione dell'operato dei Direttori generali. Per il momento gli indicatori, elaborati da una società esterna, mi sembrano eccessivamente sbilanciati su aspetti economici e su necessità di controllo gestionale "centrale". Forse un "panel" di indicatori, così come di obiettivi strategici, concertati con le rappresentanze istituzionali avrebbe maggiori possibilità di riflettere le esigenze delle singole realtà provinciali. Il vero rischio nel modello toscano è, infatti, a mio parere, quello di una gestione lontana dalle esigenze dei cittadini che vivono nel territorio di riferimento delle aziende sanitarie. Mi piacerebbe poi che fosse individuato come indicatore di efficienza di una Azienda sanitaria la definizione dei contratti decentrati entro sei mesi dalla firma del contratto collettivo nazionale.

PIERO SIRIANNI
SEGRETARIO
REGIONALE ANAAO
ASSOMED
VALLE D'AOSTA

La nomina del Direttore generale dovrebbe essere basata su criteri di massima trasparenza oltre che su una attenta valutazione dei curricula in campo sanitario comprovante una obiettiva esperienza. L'istituzione di un "Albo" di potenziali Direttori generali, magari dopo un corso manageriale che li formi a questo delicato compito, potrebbe essere una garanzia di professionalità. **Il legame con la politica sembrerebbe inevitabile, anche in considerazione del fatto che è comunque l'esecutivo che emana indirizzi di carattere generale, anche in campo sanitario: importante è che, in ogni caso, si tenga conto dei requisiti specifici per la nomina.**

Per quanto riguarda la nomina del Direttore sanitario, dei Direttori di dipartimento e di struttura complessa e semplice, sarebbe opportuno puntare sulle reali capacità dei singoli, piuttosto che sui legami politici. La Valle d'Aosta ha la caratteristica unica in Italia di avere una sola Azienda sanitaria. Il Direttore generale, che ha acquisito una notevole competenza in campo sanitario è a capo dell'Azienda da molti anni. Si sono succedute varie Giunte Regionali, sempre dello stesso colore, con diversi Assessori, ma il Direttore generale, al contrario di quanto è successo con i Direttori sanitari e con i Direttori amministrativi, è sempre stato confermato. Il dialogo tra Direzione generale e le organizzazioni sindacali c'è ed è sicuramente, almeno in parte, costruttivo anche se alcuni punti, come per esempio i criteri per la conferma, la revoca, la valutazione delle figure apicali, non sono pienamente condivisi dalla maggior parte delle sigle sindacali: su questo tema, e non solo, si sta lavorando in sede di contrattazione decentrata.



do
quindi
dalle tessere di
partito. Ci dobbiamo poi
scontrare con il fatto che la
capacità operativa dell'assessorato è fortemente influen-

Tutela lavoro

Avv. Francesco Mantovani - Servizio Tutela Lavoro - Cref

La normativa sul rapporto di lavoro a tempo determinato applicabile ai dirigenti medici del Servizio sanitario regionale

Il rapporto di lavoro dei dirigenti medici, a seguito della cosiddetta privatizzazione del Pubblico impiego (cfr. D.lgs. n. 165/2001, il T.u. sul Pubblico impiego), non è più assoggettato al vecchio regime giuridico del lavoro pubblico, ma è disciplinato dalle disposizioni del codice civile e dalle leggi sul lavoro subordinato applicabili per l'impresa privata e dalle regole dei contratti collettivi di diritto comune.

Fra le disposizioni applicabili al dirigente medico, tuttavia, non rientra la normativa sul rapporto di lavoro a tempo determinato, contenuta nel Decreto legislativo n. 368 del 2001. Tale disciplina, adottata dal nostro legislatore in applicazione della direttiva comunitaria n. 1999/70 e contenente norme specifiche in relazione ai requisiti per l'apposizione del termine al contratto di lavoro, seppur valida sia per il settore privato che per quello pubblico (nel rispetto dei vincoli introdotti dalla Finanziaria per l'anno 2008), non trova applicazione per la particolare categoria professionale dei dirigenti, nella quale rientra il personale medico dipendente dell'Aziende del

Ssn.

Proprio con riferimento ai dirigenti (pubblici e privati), difatti, l'art. 10, comma 4 del Decreto legislativo n. 268/2001 stabilisce che "tali rapporti sono esclusi dal campo di applicazione del presente decreto legislativo, salvo per quanto concerne le previsioni di cui agli articoli 6 e 8".

Rispetto ai dirigenti, quindi, trovano applicazione esclusivamente queste ultime due disposizioni, che prevedono rispettivamente il principio di parità di trattamento tra lavoratori a tempo indeterminato e a termine, ed un limite di durata "non superiore a cinque anni" per i contratti a termine stipulati con i dirigenti.

Per il resto, la disciplina sulle assunzioni a termine dei medici del Ssn trova le sue fonti regolatrici soprattutto nella contrattazione collettiva di diritto comune, e, più nello specifico, nel contratto collettivo integrativo del 5 agosto 1997 per l'area della dirigenza medica e veterinaria.

In particolare, la disciplina contrattuale per l'area della dirigenza medica e veterinaria ammette la stipulazione di contrat-

ti a termine solo a fronte di specifiche e tassative ipotesi:

a) sostituzione di dirigenti assenti, quando l'assenza superi i quarantacinque giorni consecutivi, per tutta la durata del restante periodo di conservazione del posto dell'assente; b) sostituzione di dirigenti assenti per gravidanza e puerperio, sia nell'ipotesi di astensione obbligatoria, sia in quella di astensione facoltativa; c) temporanea copertura di posti vacanti di dirigente medico e veterinario per un periodo massimo di otto mesi, purché sia già stato bandito il pubblico concorso (art. 1, comma 1, contratto collettivo integrativo del 5 agosto 1997).

Il termine del contratto a tempo determinato può essere prorogato solo in casi eccezionali e solo una volta. Più nello specifico, la proroga del contratto è lecita solo per sopperire a esigenze imprevedibili e contingenti che sono sorte con riferimento alla stessa attività lavorativa a cui il lavoratore a tempo determinato è assegnato. Sempre la contrattazione collettiva (in linea con quanto previsto dall'art. 36 del Decreto legislativo n. 165/2001), prevede

La disciplina sulle assunzioni a termine dei medici del Ssn trova le sue fonti regolatrici soprattutto nella contrattazione collettiva di diritto comune, e, più nello specifico, nel contratto collettivo integrativo del 5 agosto 1997 per l'area della dirigenza medica e veterinaria

anche che "in nessun caso il rapporto di lavoro a tempo determinato può trasformarsi in rapporto di lavoro a tempo indeterminato" e che il contratto a termine è nullo qualora sia stipulato al di fuori delle ipotesi espressamente previste. In altri termini, l'eventuale nullità dei contratti a tempo determinato stipulati al di fuori delle ipotesi contrattuali, non fa scaturire in capo al dirigente medico un diritto alla trasformazione a tempo indeterminato del rapporto di lavoro, bensì consente allo stesso dirigente esclusivamente di richiedere il risarcimento dei danni cagionati dall'illegittimità del termine.

La più recente giurisprudenza ha individuato degli specifici parametri di commisurazione del danno risarcibile al pubblico dipendente assunto con un contratto a termine illegittimo. In particolare, parte della giurisprudenza fa ricorso all'unica disposizione che sembra dettare un parametro di monetizzazione del valore di un posto di lavoro: la disciplina dettata dall'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori in materia di reintegrazione nel posto di lavoro. Quest'ultima disposizione prevede che al lavoratore, licenziato illegittimamente da un

datore di lavoro con più di 15 dipendenti, spetta un risarcimento del danno parametrato a tutte le retribuzioni perse in conseguenza del licenziamento fino alla data di effettiva reintegrazione nel posto di lavoro. Peraltro, tale risarcimento non può comunque essere inferiore a cinque mensilità.

Inoltre, qualora il lavoratore non sia più interessato a riavere il posto di lavoro, egli ha diritto a percepire un'indennità sostitutiva della reintegrazione pari a quindici mensilità.

In base ai predetti parametri, il lavoratore a termine, illegittimamente assunto, avrebbe diritto a percepire complessivamente venti mensilità, corrispondenti alla somma delle cinque mensilità minime di risarcimento del danno e delle quindici mensilità previste in caso di rinuncia alla reintegrazione.

Viceversa, altra parte della giurisprudenza commisura il risarcimento dovuto al tempo medio necessario al lavoratore a termine per ricercare una nuova occupazione stabile nella zona geografica di appartenenza, condannando il datore di lavoro al pagamento di un numero di mensilità di retribuzione equivalente ai mesi in cui il lavoratore è potenzialmente destinato a restare disoccupato.

Il termine del contratto a tempo determinato può essere prorogato solo in casi eccezionali e solo una volta. Più nello specifico, la proroga del contratto è lecita solo per sopperire a esigenze imprevedibili e contingenti che sono sorte con riferimento alla stessa attività lavorativa a cui il lavoratore a tempo determinato è assegnato.

Giurisprudenza

Paola Carnevale

Non è automatica la responsabilità del medico che non approfondisce la diagnosi

La Cassazione richiama la sentenza "Franzese": nessun medico può essere condannato senza la doppia verifica della sussistenza della colpa per imperizia, imprudenza o negligenza e del nesso di causalità tra la propria condotta e l'evento lesivo. Deve essere provato che l'approfondimento diagnostico avrebbe evitato il decesso

È sempre da dimostrare la colpevolezza di un medico, anche a fronte di un errore diagnostico evidente. Lo ha chiarito la quarta sezione penale della Cassazione con sentenza n. 10824 del marzo scorso.

I fatti risalgono al 1999 quando un ginecologo veniva convenuto in giudizio per rispondere di omicidio colposo perché, in qualità di medico curante, non aveva diagnosticato tempestivamente la patologia di cui era affetta una paziente, deceduta l'anno successivo.

In particolare il medico era accusato di aver per colpa, consistita in negligenza, imprudenza ed imperizia, trascurato i disturbi lamentati dalla paziente, e di essersi limitato invece a somministrare farmaci antinfiammatori e a prescrivere esami emato-chimici, omettendo di disporre esami strumentali

obbiettivi (quali l'ecografia pelvica ed altri accertamenti diagnostici) che avrebbero consentito di accertare il tumore maligno in epoca precedente a quanto avvenuto in concreto. In tal modo, il medico aveva concorso a cagionare la morte della paziente.

Allo specialista veniva contestato di aver concorso a provocare la morte della sua paziente: infatti dalle testimonianze assunte dal tribunale, era emerso che quest'ultima fosse stata visitata ripetutamente dal medico che non aveva mai individuato il carcinoma ovarico da cui la donna era stata colpita, formulando invece sempre e solo la diagnosi di utero fibromatoso. Nel novembre del 1999, la paziente, ricoverata in una struttura ospedaliera, fu sottoposta ad esami strumentali ed accertamenti diagnostici obiettivi che rilevarono la massa tumorale. Ma

ormai era troppo tardi: la paziente morì qualche mese dopo.

Per il Tribunale di merito la responsabilità dell'imputato era palese: non aveva sottoposto la paziente ad approfondimenti diagnostici obiettivi e comunemente utilizzati (ecografia, tac, risonanza magnetica), a fronte di un quadro sintomatico e persistente nel tempo e che non era cambiato nonostante il prolungato trattamento farmacologico.

Del resto, appariva evidente anche il nesso di causalità, essendo intercorso un breve lasso di tempo tra l'ultima visita eseguita dal medico ed il ricovero in ospedale; questa considerazione induceva a ritenere che la massa tumorale sarebbe stata rinvenibile con approfondimenti diagnostici ed anche manuali; pertanto l'omissione del medico aveva sicuramente anticipato il decorso letale della malattia, tesi, quest'ultima, confer-

mata anche in grado di Appello. Il ginecologo ha proposto ricorso in Cassazione, sostenendo che il giudice di Appello si era limitato ad evidenziare una serie di "addebiti generici, senza fornire delle congrue argomentazioni circa la possibilità di individuare la neoplasia dal luglio 1999, proprio in considerazione della difficile determinazione e variabilità delle modalità di sviluppo della struttura tumorale". D'altro canto, anche qualora la neoplasia fosse stata diagnosticabile, non era certo che tale evenienza avrebbe potuto consentire un effettivo prolungamento del decorso della malattia.

La Cassazione accoglie il ricorso del ginecologo, con rinvio ad altra sezione della Corte d'Appello. Se da un lato non vi sono dubbi in ordine al comportamento colposo del medico, non avendo quest'ultimo disposto degli esami obiettivi utili ad in-

dividuare cause diverse dei disturbi lamentati dalla paziente, e non imprevedibili in tali tipologie, che avrebbero consentito di effettuare tempestivamente la diagnosi del tumore ovarico sofferto dalla donna, dubbi sorgono in ordine al nesso di causalità. La Corte di Cassazione fa riferimento infatti alla cosiddetta sentenza Franzese (C.U. 10-07-2002, n. 30328), che ha dato il via ad una interpretazione più equilibrata del "concetto di colpa medica" stabilendo due principi: nessun medico può essere condannato senza la doppia verifica della sussistenza della colpa per imperizia, imprudenza o negligenza e del nesso di causalità tra la propria condotta (omissiva o commissiva) e l'evento lesivo. Tale nesso va accertato secondo una "probabilità logica" o un "elevato grado di credibilità razionale", escludendo le cause alternative che avrebbero potuto provocare il danno.

Pertanto anche alla luce di questa prassi giurisprudenziale, i giudici di primo e di secondo grado non hanno accertato ed approfondito il nesso di causalità tra la tempestiva formulazione della diagnosi ed un "ipotizzabile conseguente prolungamento della vita della paziente o una minore intensità lesiva della malattia con una migliore qualità di vita per quest'ultima". Dunque sentenza annullata e conseguente rimessione del giudizio in Corte d'Appello per approfondire il punto di diritto "nesso di causalità", anche alla luce della ormai consolidata prassi giurisprudenziale.

Corte di Cassazione. Sentenza del 7 marzo 2008, n. 6211

L'INFORTUNIO IN ITINERE DEL MEDICO, SUL MOTOCICLO

L'indennizzabilità dell'infortunio "in itinere" occorso con l'utilizzo di mezzo privato rimane condizionata alla "necessità" di tale uso, necessità che può essere riferita sia alla maggiore difficoltà di raggiungere il posto di lavoro mediante mezzi pubblici, sia ad esigenze di tutela della vita familiare del soggetto.

In tema di infortunio "in itinere", si ritiene che non possono farsi rientrare nel rischio coperto dalle garanzie previste dalla normativa sugli infortuni sul lavoro situazioni che, senza rivestire il carattere della necessità, rispon-

dano invece ad aspettative che, seppure legittime, non assumono uno spessore sociale tale da giustificare un intervento a carattere solidaristico a carico della collettività.

Consiglio di Giustizia Amministrativa per la Regione Siciliana. Sentenza n. 242 del 26 marzo 2008

DIRETTORI GENERALI: È SUFFICIENTE L'ESPERIENZA

Per essere nominati direttori generali delle aziende sanitarie del Ssn non è necessario aver maturato una pregressa esperienza professionale con la qualifica di dirigente. Occorre possedere semplicemente il requisito del-

le mansioni svolte, unica condizione ritenuta necessaria e sufficiente. È sufficiente pertanto il possesso dei cinque anni di esperienza di direzione.

Con sentenza n. 242 del Consiglio di Giustizia Amministrativa per la regione siciliana, il Tribunale alla luce delle posizioni giurisprudenziali contrastanti ed in mancanza di una posizione dominante, ritiene che la normativa di riferimento (articolo 3, comma 10 D.lgs. 502/1992, Legge 590/1994 ed articolo 3-bis, comma 3 D.lgs. 229/1999) va interpretata nel senso che si può essere nominati direttori generali anche senza il possesso di una qualifica formale di dirigente. Questa considerazione, a detta del tribunale, ha indotto il legislatore ad utilizzare il termine "posizione" e non quello formale di qualifica.

Previdenza

Claudio Testuzza

Ridare potere d'acquisto alle pensioni

Ipotesi inflazione costante al 2% nel periodo 2008 - 2017

Importo mensile pensione al 2007	Perdita complessiva nel decennio
3.500	8.578,94
4.000	9.622,46
4.500	10.665,97
5.000	11.709,49

(Elab. Manageritalia)

La perequazione delle pensioni

Importo mensile	Aumento 2008
Fino a cinque volte il minimo Inps* 2.180,70 euro	1,6 % (100%)
Da cinque a otto volte il minimo Inps da 2.180,71 e fino a 3.489,12 euro	1,2 % (75%)

* Per il 2008 le pensioni superiori a otto volte il minimo Inps, 3.539,73 euro a lordo, non hanno avuto alcun incremento!

I trattamenti pensionistici trovano un modesto recupero economico, annualmente, con la cosiddetta "perequazione automatica". Si tratta dell'attribuzione dell'inflazione dell'anno precedente all'importo pensionistico in godimento. Inflazione calcolata dall'Istat, poco rispettoso degli effettivi incrementi del costo della vita, che, peraltro, viene attribuita integralmente solamente per i trattamenti fino a cinque volte il minimo Inps, che è di 443 euro lordi mensili per il 2008, e solo in parte (75 %) per i trattamenti superiori a questo limite. Inoltre la legge di riforma, approvata a fine 2007, ha stabilito che per il 2008 la "perequazione automatica" non troverà attuazione per i trattamenti superiori a circa 3500 euro lordi mensili. Si tratta di un congelamento su tutto il trattamento pensionistico che non consente alcun recupero neanche per le parti di pensioni inferiori a questo importo. Se si considera, poi, che la perdita del recupero si trascina nel tempo, ci si accorge che per queste *maxi* pensioni, come sono state considerate, si tratta di una perdita non indifferente nel medio periodo.

In dieci anni il blocco per il 2008 costerà circa 8.500 euro per pensioni d'importo di 3500 euro e di ben 11.700 euro per pensioni d'importo di 5.000 euro mensili lordi.

Nella speranza che non vi siano ulteriori interventi restrittivi sulle pensioni si tratta di

valutare quali, invece, possano essere gli interventi utili a ridare un effettivo potere d'acquisto ai trattamenti in essere. Trattamenti che si ritiene abbiano avuto una perdita per il periodo 1987 - 2004 di circa 320 miliardi di euro per gli anziani. Con una evidente incidenza considerevole sui consumi e quindi sulla dinamica della domanda interna e sullo sviluppo produttivo nel corso dei 18 anni.

È da ritenere che l'incidenza della perdita cumulata negli anni sia dovuta principalmente allo sganciamento dalla dinamica salariale. L'eliminazione della doppia indicizzazione delle pensioni, alle retribuzioni contrattuali ed ai prezzi, è stato uno degli interventi strutturali operati dalla riforma "Amato" del 1992. L'intervento legislativo ha prodotto, di fatto, la riduzione degli importi unitari delle pensioni e questa riduzione ha interessato sia le pensioni calcolate con il sistema retributivo che quelle calcolate col sistema contributivo attraverso la diminuzione dei tassi di sostituzione, cioè del rapporto fra stipendio in godimento e prima rata pensionistica. È stato previsto, dal decreto legislativo n. 502 del 1992, infatti, il solo aggancio automatico ai prezzi ed eliminato quello alle retribuzioni contrattuali.

Fondamentalmente l'indicizzazione delle pensioni ai prez-

zi dovrebbe consentire una crescita pari a quella del costo della vita, mantenendo, così, inalterato il potere d'acquisto. La mancanza di una forma di indicizzazione, legata alle retribuzioni, comporta, in termini individuali, un impoverimento relativo dei "vecchi" pensionati rispetto non solo ai lavoratori, ma anche rispetto ai "nuovi" pensionati che godranno, a parità di regole pensionistiche, di un importo iniziale di pensione maggiore per la crescita dei salari. Si determina, in questo modo, non solamente un impoverimento relativo della pensione rispetto alla retribuzione, ma anche il verificarsi del fenomeno che viene definito "pensioni d'annata".

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 409/1995, aveva indicato entrambe le possibilità per il recupero del valore del trattamento pensionistico: sia la "perequazione automatica", legata all'incremento del costo della vita, sia il principio del collegamento con i salari. Con il primo sistema viene però, di fatto, favorita una svalutazione, in tempi brevi della pensione in godimento. Con il secondo sistema si garantirebbe, invece, una fondamentale questione costituzionale che si concretizza con il diritto di chi è in quietanza di ricevere un trattamento che gli assicuri "un'esistenza libera e dignitosa".

Ma riteniamo che non siano solamente questi gli interventi utili possibili per ridare il va-

lore originario ai trattamenti pensionistici. Un aspetto che andrebbe valutato attentamente potrebbe essere quello di realizzare un'indicizzazione piena ed automatica utilizzando un "paniere" Istat diverso dall'attuale e costituito da beni e servizi più vicini agli effettivi bisogni dei pensionati.

Si potrebbe attuare una rivalutazione straordinaria, *una tantum*, finalizzata al recupero delle pensioni più "datate". Inoltre l'indicizzazione anziché realizzarsi solamente al 1° gennaio dell'anno potrebbe essere introdotta ogni sei mesi calcolando l'inflazione del semestre precedente.

Altro intervento potrebbe prevedere un meccanismo per agganciare l'andamento delle pensioni non solo al tasso dell'inflazione, ma anche a quello degli stipendi. Infatti i pensionati non hanno, a differenza dei lavoratori dipendenti, l'adeguamento automatico all'inflazione e alla produttività. Che è quello che porta i salari ad aumentare automaticamente del 4,5 % se l'inflazione è, per esempio, del 2,5 %. Si tratterebbe di una sorta di "scala mobile" per i pensionati agganciata a quella dei redditi da lavoro. Un particolare metodo di recupero potrebbe essere trovato legando l'indicizzazione "reale" delle pensioni all'andamento di un indice di sostenibilità dato dal rapporto tra la spesa pensionistica ed il monte dei redditi da lavoro. Il fine sareb-

be quello di permettere ai pensionati di partecipare ai frutti della crescita economica del Paese: se i redditi da lavoro crescono più della spesa per pensioni, i pensionati partecipano in modo sostenibile alla crescita, condizione che li renderebbe partecipi di riforme ed interventi che possono aumentare, anche, l'efficienza e la crescita dell'economia. Riteniamo che si potrebbe agire, anche, sul fronte delle tasse.

I trattamenti pensionistici sono frutto di versamenti degli stessi lavoratori oltre che del datore di lavoro. Una quota parte, in particolare quella realizzata dal versamento proprio del lavoratore (circa un terzo del contributo complessivo), potrebbe essere, quindi, detratta dal trattamento fiscale alleviando, così, l'incidenza dell'Irpef che, allo stato attuale, è integrale come quella che si realizza per i redditi da lavoro. Infine si potrebbe puntare a remunerare anche gli anni di contribuzione superiori ai 40, oggi non considerati ai fini del calcolo pensionistico, dando ad essi un coefficiente aggiuntivo ancorché ridotto rispetto a quello utilizzato normalmente e soprattutto eliminare l'anacronistico divieto di cumulo pensioni/redditi da lavoro autonomo, che tanto negativamente colpisce soprattutto le professioni creando, invece, in alcune categorie le condizioni per il lavoro in nero.

IL SITO DELL'ANAAO SI RINNOVA

Notizie, legislazione e giurisprudenza a portata di un click

Di vecchio è rimasto solo l'indirizzo www.anaao.it. Tutto il resto è stato completamente rinnovato, dalla grafica ai contenuti. Anche la navigazione è stata semplificata. Il nuovo sito dell'Anaao Assomed ha fatto il suo



ingresso in rete con una impostazione che sin dalla home page rivela la sua principale caratteristica: la semplicità. Ed è questa la sfida che ci eravamo proposti di vincere quando abbiamo deciso di rinnovare lo spazio dell'Anaao Assomed nel web. Speriamo di esserci riusciti, anche grazie alla collaborazione dei grafici di Imagestudio che hanno curato la nuova veste del nostro sito Internet.

Pochi ed essenziali gli spazi nella prima pagina: sono stati riproposti quelli delle news e dell'attività sindacale, gli eventi promossi

dall'Associazione, le pubblicazioni e l'accesso ai servizi agli iscritti. Tutte le altre sezioni, tra vecchie conoscenze e new entry, possono essere consultate cliccando un apposito comando. Vi segnaliamo solo alcune novità: il potenziamento della banca dati legislativa, della giurisprudenza, dell'attività parlamentare che consente di seguire l'iter dei provvedimenti all'esame delle Camere; l'ampliamento dei servizi agli iscritti; l'attività della Scuola di Formazione Quadri e quella dell'Ufficio Stampa.

Insomma, non ci resta che augurarvi buona navigazione nella speranza che gli accessi siano sempre più numerosi.



DIRIGENZA MEDICA

Il mensile
dell'Anaao Assomed

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

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

Hanno collaborato:
Paola Carnevale, Lorena Giudici,
Francesco Mantovani,
Ester Maragò,
Antonino Michienzi,
Claudio Testuzza
Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIATI EDITORIALI
SOCIETÀ PER LE ATTIVITÀ EDITORIALI

Editore



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

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

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

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

Finito di stampare nel mese di maggio 2008