

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

FINANZIARIA E DEVOLUZIONE: COME SI UCCIDE LA SANITÀ PUBBLICA

di Serafino Zucchelli

Due sono gli argomenti di cui oggi ritengo opportuno parlare. Il primo riguarda lo stato di salute del Sistema sanitario nazionale alla luce della relazione della Corte dei Conti dei primi giorni di agosto e del testo della finanziaria. Il secondo riguarda l'andamento della vertenza contrattuale.

La spietata analisi della Corte dei Conti mette in rilievo la gravità della situazione debitoria della maggior parte dei sistemi sanitari regionali, specialmente del centro sud ed in particolare di Lazio, Campania e Sicilia. Il peso del disavanzo è così grave da rendere impensabile un riequilibrio con sistemi ordinari. Si deve inoltre rilevare che a maggiori spese non corrisponde maggiore qualità dell'assistenza, anzi, purtroppo, quasi sempre è vero il contrario.

Se ne deve dedurre che molte Regioni hanno amministrato male, hanno talora sperperato il denaro pubblico. Il perché è facilmente intuibile. Quando la politica non è vissuta come servizio pubblico, ma come puro esercizio del potere è impossibile resistere alle pressioni delle lobbies fameliche.

Lo testimoniano le recenti vicende siciliane. Il denaro se ne va in mille rivoli (più di 1.800 convenzioni con il privato, anche il sistema 118 è appaltato) e manca per le vere necessità. La terapia di tutto questo si chiama: programmazione, Piano sanitario regionale, accreditamento, riorganizzazione della rete ospedaliera, organici adeguati, presidi territoriali. Non servono le commissioni di saggi. Queste considerazioni inoltre devono indurre a riflettere sul sostanziale fallimento della politica istituzionale di devoluzione praticata anche dal centro sinistra e farci tremare di fronte alla decisione di procedere ulteriormente sulla stessa strada contenuta nel testo di modifica costituzionale voluta dall'attuale esecutivo. Non si vede per quale motivo si debba procedere in questo cammino che ha portato a maggiori spese, spesso senza vantaggi per i cittadini.

Di fronte a questa situazione di dissesto sopra descritta, il Governo interviene procedendo sulla strada della devoluzione e approntando una finanziaria che riduce fortemente in termini

segue a pag. 15

**I SINDACATI MEDICI CONFERMANO
LE DUE GIORNATE DI SCIOPERO DI NOVEMBRE**

Contratto: l'attenzione resta alta

La fitta serie di azioni di protesta, indetta a settembre, dai sindacati medici, ha dato la scossa alla parte pubblica, consentendo di fatto la ripresa delle trattative per il rinnovo del contratto che le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e veterinaria vorrebbero fosse concluso entro il mese di dicembre.

Così, per il 12 ottobre i rappresentanti dei camici bianchi sono stati convocati dall'Aran per l'apertura delle trattative relative al II biennio economico 2004-2005, facendo dunque revocare lo sciopero già in programma per il 17 ottobre.

La partita però resta aperta così come restano confermate le giornate di sciopero del 14 e 15 novembre se l'evolversi del processo di approvazione relativamente al I biennio economico impedirà che gli arretrati siano inseriti nella busta paga dello stesso mese di novembre.

Dopo il via libera del Governo all'articolato normativo e al I biennio economico 2002-2003 il documento è al vaglio della Corte dei Conti per il controllo di certificazione.

servizio a pag. 2

L'Anaa contesta le norme sullo stato giuridico dei docenti universitari

Pensionamento a 70 anni e mantenimento delle funzioni primarie: sono queste le condizioni previste per i docenti universitari nel testo messo a punto dal Governo e che ha ottenuto la fiducia del Senato. L'Anaa Assomed ha espresso il proprio disappunto riguardo a questa normativa che "ripropone in modo stucchevole e ormai insopportabile l'eterno tema della diversità biologica tra i medici dell'Accademia e quelli dipendenti del Servizio sanitario nazionale".

a pagina 14

**IL CONSIGLIO DEI MINISTRI DÀ IL VIA LIBERA
ALLA MANOVRA ECONOMICA**

Finanziaria 2006: per la sanità mancano all'appello 2,5 mld

Tagli nei trasferimenti agli enti locali e "rigore" contro l'evasione fiscale. La Finanziaria messa a punto da Giulio Tremonti in poche settimane non riserva grandi sorprese. Per la sanità si aggiunge un miliardo di euro ai quasi 90 già previsti con la legge di bilancio dello scorso anno, prevedendo anche altri due miliardi per aiutare le Regioni a ripianare i deficit accumulati nel triennio 2002-2004. La sanità italiana potrà dunque contare su un totale di 93 miliardi, ovvero due e mezzo in meno rispetto alla spesa prevista dal Documento di programmazione economica e finanziaria. All'interno la sintesi delle misure riguardanti la sanità

servizio a pag. 16

PRIMO PIANO

*Le priorità
dell'autunno
indicate dalla
Segreteria nazionale
e dalla Consulta
dei segretari regionali
Anaa Assomed*

A PAGINA 3

SPECIALE ORDINI

*Elezioni Omceo,
al via il rinnovo dei
101 consigli direttivi
per il prossimo triennio
2006-2008.
È stagione di bilanci
e previsioni*

ALLE PAGINE 8-11

SPECIALE REGIONI

*Dopo il voto
amministrativo e il
rinnovo delle Giunte
riprende il focus di
approfondimento.
Questo numero è
dedicato al Lazio.
Intervista all'assessore
Battaglia
e al segretario regionale
Anaa, Antonellis*

ALLE PAGINE 6-7

INTERVISTA

*Ssn-università:
un rapporto ancora
da definire.
Intervista a Luigi Frati,
presidente della
Conferenza dei presidi
di medicina e chirurgia*

A PAGINA 5

CONTRATTO DI LAVORO 2002-2005

Arretrati entro novembre o sarà sciopero nazionale

I tempi per l'approvazione definitiva del contratto rischiano di dilatarsi mettendo in forse la corresponsione nella busta paga di novembre degli arretrati del I biennio contrattuale.

Per accelerare l'iter burocratico sia del I che del II biennio economico, l'Anaa e tutte le sigle sindacali hanno già definito un articolato calendario di agitazioni, con ben due giornate di sciopero nazionale

L'avvertimento giunge come un ultimatum al Governo, alle Regioni e a tutti gli attori che hanno voce in capitolo nella vertenza contrattuale dei medici: se nella busta paga di novembre non saranno corrisposti gli arretrati del I biennio contrattuale, la categoria farà ben due giorni di sciopero il 14 e 15 novembre.

L'Anaa Assomed e tutte le sigle sindacali che hanno siglato la pre-intesa lo scorso maggio, sin dai primi giorni di settembre, hanno definito un dettagliato e articolato calendario di agitazioni per cercare di accelerare l'iter burocratico del contratto, sia del I che del II biennio, dopo lo stop dell'estate:

4 ottobre 2005 sit in di fronte al ministero della Salute: resta confermato se entro questa data il Consiglio dei Ministri non approva la pre-intesa relativa al quadriennio normativo e al I biennio economico, già sottoscritta il 12 maggio scorso, e l'atto di indirizzo per il II biennio economico;

17 ottobre 2005 sciopero nazionale di 24 ore: resta confermato se entro questa data non vengono avviate formalmente le trattative al tavolo dell'Aran per il rinnovo del II biennio economico;

14 e 15 novembre 2005 sciopero nazionale di 48 ore: saranno effettuate se il contratto relativo al I biennio economico non sarà diventato applicabile entro il termine utile per corrispondere gli aumenti nella busta paga di novembre.

Rispetto a questa tabella di marcia, al momento di andare in stampa, si sono realizzati tre obiettivi. Anzitutto la prima parte del contratto (quadriennio normativo 2002-2005 e I biennio economico 2002-2003) è stata approvata il 16 settembre dal Consiglio dei Ministri, ma, contrariamente al solenne annuncio del ministro Storace di aver immediatamente inviato il testo alla Corte dei Conti per la verifica della compatibilità economica (affermazioni, queste, con le quali è riuscito ad accaparrarsi anche il plauso dei sindacati, compreso quello dell'Anaa Assomed), si è dovuto attendere fino al 26 settembre. Il ritardo è stato causato dalle risposte che il Comitato di settore ha dovuto dare alle richieste di chiarimento avanzate da Palazzo Chigi.

Come si può intuire, i tempi dell'iter burocratico per l'approvazione definitiva della prima parte del contratto rischiano seriamente di dilatarsi fino a rendere difficile la possibilità che vengano corrisposti gli aumenti nella busta paga di novembre.

Il secondo obiettivo realizzato, e che ha comportato la sospensione del sit-in, riguarda il II biennio economico, ed in particolare l'approvazione dell'Atto di indirizzo (di seguito pubblicato) da parte del Governo.

Terzo e ultimo successo, la convocazione dell'Aran per avviare le trattative per il II biennio economico. "Con l'approvazione da parte del Consiglio dei ministri dell'atto di indirizzo relativo al secondo biennio economico del contratto della dirigenza medica e il conseguente avvio della trattativa - ha commentato il segretario nazionale Serafino Zucchelli - i medici hanno conseguito un ulteriore importante successo. All'indomani della proclamazione del fitto calendario di protesta messo a punto da tutte le organizzazioni sindaca-

li all'inizio di settembre, il Governo ha cercato di evitare in tutti i modi, almeno fino ad oggi, che potessero concretizzarsi le agitazioni minacciate. Il nostro obiettivo resta quello di chiudere l'intera partita contrattuale entro il 31 dicembre di quest'anno".

ATTO DI INDIRIZZO COMITATO DI SETTORE DEL COMPARTO SANITÀ

Area Dirigenza Medica e Veterinaria
(Quadriennio contrattuale 2002/05)
Parte economica 2004/2005

Linee generali

Il Comitato di Settore assume la seguente direttiva per avviare le procedure di rinnovo contrattuale per l'Area della Dirigenza Medica e Veterinaria relativamente al biennio economico 2004/2005 ricompreso nel quadriennio normativo 2002/2005, con l'individuazione delle relative risorse ai sensi degli artt. 41 e 47 D.Lgs. n. 165/01 e successive modifiche.

Il Comitato di Settore, nell'ambito del presente atto di indirizzo, prende altresì atto dei contenuti, degli obiettivi e dei limiti di spesa previsti nel Protocollo d'intesa fra Governo e Parti sociali sottoscritto il 27 maggio 2005. Si precisa che il presente atto di indirizzo viene assunto in coerenza e continuità con l'atto di indirizzo per il quadriennio normativo 2002-2005, per quanto riguarda gli istituti giuridici e il sistema di contrattazione.

Si ritiene inoltre che trattandosi di contratto che regola solo istituti economici, sia possibile, oltre che opportuno, avviare con tempestività l'apertura delle trattative per pervenire ad una rapida applicazione dei benefici contrattualmente previsti.

TITOLO I ISTITUTI ECONOMICI

1. Contenuti

Il Comitato di Settore individua i seguenti incrementi contrattuali:

a) Definizione e disponibilità delle risorse (con riferimento al monte salari 2003 da definire secondo la metodologia adottata per il 2001)

A seguito di quanto previsto dal Protocollo d'intesa fra Governo e Parti sociali sottoscritto il 27 maggio 2005, e a quanto già disposto dalla legge finanziaria nazionale n. 350 del 24 dicembre 2003 all'art. 3, nonché dalla legge finanziaria nazionale n. 311 del 30 dicembre 2004 all'art. 1 comma 91, in ordine ad una quantificazione delle risorse per i rinnovi contrattuali coerente con i criteri previsti per il personale delle amministrazioni dello Stato, il Comitato di Settore individua una percentuale complessiva di incremento a regime per il biennio economico 2004-2005 pari allo 5,01% del monte salari dell'anno 2003, di cui una quota non inferiore allo 0,50% da destinare alla contrattazione integrativa per la produttività dei dipendenti. Nell'ambito della suddetta percentuale di incremento, la quota pari allo 0,70%, derivante dal citato Protocollo del

27/5/2005, sarà oggetto di specifica verifica con il Governo circa il suo finanziamento da prevedersi nell'ambito della legge finanziaria per il 2006, a mente del punto 1) del Protocollo stesso.

Rimane facoltà delle Regioni, in presenza di avanzi di amministrazione e pareggio di bilancio delle Aziende ovvero della realizzazione annuale di programmi, correlati ad incrementi quanti/qualitativi di attività del personale, finalizzati al raggiungimento del pareggio di bilancio, confermare anche per il biennio 2004-2005 le risorse aggiuntive per la contrattazione integrativa nella misura massima dell'1% previsto nell'art. 10, comma 2, del Ccnl 8/6/2000 - II° biennio economico Area della Dirigenza Medica e Veterinaria, così come applicato nelle singole Regioni. Nel caso di utilizzo delle suddette risorse i relativi importi sono destinati alla sola retribuzione di risultato da corrispondere esclusivamente a seguito della verifica delle condizioni previste al riguardo dal Ccnl.

b) Finalizzazione delle risorse

b1) Il Ccnl garantirà l'incremento del trattamento fondamentale stabilito secondo la dinamica inflativa.

b2) Le restanti risorse sono destinate per finanziare la contrattazione integrativa finalizzandole in particolare alla retribuzione accessoria, e, per una quota non inferiore allo 0,5% alla retribuzione di risultato di cui all'art. 4, comma 2, lett. B), dell'ipotesi di Ccnl del I biennio 2002-2003 sottoscritto il 21 luglio 2005 anche sulla base delle indicazioni regionali.

b3) Particolare attenzione nella destinazione di cui al punto b2) potrà essere altresì riservata ad un adeguato riconoscimento delle condizioni di lavoro, al fine di una più razionale organizzazione dei servizi di continuità assistenziale.

b4) Ogni ulteriore disposizione contrattuale dovrà essere coerente con le risorse di cui al presente atto di indirizzo e comunque con il principio dell'invarianza della spesa per oneri di personale.

c) Contabilizzazione delle risorse

Nella quantificazione dei costi contrattuali e nella loro finalizzazione, come indicato nei punti precedenti, l'impegno di ciascuna Regione - e conseguentemente il costo complessivo del contratto - non può superare a regime, secondo le decorrenze di legge e nelle stesse modalità attuative del citato accordo del 27 maggio 2005, il 5,01% del Monte Salari 2003; in questa logica si conferma il superamento del sistema della perequazione interregionale.

TITOLO II PARTE CONCLUSIVA

Si conferma la necessità che l'Aran provveda a coordinare i testi contrattuali e le discipline degli istituti attualmente vigenti, migliorando l'omogeneità e semplificando la terminologia. Si ritiene in particolare opportuna la redazione di un apposito testo unico.

Roma, 21 settembre 2005

DOCUMENTO DELLA SEGRETERIA NAZIONALE E DELLA CONSULTA DEI SEGRETARI REGIONALI ANAAO ASSOMED

Le priorità dell'autunno

Rispetto degli impegni contrattuali assunti con la sigla dell'ipotesi di accordo relativa al quadriennio normativo 2002/05 e al I biennio economico e dell'intesa sulle risorse disponibili per il II biennio economico; salvaguardia e rilancio del Ssn contro l'attuale modello federalista e aziendalista; riproposizione del nostro progetto di governo clinico nel quadro di una revisione dei modelli di gestione dei servizi; ridefinizione dei rapporti tra rapporti tra Servizi sanitari regionali e Università. Questi i temi centrali dell'autunno sindacale nel documento stilato dalla Segreteria nazionale e dalla Consulta dei segretari regionali Anaa Assomed

Sollecito rispetto degli impegni contrattuali assunti con la sigla dell'ipotesi di accordo del 12 maggio 2005 con l'ARAN relativa al quadriennio normativo 2002-2005 e al I biennio economico e dell'intesa del 27 maggio siglata a Palazzo Chigi tra Governo e Confederazioni generali sulle risorse disponibili per il II biennio economico; rilancio del Ssn tutelandone le caratteristiche di servizio pubblico equo e solidale; riproposizione di una governance tecnico-professionale dei servizi al fine di garantire efficacia, appropriatezza e sicurezza alle prestazioni; riequilibrio e ridefinizione dei rapporti tra Servizi Sanitari Regionali e Università.

Questa l'impegnativa agenda del prossimo autunno sindacale stilata dalla Segreteria Nazionale e dalla Consulta dei Segretari regionali Anaa Assomed.

FINANZIAMENTO DEL SSN

Con altrettanta preoccupazione, in questi ultimi mesi abbiamo ascoltato autorevoli dichiarazioni politiche e governative, boatos e relazioni e studi di autorevoli enti ed istituzioni pubbliche e private che convergono nel denunciare i deficit economico-finanziari che, con diversa entità, affliggono i bilanci sanitari di tutte le Regioni.

In questa partita è di fatto in gioco non la quantità e la qualità del Ssn, ma la sua stessa natura e sopravvivenza e le cause vanno con coraggio ricercate non solo nella quantità e modalità di finanziamento, ma anche nella effettiva capacità di gestione efficace ed efficiente regionale delle stesse.

Non pensiamo di tornare indietro sulla scelta istituzionale di un modello federalista e aziendalista, ma riteniamo che non sia più possibile andare avanti su questo modello federalista ed aziendalista, sempre che si voglia tutelare un servizio sanitario equo, solidale efficace e di qualità.

Paradossalmente la politica spinge verso un modello più avanzato di decentramento federale delle competenze in sanità e formazione, mentre il tavolo tecnico appositamente istituito, ha definitivamente sancito la morte del federalismo fiscale previsto dal D.lgs 56/2000 e balbetta su possibili nuovi scenari di finanziamento in grado di garantire equità e solidarietà e aggiungiamo garanzie di sostenibilità economica del sistema. C'è, in altre parole, un gap sempre più marcato tra una tenace volontà politica di rafforzare gli assetti istituzionali del Federa-

lismo e le capacità di affiancare a questi modelli di prelievo ed allocazione delle risorse in grado di garantire la tutela equa e universale dei diritti fondamentali. La prima va fermata se non c'è garanzia di efficacia della seconda.

GOVERNO CLINICO

Ferma restando la scelta aziendale, riteniamo tuttavia necessaria una revisione dei modelli di gestione dei servizi, all'interno del quale collochiamo il nostro progetto di governo clinico. Il Testo unificato su tale materia, approvato a maggioranza nella Commissione Affari Sociali della Camera, presenta poche luci e molte ombre perché sostanzialmente, nelle procedure coinvolte dalla riforma (selezione ed affidamento degli incarichi, valutazione professionale, composizione e compiti del Collegio di Direzione, età pensionabile) non opera una chiara scelta di promuovere e tutelare l'autonomia e la responsabilità dei professionisti al fine di reclutarle, come valore aggiunto, nella gestione delle aziende sanitarie.

Saremo puntuali con i nostri emendamenti al testo, anche se dubbiosi che tale provvedimento legislativo, la cui necessità condividiamo, possa superare gli ostacoli delle competenze Stato-Regioni costituzionalmente ridefinite dalla timida riforma federalista della legge 3/2001.

RAPPORTI SSR-UNIVERSITÀ

In questa stessa ottica, con grande preoccupazione ed allarme, poniamo la questione del rapporto tra Servizi sanitari regionali-Università, che ci pare ancor oggi affrontato con culture e strumenti vecchi, ma soprattutto inadeguati alle sfide della moderna medicina, della moderna organizzazione dei servizi sanitari e delle nuove e vecchie professioni.

Nelle convenzioni Regioni-Università che spesso (e volentieri) violano i principi posti dalla D.lgs 517/1999 continuiamo a leggere patteggiamenti più o meno condivisibili di quantità di servizi pubblici affidati alle Facoltà di Medicina che giustamente pongono come baricentri delle relazioni la loro autonomia e la loro mission che è innanzitutto quello di formare e fare ricerca.

In assenza di una tenuta delle Regioni, le Facoltà di Medicina si allargano nell'area assistenziale dei servizi sanitari con la motivazione che queste devono congruamente supportare il sistema formativo e la ricerca sul

quale però mantengono piena autonomia di individuazione delle quantità e dei contenuti formativi e per questo rivendicando un riconoscimento economico aggiuntivo delle prestazioni rese.

Al di là, ma non a prescindere, dalle tante inopportune ed eccessive invadenze della facoltà di Medicina nei Servizi sanitari regionali, poniamo la questione di un forte rinnovamento dei percorsi formativi attraverso una revisione della tabella XVIII che sia in grado di produrre professionisti e non solo dei laureati.

La punta di diamante di questo sistema formativo, fortemente sbilanciato sull'Università a tutela di una rendita culturale e sociale di nobile tradizione, è rappresentata dal modello tutto italiano e poco europeo di formazione degli specialisti; in merito dobbiamo e vogliamo essere chiari e coerenti. Questo sistema, che violando lo spirito e la lettera del D.lgs 270 di fatto esclude le competenze e le responsabilità del Ssn, non serve ai soggetti in formazione che vivono una condizione professionale sociale ed economica inaccettabile, non serve ai cittadini perché la relativa ristrettezza delle strutture formative comunque non garantisce l'acquisizione delle indispensabili competenze ed esperienze, non serve alle Regioni e alle aziende perché di fatto "parcheggia" preziose risorse professionali in circuiti formativi e assistenziali sostanzialmente estranei alla complessità e al tumultuoso mutare delle esigenze produttive dei servizi sanitari regionali.

CONCLUSIONI

La complessità di questo scenario, che tuttavia affronta solo alcune delle molteplici questioni che ci sono di fronte, ci impongono di stringere le fila del nostro sindacato, di perseguire nella politica di dialogo tenace con le altre organizzazioni sindacali della dipendenza e convenzionata, di seguire con attenzione e grande partecipazione la vita degli ordini professionali in fase di rinnovo, di esercitare sempre e comunque il nostro ruolo autonomo verso le forze politiche e le istituzioni indipendentemente dal loro colore.

Questo ruolo autonomo e responsabile oggi ci impone di mettere in conto una forte iniziativa sindacale, comprese azioni di protesta per la mancata attuazione dei rinnovi contrattuali secondo modalità e termini individuati dalla Segreteria nazionale.

LA CHIUSURA DELLA XIV LEGISLATURA È VICINA, MA ANCORA TANTI I TEMI IN SOSPEO

Per le Camere ancora 150 giorni

Ultimi mesi di lavoro per il Parlamento, durante i quali dovranno essere sciolte, oltre alla finanziaria, importanti questioni riguardanti la sanità. Dalla devolution al testamento biologico, senza dimenticare governo clinico e Ddl sulle professioni sanitarie

di Lucia Conti

Siamo entrati in quella fase di transizione politica che si concluderà, salvo sorprese, il prossimo aprile, quando alla fine della XIV legislatura gli italiani saranno chiamati alle urne per scegliere a quale maggioranza affidare i prossimi cinque anni di Governo. In pratica meno di sei mesi e, a voler essere precisi, meno di 150 giorni se si escludono le festività.

Tempi strettissimi per un periodo segnato da scadenze non procrastinabili, durante il quale potremo assistere ad una stretta finale su tanti temi che riguardano la sanità. La devolution, il decreto legge sulle professioni sanitarie e il testamento biologico. Oltre, chiaramente, al Contratto della dirigenza medica, di cui abbiamo parlato nelle pagine precedenti.

DEVOLUZIONE

Il presidente della Camera, Pierferdinando Casini, ha rinviato l'esame del Ddl sul federalismo, inclusa la devolution, a ottobre. Una decisione rischiosa per la Casa della libertà, in quanto potrebbe minare i rapporti con la Lega, subordinati in gran parte alla promessa della riforma del Titolo V della Costituzione. E in previsione delle elezioni, l'approvazione del Ddl si può considerare una certezza, al di là dei successivi esiti di un referendum consultivo su una devolution che, in sanità, desta ormai da anni dubbi e preoccupazioni.

Il disegno di legge costituzionale sul federalismo è stato approvato nel marzo scorso dal Senato e ora sta per approdare di nuovo a Montecitorio per poi tornare a Palazzo Madama. Il Ddl, al momento sospeso, stabilisce, per quanto riguarda la sanità (art. 117), che spetti alle Regioni la potestà legislativa esclusiva in materie di assistenza e organizzazione sanitaria, organizzazione scolastica e polizia locale.

Una riforma che, secondo la maggior parte dei protagonisti del mondo politico-sanitario, non riuscirà a garantire una devolution solidale e finirà con l'aumentare la disparità dei servizi tra Nord e Sud di Italia. Il rischio sarebbe quello di un federalismo di abbandono nei confronti delle Regioni già più svantaggiate e la creazione di 21 sistemi sanitari diversi. Per Storace, tuttavia, "la devolution non intende paritorire un'Italia a due velocità né, tanto meno, con il federalismo si vuole favorire la nascita di venti sanità diverse. E questo - ha spiegato - perché ci sono delle fondamentali salde nel nostro Servizio sanitario che puntano a garantire il diritto alla salute dal più piccolo al più grande Comune del Paese".

GOVERNO CLINICO

Continua l'iter del Disegno di legge sul Governo Clinico che, dopo aver ricevuto lo scorso 26 luglio l'approvazione della commissione Affari Sociali della Camera, passa all'esame dell'Aula dei deputati. Il testo, presentato lo scorso anno dall'allora ministro della Salute, Girolamo Sirchia, si basa sul modello britannico della *clinical governance* creato per potenziare la funzionalità del settore sanitario, al quale sono state apportate le modifiche ritenute necessarie per adattarlo alle esigenze del sistema sanitario italiano. Nel corso dell'iter normativo, nel Ddl sono state inserite numerose proposte di iniziativa parlamentare e il provvedimento contro le nomine lottizzate dei primari annunciato all'inizio dell'e-

state dal ministro della Salute, Francesco Storace. Per la corsa al "primariato" si cercano criteri di purezza e di trasparenza. "Non vale la pena - ha osservato nei mesi scorsi Storace - costringere i direttori delle Asl ad accapigliarsi con tizio o caio perché lo raccomandano". Serve, invece, che "le commissioni che giudicano i titoli dei candidati siano sorteggiate ed esaminino il candidato su una griglia di requisiti ben precisi e siano composte da persone scelte non in omaggio a criteri politici".

Secondo il Ddl, dunque, il nuovo dirigente verrebbe scelto tra una terna selezionata da una Commissione che non potrà essere formata da "colleghi" appartenenti alla stessa azienda. "In commissione entreranno solo il direttore sanitario dell'azienda col primariato "vacante" e due primari scelti a sorte tra tutti i pari grado presenti nelle strutture sanitarie regionali, esclusa quella cui si riferisce la selezione", ha precisato Giuseppe Palumbo (Fi), presidente della Commissione e relatore del provvedimento. "A guidare la scelta saranno non solo i titoli professionali, scientifici e di carriera dei candidati, ma anche l'acquisizione dei previsti crediti Ecm. E lo stesso criterio di valutazione sarà imposto anche alle strutture private che aspirino a lavorare in nome e per conto del Ssn: per essere accreditate dovranno selezionare allo stesso modo i propri dirigenti in camicia bianca".

Nel Ddl è inoltre prevista la creazione di un collegio di direzione - di cui faranno parte, oltre al direttore sanitario, i rappresentanti dei dirigenti di primo e secondo livello, e degli infermieri. "Dovrà dare parere obbligatorio su tutta l'attività clinica della struttura - ha aggiunto Palumbo - puntando al miglioramento della qualità e dell'efficienza delle prestazioni". Un paletto non da poco al cosiddetto strapotere dei manager del Ssn, che saranno tenuti a "motivare" le scelte eventualmente contrastanti con le indicazioni ricevute dal nuovo organismo.

Terza novità, la modifica della permanenza in servizio fino a settant'anni. Anche in questo caso l'obiettivo è quello di spuntare le unghie ai manager. Ciascun dirigente avrà infatti la possibilità di richiedere la permanenza in servizio oltre l'età pensionabile, senza che vi sia una specifica richiesta da parte dei Dg; il collegio di direzione potrà "eventualmente" disporre un esame di idoneità con riferimento alla funzione svolta.

Secondo Palumbo, il testo approvato dalla commissione da lui presieduta "restituisce ai medici un'importanza determinante nella gestione del sistema sanitario ospedaliero". Anche per il sottosegretario alla Salute, Elisabetta Alberti Casellati (Fi), "si tratta di una vera e propria rivoluzione normativa volta a dare più spazio alla classe medica e quindi a valorizzarne la professionalità". Ma il provvedimento non piace all'Opposizione. "Un testo ambiguo, farraginoso, che non promuove le competenze dei medici, produce ingerenze dell'università sul servizio sanitario nazionale, mortifica le speranze di carriera dei giovani medici (grazie all'elevamento a 70 anni dell'età pensionabile nelle strutture ospedaliere)", è il giudizio dei deputati Ds della commissione Affari sociali Grazia Labate e Renato Galeazzi sull'ultima bozza del Ddl sul Governo clinico.

"Con queste nuove norme i rapporti tra direttore generale delle aziende ospedaliere e medici non sa-

rebbero basati sulla trasparenza e le procedure per i concorsi diventerebbero ancora più caotiche e poco chiare. Abbiamo votato contro e annunciato un testo alternativo - hanno spiegato Labate e Galeazzi -. La questione è troppo seria per essere affrontata in modo così superficiale e arretrato".

PROFESSIONI SANITARIE

È tornato all'esame in aula al Senato lo scorso 22 settembre il testo unificato sulle professioni sanitarie proposto dalla XII Commissione Igiene e Sanità. L'impegno è quello di permettere alla Camera di pervenire alla sua completa approvazione nell'attuale legislatura.

Si tratta, in pratica, di definire quali sono le professioni sanitarie non mediche, quali i requisiti necessari per praticarle, il ruolo delle Regioni, l'individuazione di nuovi profili professionali.

Il Ddl, nato per ottenere un elevato standard di formazione professionale e ad assicurare una maggiore qualificazione degli operatori italiani in ambito europeo, era stato approvato in Consiglio dei ministri nel novembre 2004, con le seguenti disposizioni: titolo di studio universitario, iscrizione obbligatoria all'Albo professionale anche per i pubblici dipendenti, istituzione degli Ordini professionali, verifica periodica dell'abilitazione all'esercizio della professione.

Tuttavia, il provvedimento era stato poco dopo bloccato dall'Antitrust perché, "prevedendo l'istituzione di ordini professionali e subordinando l'esercizio di tali professioni all'iscrizione obbligatoria al rispettivo albo, provoca una significativa restrizione della concorrenza, comportando limitazioni all'entrata di nuovi operatori". Questo considerando che, sotto il profilo della qualificazione professionale, "le esigenze di tutela del consumatore possono essere integralmente soddisfatte con la previsione di un percorso formativo di livello universitario obbligatorio, come peraltro ribadito dalla Commissione europea".

TESTAMENTO BIOLOGICO

Il diritto di ciascuno di essere informato e di scegliere i trattamenti medici che lo riguardano e di disporre le modalità di sepoltura sono i temi centrali del Ddl sul testamento biologico approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato lo scorso luglio e ora all'esame dell'aula di Palazzo Madama.

Dopo il tema della modifica della legge 40/2004 sulla procreazione assistita, la bioetica torna dunque sulla scena politica con un testo sul testamento biologico. Autore del Ddl è Antonio Tomassini, presidente della XII Commissione, secondo il quale "l'esprimersi su temi di bioetica è un bisogno particolarmente sentito dalle nazioni più sviluppate. In particolare negli ultimi anni sono emersi fatti di cronaca importanti sui problemi dell'accanimento terapeutico e sulle richieste più o meno mascherate di eutanasia. Abbiamo quindi ritenuto importante esprimerci per dire con chiarezza cosa vogliamo e cosa rifiutiamo".

Tre i nodi decisivi del Disegno di legge: no all'eutanasia, no all'accanimento terapeutico, no all'abbandono terapeutico. Un sì convinto, invece, alla scelta consapevole e libera delle cure a cui si vuole più o meno aderire nel rispetto assoluto dei principi e delle norme costituzionali.

INTERVISTA A LUIGI FRATI, PRESIDENTE DELLA CONFERENZA DEI PRESIDI DI MEDICINA E CHIRURGIA

Ssn-Università: un rapporto ancora da definire

“Avviare una serie di analisi sulla gestione dei servizi sanitari per stabilire i propri ambiti di responsabilità”. È quanto suggerisce Luigi Frati, sottolineando la necessità di fare chiarezza sul sistema di integrazione tra Ssn e Università per rispondere alla moderna organizzazione dei servizi e alla nuova domanda formativa

di Eva Antoniotti

Il Dlgs 517/99 che regolamenta l'ambito clinico e didattico della medicina, è rimasto in gran parte inapplicato. L'Università lo giudica una “camicia di Nessò” per le Facoltà di medicina. Il mondo ospedaliero lo giudica l'ennesima occasione sino ad ora perduta per favorire lo sviluppo armonico ed equilibrato delle aziende miste ospedale-università. Le Regioni stanno legiferando autonomamente su tale materia senza coordinarsi tra di loro. Il pericolo, anzi la certezza, è che nella confusione prevalgano i poteri più forti, non sempre a vantaggio dell'assistenza ai cittadini.

Abbiamo chiesto l'opinione di Luigi Frati, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza di Roma e presidente della Conferenza dei presidi di Medicina e Chirurgia. Sul prossimo numero di “Dirigenza Medica” daremo la parola a Rosy Bindi, responsabile Sanità della Margherita e promotrice, insieme ad Ortensio Zecchino, del Dlgs 517 del 199, quando ricoprivano, rispettivamente, l'incarico di ministro della Sanità e di ministro dell'Università e Ricerca.

Dell'attuale situazione si contesta, in particolare, che in assenza di una tenuta delle Regioni, le Facoltà di Medicina finiscano con l'invadere l'area assistenziale dei servizi sanitari regionali. Ma è sempre più sentita anche l'esigenza di un forte rinnovamento dei percorsi formativi che sia in grado di produrre professionisti e non solo laureati. L'allarme arriva anche dalla Conferenza dei presidi di Medicina e Chirurgia secondo cui “a causa della sempre più evidente inadeguatezza normativa, legata in particolare alla necessità di revisione del decreto legislativo 517, la capacità scientifica della sanità universitaria è costantemente frustrata, oltre ad essere anche depauperata di fondamentali risorse finanziarie. È giunto il momento di costruire da subito un'alleanza strategica tra il sistema della sanità universitaria e le Regioni per restituire a questa determinante risorsa il giusto ruolo nell'ambito del Sistema sanitario nazionale”.

Professor Frati, qual è la situazione delle Facoltà di Medicina?

Quello a cui stiamo assistendo è un buon esempio di come può evolvere l'attività delle Aziende di riferimento delle Facoltà di Medicina, in maniera funzionale sia alla ricerca didattica che all'assistenza. Tuttavia, dove potrà portare questa strada non è ancora chiaro. L'art. 2 del Dlgs 517 pone un obiettivo di superamento, stabilendo che al termine della sperimentazione debba essere prospettato un modello unico di organizzazione, di cui però non abbiamo ancora stabilito modalità e forme. Sono comunque dell'idea che si arriverà rapidamente a una risposta, grazie al lavoro svolto dal tavolo di confronto tra l'assessore alla Sanità della Regione Toscana e coordinatore degli assessori, Enrico Rossi, e le Università, rappresentate dalla Conferenza dei Rettori e dalla Conferenza dei presidi di Medicina. L'assessore Rossi, inoltre, è molto attento a questo tipo di esigenze

integrate. A breve, dovremmo organizzare una prima riflessione, poi sarà possibile prospettare diversi percorsi, o decidere che questo modello sul piano istituzionale va bene e non va modificato.

Tra l'altro, il rapporto tra il sistema sanitario e le Università non riguarda soltanto l'assistenza, ma anche la formazione. E bisogna considerare che oggi il 75% delle lauree riguardano le professioni sanitarie e non medicina od odontoiatria.

Abbiamo, insomma, riconvertito l'offerta formativa dai medici al personale sanitario, così come abbiamo ridotto i posti letto, cercando di interpretare al meglio le richieste del Ssn. Per dare qualche cifra: la facoltà di cui sono preside iscriveva, alla fine degli anni '80, 4/5 mila studenti l'anno in Medicina e Chirurgia; adesso ne iscrive 500, ma ci sono altre 2.500 iscrizioni per le professioni sanitarie. Così, il sistema ha avuto bisogno di essere riorganizzato.

Che cosa è cambiato dal passaggio all'organizzazione nazionale a quella regionale della sanità?

Come Conferenza dei presidi abbiamo rivolto sempre un'attenzione particolare al coordinamento degli assessori alla Sanità. Anche in passato organizzavamo incontri regolari con Fabio Gava, Giovanni Bissoni e Rocco Palese, ovvero con gli assessori che coordinavano la politica sanitaria nell'ambito della Conferenza dei presidenti delle Regioni e con i quali abbiamo condiviso tutta una serie di determinazioni. Avendo stabilito, ancora prima di essere nominato coordinatore, un ottimo rapporto con l'assessore Rossi, è stato più facile, in questo nuovo contesto, sviluppare il confronto fin da subito. Va anche detto che in relazione alle evoluzioni normative, costituzionali e alle interpretazioni che sono state date dalla Corte Costituzionale, il passaggio delle competenze alle Regioni diventa per noi non un'imposizione, ma un rafforzamento della politica che avevamo già scelto negli anni passati.

I servizi sanitari evidenziano difficoltà economiche sempre più pressanti. Qual è la sua valutazione?

Credo che innanzitutto andrebbero fatte una serie di analisi ben precise su quelle che sono l'offerta e la spesa sanitaria. E in questo ambito, ritengo che vi sia un primo caposaldo, che è l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, e un secondo, che è la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza. All'interno di questo contesto, vanno poi fatte altre osservazioni: innanzitutto sulla remunerazione tariffaria, che investe gli ospedali e di fatto è ferma da anni, e poi sui Drg, che non sono stati adeguati neanche all'inflazione. Insomma, tra i tre attori del sistema sanitario, Aziende-Regioni-Stato, si è preferito gettare le Aziende nel deficit strutturale piuttosto che adeguare le tariffe. Come dire: la Regione sa che le Aziende sarebbero andate in deficit e lo Stato sa che le Regioni sarebbero andate in deficit. Poi, possiamo anche stabilire di nominare il presidente della Regione come Commissario, ma va corretto

prima un dato strutturale di fondo.

Bisogna poi sottolineare che le Regioni che sono in pareggio per il 2004, lo sono perché non hanno caricato il bilancio dei costi del Contratto. Una volta considerate le spese contrattuali, non ci sarà una sola Regione a non essere in passivo. Poi ci sono le Regioni con deficit cronici e che hanno elementi di criticità da correggere, come il Lazio per la spesa farmaceutica. Non è infatti pensabile che vi siano Regioni che viaggiano intorno al 18-19% di spesa farmaceutica, mentre la maggior parte delle Regioni è allineata al Patto dell'8 agosto 2001, rispettando il tetto di spesa farmaceutica del 13%. La salute degli italiani non è diversa da Regione a Regione.

Qualche intervento sarà senz'altro realizzato dall'Aifa, che ha già avviato dei corsi Ecm rivolti ai medici di famiglia per aumentare l'appropriatezza prescrittiva e quindi ridurre le spese inutili.

Come saranno affrontate le questioni degli specializzandi, come l'adeguamento economico e la valorizzazione professionale...

La normativa è definita, la questione riguarda semmai la sua applicazione. Il problema del contratto di lavoro degli specializzandi riguarda il desiderio di una stabilizzazione professionale una volta finito il contratto di tirocinio. Comunque, bisogna ricordare che lo stipendio di uno specializzando è pari a quello di un professore di Liceo, e non è che sia niente.

Se invece vogliamo considerare l'ipotesi di una trasformazione del contratto, di questo se ne parla da anni, anche se non c'è stato un atto pratico. C'erano state però delle proposte, esposte da un gruppo di specializzandi, che a mio parere sono da tenere in considerazione: in pratica veniva richiesto, da un lato, un lieve aumento degli stipendi, o perlomeno di poter mettere i contributi a carico dello Stato. Successivamente, considerando questo tipo di “secondo” rapporto ai fini pensionistici (perché il primo è quello di iscrizione all'Ordine dei medici), si tratterebbe di calcolare le trattenute previdenziali soltanto per il 12% e non il 35%, il che assimila il rapporto di lavoro a quello dipendente. Dare, dunque, un aumento di borsa pari alla differenza del costo degli oneri previdenziali, pur lasciando lo stesso guadagno netto.

Per quanto riguarda lo sviluppo della professionalità, lo Statuto già prevede una valutazione negli ospedali, un'attività pratica e così via. Il problema è che queste regole spesso non vengono del tutto applicate. Recentemente, comunque, il ministro dell'Università ha varato un nuovo ordinamento per le scuole di specializzazione, prevedendo controlli più stringenti su questa fase professionalizzante e introducendo la figura del coordinatore di tirocinio accanto a quella del coordinatore della scuola. Da parte nostra, questo ruolo era già stato previsto da un decennio, secondo la logica per la quale “il mestiere lo insegna chi il mestiere lo svolge”. Altrimenti, si perpetuerà il rischio di avere buoni risultati sul piano teorico ma non altrettanti nella pratica clinica.

LA SANITÀ PER IL

Lazio**Una sanità in rosso**

IL SISTEMA SANITARIO DEL LAZIO MOSTRA CRESCENTI SEGNI DI DIFFICOLTÀ, AREE DI DISORGANIZZAZIONE E INEFFICIENZA, UN RAPPORTO DETERIORATO CON I CITTADINI, LISTE DI ATTESA OLTRE IL LIVELLO DI GUARDIA E UNA CRISI FINANZIARIA GRAVISSIMA. IL QUADRO CHE SI È TROVATO DAVANTI LA NUOVA GIUNTA DI CENTRO-SINISTRA SUBENTRATA A QUELLA GUIDATA DA STORACE, PER QUANTO RIGUARDA LA SANITÀ, È DA FAR TREMARE I POLSI. LA SITUAZIONE È TALE PER CUI C'È UNA COSTANTE CRESCITA DI SPESA E DEFICIT. FRA LE RAGIONI DI QUESTE DIFFICOLTÀ FINANZIARIE, C'È L'EVIDENTE RITARDO DI REALIZZARE DEI PROCESSI DI RIORGANIZZAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE NECESSARI A SODDISFARE LA NUOVA DOMANDA DI SALUTE

di **Stefano Simoni**

Il Lazio è tra le Regioni che nella recente tornata elettorale amministrativa ha cambiato volto e colori di Giunta passando da una maggioranza di centro-destra ad una maggioranza a guida Ulivista. Piero Marrazzo è stato eletto presidente al posto di Francesco Storace e Augusto Battaglia è stato nominato assessore alla Sanità al posto di Marco Verzaschi. Dunque un mutamento politico di 180 gradi che comincia a dare i primi risultati. Primo fra tutti: il Lazio rappresenterà le Regioni nell'Agenzia nazionale del farmaco.

Secondo il presidente della Regione Lazio Piero Marrazzo, "la designazione della nostra Regione da parte della Conferenza dei Presidenti di Regione e delle Province autonome a coordinare settori strategici come innovazione, istruzione, ricerca e lavoro, e l'aver ottenuto di rappresentare le Regioni nell'agenzia sono due risultati importantissimi. Decisivi per lo sviluppo dei prossimi anni. Quando immaginiamo un Lazio moderno e solidale lo facciamo partendo da questi temi: la sanità garantita per tutti e una piena e buona occupazione, che poggi su basi solide di innovazione e ricerca. Avere il coordinamento di tutte le Regioni su questi temi è un primo passo per costruire un futuro più competitivo per la nostra regione e per il nostro Paese".

Altro risultato importante è quello relativo alla questione delle nomine dei nuovi Direttori generali. È cambiato il metodo, si è voluto dare un chiaro segno di discontinuità rispetto al passato: è stato, infatti, affidato ad un comitato indipendente la selezione dei candidati. Questo ha dato luogo a degli strascichi polemici in quanto i "vecchi" Direttori generali hanno fatto ricorso al Tar contro il provvedimento dell'assessore Battaglia, ma il Tribunale amministrativo regionale ha riconosciuto valido il procedimento messo in atto dal nuovo assessorato.

Gli obiettivi prioritari assegnati ai nuovi manager sono essenzialmente la riduzione dei tempi massimi delle liste d'attesa di almeno il 30% per selezionate tipologie, l'incremento del 20% della distribuzione farmaceutica a carico del servizio sanitario regionale, l'elaborazione di un piano di formazione per il personale rispettando lo stanziamento dell'1% del monte salari e infine la riduzione del 30% dei contratti di lavoro atipico e delle consulenze.

SQUADRA DI GOVERNO

È necessario riorganizzare tutto il sistema sanitario regionale, abbiamo visto che la situazione non è certo tra le più rosee e per questo è stata varata una squadra di manager autorevole e competente già operativa. Una squadra, che, assieme all'assessore, alla Giunta, alla commissione Sanità e al Consiglio regionale, avrà il compito non certo facile di riqualificare tutto il comparto. "In poche settimane di lavoro vero - ha affermato l'assessore Battaglia - la Regione ha pubblicato il bando e selezionato i direttori generali: abbiamo puntato sulla qua-

lità, perché la qualità è il nostro obiettivo nell'erogazione dei servizi sanitari ai cittadini. I bisogni di salute saranno soddisfatti attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera e dei servizi territoriali, per una Sanità sempre più vicina ai malati e ai cittadini tutti, pur in una situazione finanziaria difficile, eredità della precedente maggioranza".

Questa dunque la principale preoccupazione e occupazione della nuova Giunta in quanto, come ha spiegato da Augusto Battaglia in una delle sue prime uscite: "Il sistema sanitario del Lazio mostra crescenti segni di difficoltà, aree di disorganizzazione e inefficienza, un rapporto deteriorato con i cittadini, liste di attesa oltre il livello di guardia e una crisi finanziaria gravissima che colloca la regione a rischio di affiancamento o commissariamento". Insomma, anche se nessuno vuole addebitare alla Giunta Storace la responsabilità di questa situazione - fanno sapere da via Cristoforo Colombo (sede della Regione) - "è un dato di fatto che non si sia saputa cogliere l'opportunità offerta dai maggiori finanziamenti negli ultimi anni". Nel Lazio si è verificata una costante crescita di spesa e deficit che ha determinato una grave crisi finanziaria. Quello che risulta lampante è che il Lazio paga un dato strutturale, l'evidente ritardo di realizzare processi di riorganizzazione e razionalizzazione necessari a soddisfare la nuova domanda di salute che la società esprime.

"I bilanci delle aziende sanitarie del Lazio saranno resi pubblici per rendere completamente trasparente ciò che si fa nella sanità". È quanto affermato dal presidente della Regione Lazio Piero Marrazzo. Un'operazione trasparenza, necessaria per programmare e governare nel settore.

Lazio

Popolazione 5.242.700

Asl 12

Aziende ospedaliere 3

Altre strutture ospedaliere

53 presidi ospedalieri nelle Asl

8 ospedali classificati

80 case di cura accreditate

4 policlinici universitari

6 Irccs

Medici dipendenti del Ssn 8.500 circa

Medici in convenzione 4.700 circa

LINEE PROGRAMMATICHE

Augusto Battaglia, in una delle sue prime uscite, ha illustrato la situazione del comparto sanitario regionale e le linee programmatiche per il futuro. Per quanto riguarda i temi del rapporto territorio-ospedale, con particolare riguardo alla rete ospedaliera ha affermato che: "è vecchia nonostante i tre nuovi ospedali aperti nella scorsa legislatura". È forte la necessità di riorganizzazione le strutture sanitarie in provincia e di coniugare la medicina specialistica con quella di base. Occorre rafforzare l'Arres-118, modernizzare il sistema di soccorso e terapia intensiva, migliorare il Recup per le liste d'attesa. Tra gli obiettivi della Giunta di Marrazzo: "Un sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica, il cui tetto di spesa è stato sfondato, e di poter giungere ad un nuovo accordo con i farmacisti riguardo la distribuzione diretta dei farmaci più costosi".

Riguardo alla situazione finanziaria del comparto sanitario e del deficit, Battaglia ha affermato che "non c'è intenzione di ricorrere alla finanza creativa e alle cartolarizzazioni, ma di puntare alla ristrutturazione del sistema".

TICKET FARMACI

"Entro l'autunno la Regione Lazio abolirà il ticket sui farmaci". Questa la previsione dell'assessore Augusto Battaglia, precisando che l'iniziativa riguarderà prima i farmaci generici e successivamente tutti gli altri. A breve entrerà in funzione l'osservatorio regionale sull'appropriatezza delle prescrizioni. Per l'assessore, infatti, è necessario che l'eliminazione del contributo diretto dei cittadini attraverso il ticket sia accompagnato da un più preciso controllo su quello che viene speso dalla Regione in farmaci. "Nel Lazio - ha spiegato ancora Battaglia - esiste tra l'altro un sistema informatico che permette queste verifiche ma non è mai entrato in funzione.

"Razionalizzare gli ospedali, ma valorizzare il pubblico e la professione"

**INTERVISTA A DONATO ANTONELLIS
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED LAZIO**

Dottor Antonellis, con il cambio di guida politica alla Regione Lazio, ha già notato dei cambiamenti nel settore della sanità in questi primi mesi di Giunta Marrazzo?

A dir la verità, penso che attualmente assistiamo ad un periodo di relativa stasi, non vedo un grande affannarsi, mi aspettavo un po' più di vigore. In ogni caso, c'è da prendere atto delle nomine dei direttori generali, alcune di indubbio spessore, altre da "testare" strada facendo. Ho notato, a questo proposito, un maggiore riciclo rispetto al passato, ma il mio giudizio complessivo è sospeso e non mi sento di dare pareri definitivi, anche perché non è detto che persone mediocri in un ambito non possano riscattarsi in qualità di direttori generali.

Augusto Battaglia, a suo giudizio, è l'uomo giusto al posto giusto?

È certamente un uomo preparato, perbene, una persona assolutamente affidabile. Spero faccia valere da subito queste indubbie e riconosciute qualità, mettendole al servizio di tutti noi.

Secondo Lei, a quale problema bisogna mettere subito mano?

La situazione del Lazio, soprattutto per la parte economica, è resa ancora più drammatica da scelte rimandate troppo a lungo, e che adesso vanno considerate con molta attenzione. Mi fa piacere, ad esempio, che l'assessore Battaglia parli di inversione di tendenza ospedale-territorio, ma mi deve prima spiegare due cose: la prima, se esiste un territorio inteso come organizzazione dei servizi; secondo, dove prenderà i soldi eventualmente per gestirlo. Se parliamo di priorità, la mia opinione è che bisogna innanzitutto razionalizzare la presenza ospedaliera chiudendo alcune strutture e concentrando le risorse su centri che funzionino al top, e nel contempo accedere a finanziamenti per portare la sanità sul territorio.

L'assessorato, all'inizio dell'estate, ha ipotizzato l'abolizione del ticket sui farmaci. Lei è d'accordo con questa scelta?

Io non avrei fatto questa scelta, perché ormai i ticket ci sono e nessuno se ne lamenta. Rappresentano inoltre un'entrata importante per raccogliere fondi da investire in sanità.

Lei conosce bene la sanità del Lazio, a suo parere di cosa ci sarebbe bisogno?

I fondi arrivati finora sono stati sperperati in strutture private che poi non danno nulla in termini di miglioramento globale del sistema. Questo accade perché non si mettono tetti a determinate prestazioni e si accreditano senza criteri cliniche private, gabinetti radiologici e laboratori, magari solo perché alcune zone vengono ritenute prive di strutture sanitarie pubbliche adeguate. Si pensi al Policlinico Casilino, foraggiato in maniera massiccia mentre si ignora la crescita di Tor Vergata. Soldi pubblici al servizio di guadagni privati, non sempre nell'interesse di tutti. Tutto accade legalmente, per carità: io contesto le scelte politiche.

A questo proposito il presidente Marrazzo, in una delle sue prime uscite, il convegno Aiop di Ischia, affermò che la sanità non deve avere aggettivi e che nel Lazio ci sarebbe stata una perfetta integrazione tra pubblico e privato. Lei condivide questa visione?

No. E non perché voglia penalizzare o demonizzare il privato, ma perché bisogna operare una netta distinzione: io sono per una sanità pubblica, con un supporto privato, e non il contrario, come spesso accade nella nostra Regione. Comunque, attendiamo fiduciosi i prossimi mesi per dare giudizi più completi. Il 27 ottobre, nell'ambito del quinto convegno dei quadri Anaa, abbiamo organizzato un seminario di studi al quale è stato invitato anche l'assessore Battaglia: sarà la sede giusta per parlare con franchezza della raziona-

lizzazione degli ospedali tra pubblico, privato e università.

Università, un'istituzione che nel Lazio ha un ruolo decisamente importante. Qual è la Sua visione in merito?

È una cosa immorale che in una città come Roma ci siano cinque facoltà di medicina. Servono solo a produrre medici

che una volta finiti gli studi andranno a rimpolpare gli elenchi dei disoccupati e a mantenere il posto a professori che altrimenti andrebbero a spasso...

Il problema è che occorre rivedere il processo di formazione in toto, in maniera da preparare in modo eccellente un numero congruo di medici, senza svalutare la professione. L'Università sta dilagando, e spesso senza una bussola.

**INTERVISTA AD AUGUSTO BATTAGLIA
ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE LAZIO**

"Una grande riforma da fare insieme a tutti i medici"

Assessore Battaglia, sono passati quattro mesi dalla sua elezione. Che sanità ha trovato nel Lazio?

La sanità del Lazio è complessa: vi sono i Policlinici universitari, le Aziende ospedaliere, tanti istituti a carattere scientifico, migliaia di medici e operatori, 5 milioni e mezzo di cittadini. Quella che ho trovato è una sanità inadeguata, ancora indietro nel rapporto ospedale-territorio, con il 53,4% di spesa destinata all'ospedale: un tasso eccessivo, se si pensa che le Regioni più avanzate sono intorno al 42-43%. Il territorio è debole e soprattutto disorganizzato, e questo porta a pressare sugli ospedali, sull'emergenza e sui ricoveri impropri.

Abbiamo un'assistenza domiciliare ancora insufficiente, una rete di Rsa inadeguata, una politica degli accreditamenti e un numero di posti letto fuori da ogni programmazione.

Quanto è grave la situazione finanziaria?

Sta emergendo un deficit reale che non è quello che dichiarava la precedente Giunta e i precedenti direttori generali. Le verifiche indicano una situazione drammatica, che mette le aziende in una situazione di totale carenza di liquidità. Naturalmente sono questioni che dovremmo risolvere attraverso una buona amministrazione e operazioni di bilancio che non siano basati su una finanza creativa, ma su una finanza con i piedi ben piantati per terra. La finanza creativa adottata finora ha creato artificialmente liquidità che non è stata utilizzata per migliorare il sistema, ma per aumentare gli sprechi: accreditamento senza programmazione, eccesso di consulenze, primariati inutili che si sono moltiplicati e un tasso di produttività che si è abbassato.

Quali sono gli errori più evidenti della precedente Giunta?

Due errori, in particolare. Lo spezzettamento della responsabilità nella sanità, per cui la presidenza controllava i grandi appalti, l'assessorato al bilancio controllava tutto l'aspetto finanziario, l'Agenzia aveva funzioni di controllo e l'assessorato non si capiva bene cosa facesse. È mancato un unico centro di programmazione.

L'altro grave errore è stato la politicizzazione delle scelte locali, della terna "direttore sanitario, generale e amministrativo". Addirittura la politicizzazione delle scelte dei primari, delle scelte degli infermieri... Una lottizzazione che è arrivata a tutti i livelli. Tutto questo ha creato disagi e disorganizzazioni.

Le nomine dei direttori generali hanno provocato degli strascichi polemici.

Abbiamo avuto sei ricorsi al Tar di direttori generali che ritenevano di essere stati penalizzati per ragioni politiche. Il Tar ha riconosciuto che questo non era vero. Abbiamo semplicemente attuato lo statuto regionale, che all'articolo 55 comma 4 prevede che le aziende regionali vedano decadere dopo 90 giorni i vertici nominati con discrezionalità e con autonomia dalla precedente Giunta. Sarebbe improprio sviluppare una politica sanitaria con direttori generali che sono responsabili dell'attuale disastro economico e finanziario della sanità e che sono stati nominati non con concorso pubblico, ma fiduciarmente dalla precedente Giunta che aveva una politica diversa dalla nostra.

Una delle criticità del Lazio è la spesa farmaceutica.

Non c'è farmaco-vigilanza e si finisce per sfondare il tetto di 438 milioni di euro. Stiamo lavorando per intervenire e, in fondo, non c'è da inventare niente ma solo da applicare la legge. Stiamo anche organizzando un osservatorio per incentivare l'impiego di farmaci generici. È una grande riforma che dovremo fare insieme ai medici, con cui vogliamo definire le linee guida per le prescrizioni farmaceutiche, per le analisi e farci responsabili di una sanità che deve prescrivere secondo scienza e coscienza, in un quadro di responsabilità generale e diffusa.

L'abolizione del ticket sui farmaci è un progetto realizzabile?

È un obiettivo realistico. Ci sono Regioni che hanno il ticket e sfondano regolarmente il tetto di spesa e Regioni, come la Toscana, che non ce l'hanno e rientrano nel 13%. La nostra ambizione è fare come la Toscana.

ELEZIONI OMCEO: AL VIA IL RINNOVO DEI 101 CONSIGLI DIRETTIVI PER IL TRIENNIO 2006/2008

Un nuovo triennio è alle porte: per gli Ordini è stagione di bilanci e previsioni

Entro la fine dell'anno si concluderà il rinnovo dei Consigli direttivi degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri (Omceo), cui seguirà, nei primi due mesi del 2006, quello degli organismi della Federazione nazionale.

Abbiamo chiesto ai presidenti di Ordine iscritti alla nostra Associazione di tracciare un bilancio dell'attività del triennio ormai quasi concluso e di illustrarci le priorità e gli obiettivi verso cui le varie realtà ordinistiche concentreranno il loro impegno nei prossimi anni. Sono intervenuti per gli Ordini di Nuoro, Udine, Avellino, Reggio Emilia, Verona, Matera, Caltanissetta e Frosinone i presidenti: Arru, Conte, D'Avanzo, De Franco, Fazzini, Gaudiano, Lacagnina e Cristofari.

Promozione dell'immagine dell'Ordine e rilancio del suo ruolo istituzionale, miglioramento della comunicazione a favore di medici e cittadini, interazione tra i vari professionisti dell'area sanitaria, avvio di forme innovative di formazione, responsabilità professionale, lotta all'abusivismo, ed ancora, etica e deontologia. Queste le principali aree di interesse che accomunano l'impegno ordinistico nelle varie realtà regionali

Un impegno concentrato sul rilancio dell'immagine ordinistica

LUIGI ARRU - Presidente Omceo Nuoro

“L'attuale Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Nuoro ha iniziato il suo lavoro nel gennaio del 2003, affrontando da subito gli aspetti che presentavano le maggiori criticità, privilegiando la creazione di un clima di collaborazione all'interno della categoria. I principali interventi hanno riguardato l'avvio di iniziative per migliorare l'immagine ordinistica, sia tra i colleghi sia tra i cittadini, attraverso iniziative che permettessero di far conoscere ruolo e funzioni dell'Ordine dei medici.

Particolare impegno è stato dedicato allo sviluppo di percorsi formativi integrati tra medici ospedalieri e medici di medicina generale, favorendo il miglioramento della comunicazione e dell'interazione professionale. Tale azione è stata finalizzata al superamento di pregiudizi, fonte di contrasti e di indebolimento dell'immagine della professione medica.

Nei momenti in cui la professione medica rischiava di essere banalizzata, come in occasione del cosiddetto “decreto antitruffa” che colpevolizzava l'intera categoria, è stata posta in essere un'azione politica attraverso l'utilizzo della “moral suasion”. La sensibilizzazione dei colleghi, dell'opinione pubblica e dei parlamentari della Regione attraverso gli organi di stampa è stata perseguita con impegno anche con la diretta partecipazione dei consiglieri dell'Ordine ad eventi pubblici.

Obiettivo della categoria è stato far percepire ai portatori di interesse che la protesta non rappresentava una tutela corporativistica della professione per la paura di strumenti punitivi e che, al contrario, interesse dei medici e della società era prioritariamente la ricerca della qualità attraverso l'introduzione di sistemi di valutazione e misurazione dei professionisti, fatta attraverso il confronto tra pari, presenti i rappresentanti dei cittadini come garanti della trasparenza delle procedure.

È stato avviato un tavolo di collaborazione con i rappresentanti delle altre professioni, prima di tutto gli infermieri, per sviluppare un dialogo e mo-

delli di interrelazione, non solo attraverso periodiche riunioni, ma con l'uso di programmi specifici, coinvolgendo le diverse figure nella preparazione di percorsi diagnostici terapeutici, come per esempio nel caso delle cure palliative, si è riusciti a far lavorare per un anno, medici ospedalieri, medici di famiglia, infermieri, psicologi e sociologi, producendo un documento finale pratico sull'assistenza al paziente terminale. Quindi, l'Ordine come sede e momento di sintesi interprofessionale, che pur riconoscendo il ruolo e la funzione delle professioni sanitarie, vuol far emergere l'autorevolezza della professione medica.

Lo sviluppo di forme innovative di formazione, attraverso il completamento di una funzionale sala riunioni con un sistema per videoconferenze, utilizzato per il collegamento alle lezioni con colleghi di prestigiose università americane e canadesi, è stato un costante impegno perseguito dal consiglio di quest'Ordine. Ciò ha consentito di usufruire di scambi professionali molto stimolanti e che hanno suscitato ampio interesse, come nel caso di un corso sulla Sars, che è stato completato con un collegamento con il Canada per discutere sull'autoquarantena del personale sanitario come metodo per bloccare la diffusione del virus.

La Collaborazione con l'Ordine degli avvocati, che ha portato alla costituzione di un nucleo della Cup, ha permesso il confronto sui problemi ordinistici, sviluppando in numerosi incontri le tematiche della bioetica e costruendo, tra l'altro, la base per un sistema di gestione del contenzioso medico in ambito extra giudiziale.

In relazione al drammatico episodio in cui è stata barbaramente uccisa una collega durante il suo turno di continuità assistenziale, l'Ordine ha avviato un'azione politica per sensibilizzare le istituzioni sulle condizioni di lavoro dei colleghi della continuità assistenziale. Inoltre, corsi di formazione specificamente indirizzati hanno permesso di affrontare le problematiche medicolegali e gli argomenti medico-chirurgici che più frequentemente si incontrano nell'attività quotidiana”.

L'unitarietà della professione medica un caposaldo dell'attività del nostro Ordine

LUIGI CONTE - Presidente Omceo Udine

“Guardandosi indietro si avverte la soddisfazione delle non poche cose realizzate, ma volgendo lo sguardo al futuro si intravede l'occasione di un notevole impegno per dare risposte adeguate ai mutamenti della professione medica in linea con le grandi trasformazioni della società civile e dell'etica.

In queste righe un riesame dei grandi temi che interessano la nostra professione a livello generale nazionale e locale che ci hanno visti impegnati sarà l'occasione per tracciare un bilancio da proporre all'attenzione di tutti i colleghi.

L'unitarietà della professione medica è stato un caposaldo dell'attività dell'ordine di Udine che ha favorito in questo triennio il gioco del confronto democratico, pur tenendo ferma la barra del timone dell'assoluta libertà ed indipendenza della professione al di là di ogni condizionamento politico, ideologico o partitico. Prioritario è stato, quindi, il tentativo di rafforzare l'attenzione alle esigenze della professione così da dare subito agli studenti gli elementi per comprendere la peculiarità dell'essere professionista medico e quali ne sono i vincoli etici e deontologici che investono ogni espressione della vita anche al di fuori del semplice esercizio professionale.

Una particolare attenzione è stata rivolta anche ai temi della responsabilità professionale e dell'errore sanitario, che spesso sfociano in accuse ingiuste nei confronti dei colleghi. Ci siamo impegnati per far capire che l'errore medico è solo una punta dell'iceberg dell'errore sanitario, che troppo spesso è in rapporto a carenze organizzative e non ascrivibile alla sola responsabilità del singolo medico che risulta essere soltanto l'ultimo anello di una catena ed il più esposto.

A tale proposito abbiamo promosso, in “partnership”, l'organizzazione di un corso di formazione in *risk management* che si è svolto a settembre e che ha riscosso un notevole successo.

Ritenendo che la responsabilità professionale è un problema emergente per la nostra professione, nel presente, ed ancor più nel prossimo futuro, e che vada affrontato con competenza ed interventi specifici riguardanti ciascun aspetto della complessa questione, abbiamo lavorato su diversi fronti:

- Formazione in materia di gestione del rischio
- Attenzione alle problematiche più pressanti dell'esercizio della professione
- Costante attenzione ed aggiornamento su leggi e sentenze
- Contrasto all'azione di alcune associazioni di consumatori e malati che utilizzano in modo genericamente diffamatorio lo strumento della stampa per diffondere dati imprecisi che determinano disorientamento e sfiducia nei cittadini
- Passi attuativi concreti per la costituzione di una camera arbitrale presso l'Ordine per rispondere alle richieste dei cittadini e ridurre il contenzioso dalle aule dei tribunali
- Contatto con il presidente dell'Amami (Associazione Medici Accusati Ingiustamente di Malpractice) per la eventuale costituzione di una sezione ad Udine
- Apertura presso l'Ordine dello Sportello del Cittadino che ci ha consentito di gestire in modo equilibrato alcune situazioni di contenzioso senza che sfociassero in manifestazioni ben più eclatanti e come hanno avuto modo di apprezzare i diretti interessati.

La difesa dei medici ha visto l'Ordine impegnato in più occasioni a bloccare atti di prevaricazione nei confronti di colleghi o di non sufficiente tutela dei medici e dei cittadini. Identica azione abbiamo attivato nei confronti dell'apparato burocratico sanitario regionale e locale per atteggiamenti palesemente vessatori per scorrette o personali interpretazioni di norme.

Ci siamo adoperati, inoltre, al fine di definire quelle situazioni di disagio professionale che hanno interessato alcuni colleghi ed abbiamo attivato tutti i canali per contribu-

re a risolvere alcuni gravi problemi di disagio esistenziale di taluni altri.

In campo formativo, l'impegno per la realizzazione ed attivazione della fase regionale dell'Ecm è stato coronato da successo con la costituzione della Commissione Regionale Ecm che ha iniziato a lavorare dal 15 febbraio del corrente anno e ha già accreditato numerosi eventi con notevole semplificazione della procedura e soddisfazione degli utenti. È iniziata inoltre la procedura per la costituzione della Consulta Regionale per la formazione per l'identificazione dei bisogni formativi di tutte le professioni sanitarie. Attualmente la Commissione sta lavorando ai criteri per l'accREDITAMENTO della formazione sul campo.

La comunicazione ha avuto un ruolo importante in questo triennio con la ristrutturazione del sito web: www.omceoudine.it. Tra gli aspetti qualificanti sono da rilevare la facile accessibilità e lettura, l'identificazione di uno spazio per i medici, uno spazio per il cittadino ed uno spazio per le istituzioni sanitarie e la possibilità di sviluppo per rispondere alle esigenze che verranno rappresentate dai nostri colleghi. Anche il restyling del Notiziario dal punto di vista grafico e dei contenuti ha ottenuto un alto indice di gradimento.

Anche il rapporto con il cittadino non è stato trascurato. Con il servizio “Sportello del Cittadino” e con il numero verde l'Ordine di Udine si è proposto di fornire un importante mezzo di comunicazione ed informazione al servizio del cittadino per migliorare il rapporto tra la professione medica ed i pazienti. L'Ordine ha voluto anche in questo modo rafforzare il suo ruolo di garante della professione medica quale strumento più efficace per essere al fianco dei cittadini.

Infine non è mancato un interesse per il sociale. Abbiamo continuato in un costante e coerente atteggiamento di attenzione ed ascolto nei confronti delle Associazioni di Volontariato impegnate in campo sanitario, convinti sempre più della loro grande utilità sociale e del supporto che possono dare al nostro esercizio professionale ed alla qualità dell'assistenza.

L'azione di recupero di visibilità sociale alla professione è culminata con la Giornata del Medico 2005, ormai diventata un evento nel cuore della città che ha riscosso un gran successo di partecipazione da parte dei nostri colleghi, un caloroso entusiasmo da parte dei colleghi premiati per i 50 anni di laurea, ma soprattutto un'attenzione da parte dei cittadini e delle istituzioni politiche, sociali e religiose”.

L'Ufficio di coordinamento regionale degli Ordini non può più attendere

ANTONIO D'AVANZO - Presidente Omceo Avellino

“Nel maggio di quest'anno, su iniziativa dell'Ordine dei Medici della Provincia di Avellino si è tenuta, presso l'Ordine di Napoli, una riunione alla quale hanno partecipato tutti gli Ordini provinciali della Campania, con all'ordine del giorno l'eventuale costituzione di un Ufficio di Coordinamento regionale che in qualche modo potesse svolgere le funzioni proprie di una Federazione regionale. Dopo aver registrato la piena disponibilità e la ferma volontà di tutti i partecipanti, si è dovuto prendere atto dell'impossibilità di prendere qualsiasi determinazione in assenza di una normativa di riferimento.

In altre parole, gli Ordini provinciali della Campania, come di altre Regioni, avendo necessità di dialogare e confrontarsi con l'Autorità regionale sanitaria, non dispongono dello strumento legislativo idoneo per poter esercitare quel ruolo di “Enti ausiliari dello Stato” per il quale sono stati istituiti. Il nostro Ssn riconosce alle Regioni un ruolo fondamentale di programmazione, gestione e controllo, al quale gli Ordini provinciali devono poter collaborare partecipando responsabilmente alle decisioni in tema di governo clinico, di organizzazione del lavoro, di accreditamento dell'Ecm, di modalità di ricettazione, di rapporti con le aziende farmaceutiche, etc. Ciò accade per effetto di una legge istitutiva degli Ordini quasi centenaria, completamente superata dai cambiamenti verificatisi nella società e nella professione, che ha fortemente contribuito a estromettere i medici dalle sedi e dai momenti decisionali più importanti nella organizzazione sanitaria nel nostro Paese. Un Ordine moderno per poter svolgere il suo ruolo di organo ausiliario, e quindi di consulenza sulla Sanità, di controllo della qualità della professione, di esercizio del potere disciplinare, di garante della

formazione professionale, non può rinunciare a un confronto vero e dialettico con gli organismi sanitari regionali. Ciò sarebbe possibile solo se le Federazioni regionali avessero valenza istituzionale, ma ciò è vero solo per la Federazione nazionale, che ha però come referente il ministero della Salute, che ormai esercita un potere centrale di coordinamento e indirizzo sempre più debole. Per diventare operative le Federazioni regionali necessitano di un riconoscimento giuridico, che può avvenire solo nell'ambito della nuova legge di riordino delle professioni e degli Ordini professionali. L'iter parlamentare di questa legge, però, si profila difficile e accidentato per molteplici ragioni. La prima considerazione è che la legge dovrà riguardare tutte le professioni intellettuali (non solo quella medica), in secondo luogo la legge dovrà tener conto degli accordi e trattati europei, e, infine, essa sarà fortemente condizionata dalla modifica del titolo V della Costituzione (riforma federale), senza contare i rischi derivanti dalla devolution.

La professione medica non può permettersi un'attesa così lunga, e continuare ad essere assente proprio a livello regionale, snodo cruciale dell'organizzazione sanitaria nazionale. Diventa allora ragionevole chiedere all'Autorità regionale un'iniziativa legislativa volta ad istituire un Ufficio di coordinamento regionale degli Ordini provinciali con funzioni analoghe a quelle di una Federazione regionale. È questo un vuoto da colmare nei rapporti tra Ordine professionale e Autorità sanitarie regionali, che consentirebbe ai medici di poter esercitare in maniera compiuta il governo della professione, avendo di fronte le Regioni, quali interlocutori veri di una Sanità decentrata, e in grado, quindi, di intervenire autorevolmente ed efficacemente nel dibattito sui problemi della salute e della organizzazione sanitaria”.

Accompagnare il passaggio dell'attività medica dal sistema sanitario al sistema salute

SALVATORE DE FRANCO - Presidente Omceo Reggio Emilia

“Nel triennio 2003-2005 si è assistito, dall'osservatorio che è la presidenza dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Reggio Emilia, ad un riorientamento della professione medica che ricolloca i saperi del medico nella medicina, i bisogni sanitari nel contesto del sistema per la salute, i pazienti nel ruolo di cittadini fragili con ricerca di una nuova cittadinanza sociale.

L'attività professionale medica nel 2006-2008 sarà in continua revisione in una provincia con indicatori di benessere elevati, che richiamano costantemente nuove popolazioni nazionali, che si affiancano a più numerose etnie provenienti da altri continenti dove l'aspettativa di benessere e di vita è ben differente, con prevalenza dei valori sanitari orientati al quotidiano più che alla prevenzione delle malattie. Nel settore più strettamente professionale abbiamo assistito all'allargamento dei professionisti dell'area sanitaria che vedono affiancarsi i nuovi laureati con laurea di I livello dei corsi di laurea per Infermieri, Tecnici di varie branche ed Ostetriche. Il medico si è venuto a trovare, in questo triennio, in una nuova area professionale in cui i profili formativi e le relative competenze hanno portato a ridefinire le funzioni dei singoli professionisti; il medico svolge sempre più il ruolo di consulente e componente le equipe curanti ed assistenziali.

Da questa evoluzione si rende necessario per il prossimo triennio un maggior coordinamento degli Ordini e Collegi al fine di contenere i rischi di interazioni professionali negative e quindi di responsabilità anche da

parte di questi professionisti.

Nel corso del triennio ordinistico abbiamo assistito all'attivazione del sistema Ecm nazionale e poi regionale, che oggi indica di realizzare i crediti formativi, senza specificare come impiegarli e come gestirli.

Per il prossimo triennio possiamo prevedere che non ci saranno indicazioni o sanzioni, ma viste le più recenti richieste di attestazioni di crediti, questi saranno da considerare come requisiti per iniziare l'attività in strutture private convenzionate, per chi chiede l'accreditamento della propria struttura sanitaria, per accedere ai concorsi pubblici. Il livello attuale di effettuazione del sistema Ecm richiede una revisione delle metodologie e contenuti didattici, l'avvio di eventi che siano sottoposti a valutazione di esito e di impatto, altrimenti il sistema sarà solo un creditificio, perdendo l'occasione di costruire un sistema di valorizzazione delle conoscenze e competenze, veri valori intangibili.

Si potrebbero fare alcune considerazioni sull'importanza che ha avuto nel triennio l'informatica, ritengo opportuno porre alla riflessione la necessità di lavorare in rete sia di pratica, che di conoscenze, creare gruppi permanenti di lavoro collegati con centrali operative, perché assisteremo allo sviluppo di sistemi sempre più diffusi di tele sorveglianza sanitaria, teleconsulto per la qualificazione delle consulenze e delle *second opinions*.

Nella nostra realtà abbiamo curato un progetto "La Web Community per la pratica clinica" che vede tutti i professionisti sanitari della Provincia uniti da una unica fonte culturale, aperta a tutti che è la biblioteca Medi-

ca "Pietro Corradini".

Il passaggio della collocazione dell'attività medica dal sistema sanitario al sistema salute, è stato il più grande sforzo che si è messo in atto nella nostra provincia. L'Ordine è impegnato, in un versante, nella campagna per la lotta alle droghe legali, per la donazione di organi e di sangue, per la difesa dell'ambiente, per la diffusione e sviluppo dei registri provinciali di malattia, come il Registro Tumori, nell'altro, nella collaborazione con le istituzioni per i suggerimenti tecnici in tema di stesura dei Piani per la Salute ed i Piani Socio Sanitari di zona. L'attività ordinistica non sembra essere coinvolta nella creazione del sistema salute, ma l'aggregazione di professionisti, il lavoro in gruppo interprofessionale è indispensabile se si vuole creare uno sviluppo delle competenze sanitarie in competenze di gestione della salute.

Nell'ultima parte delle considerazioni sulle proiezioni per le attività dell'Ordine nel prossimo triennio 2006-2008 è doveroso affrontare la figura del paziente che oggi ha acquisito una sempre maggiore coscienza del ruolo e dei diritti in tema di garanzia della salute.

Nella nostra realtà si sono sviluppate diverse forme di tutela di singole tipologie di pazienti, sono sempre più frequenti le Associazioni di pazienti che orientano e rappresentano determinati bisogni legati a specifiche patologie e per queste attivano campagne di sensibilizzazione, attività di supporto alla ricerca e diffusione dei risultati. Allo stesso tempo i singoli cittadini incidono sempre più sull'attività quotidiana dei medici richiedendo un maggior numero di informazioni, pareri e loro interpretazioni, tutte espressioni di questo nuovo modo di essere cittadinanza partecipata e sociale. Per questo l'Ordine dovrà porsi in discussione nel confronto con la cittadinanza, in particolare per le nuove espressioni di cultura sanitaria emergenti, dovremo ricercare e valorizzare sempre più l'interculturalità delle relazioni con i cittadini, garantendo una crescita multiculturale del singolo e di tutta la comunità medica ed odontoiatrica".

Un Ordine è credibile se capace di esprimere tutte le anime della professione

PIETRO MARCELLO FAZZINI - Presidente Omceo Verona

“Il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Verona è largamente rappresentativo della professione poiché in esso hanno voce anche i settori più "deboli", quali gli specialisti in formazione e i medici pensionati.

L'attività dell'attuale Consiglio si è svolta su tre filoni fondamentali: promozione e sviluppo dell'integrazione e del dialogo tra i professionisti, avvicinamento degli iscritti all'Ordine e valorizzazione del suo ruolo, riproposizione del Codice deontologico quale elemento fondante dell'attività medica. Sul primo punto lavora incessantemente una Commissione territorio-ospedale-università che, con un'azione sistematica porta a porta, affronta le inapproprietezze ed i contenziosi con intento formativo oltre che conciliativo. Lo scopo è di riportare all'interno dell'Ordine ogni confronto professionale ed evitare comportamenti che possano delegittimare i professionisti e strutture di fronte al cittadino. Il secondo obiettivo è realizzato con varie iniziative miranti a coinvolgere il maggior numero possibile di iscritti in iniziative ordinistiche. L'attenzione è rivolta soprattutto ai neo-abilitati che singolarmente incontrano il Presidente, ricevono il Codice deontologico ed altri documenti fondamentali (legge 175 ecc.), prestano il giuramento professionale. Si riserva loro grande attenzione e li si accompagna nei primi passi della professione.

Per quanto riguarda il Codice professionale, utilizzando il ruolo di "provider" istituzionale per l'etica, sono stati organizzati convegni, anche accreditati Ecm, allo scopo di ribadire come il rispetto delle norme deontologiche è il primo e fondamentale strumento che mette al riparo il medico dalla cosiddetta "mala sanità". Merita segnalare che presso l'Ordine di Verona è attivo da anni un Comitato di

Bioetica di riferimento provinciale. L'Ordine di Verona partecipa alla Federazione regionale con una particolare responsabilità in quanto l'unico Ordine veneto a presidenza ospedaliera. L'area della dipendenza quindi, sotto il profilo ordinistico, può confrontarsi con l'amministrazione regionale quasi esclusivamente attraverso i rappresentanti veronesi. Essendo Verona sede di Facoltà di Medicina e Chirurgia, l'Ordine scaligero è impegnato anche in tematiche specifiche relative ai medici in formazione specialistica, al protocollo di intesa università-regione e alla stesura dell'atto aziendale della azienda ospedaliero-universitaria e alla organizzazione del nuovo esame di abilitazione. A proposito di quest'ultimo punto, è significativo il fatto che il modello organizzativo concordato tra l'Università e l'Ordine di Verona sia stato proposto quale modello regionale veneto. Sempre in questo ambito, Verona partecipa ad un gruppo di studio nazionale in seno alla Fnomceo che ha lo scopo di uniformare il ruolo degli Ordini professionali nelle procedure di valutazione dei candidati all'esame di abilitazione professionale.

Circa le prospettive future, a Verona si voterà per il rinnovo del Consiglio il 23, 24, 25 ottobre p.v. e si auspica che già alla prima convocazione si possa eleggere il nuovo organismo, come è tradizione per l'Ordine scaligero. Da tempo sono in atto le schermaglie elettorali perché soprattutto i grandi elettori tendono a monopolizzare il Consiglio, forti del loro peso elettorale.

Verona, tuttavia, da tempo ha fatto la scelta della massima rappresentatività e la mia riproposizione alla presidenza vuole essere un elemento di garanzia per i soggetti deboli e le minoranze professionali: siamo infatti convinti che la credibilità dell'Ordine sia anche legata alla sua capacità di esprimere tutte le anime della professione e per il prossimo triennio si punta ancora su questo".

Due grandi linee di attività: formazione continua e visibilità istituzionale

VITO GAUDIANO - Presidente Omceo Matera

“L'attività dell'Ordine dei Medici della provincia di Matera, di cui mi onoro di essere il presidente da nove anni, in quest'ultimo triennio è stata caratterizzata da due grandi linee.

Innanzitutto lo sviluppo di attività di formazione continua nei diversi aspetti che caratterizzano la moderna professione medica. L'Ordine infatti è stato centro di incontro e ha coordinato eventi formativi rivolti di volta in volta alle diverse e specifiche professionalità degli iscritti.

Sin dal 1996 è stato promotore di eventi formativi sul “management in sanità” in collaborazione con la Regione Basilicata e utilizzando fondi della Comunità Europea. Sono state sviluppate e incentivate le sinergie tra Ospedale e Territorio attraverso incontri tra medici ospedalieri, medicina di base, pediatri, medicina territoriale. A sostegno e in difesa della dignità della professione, è stata data la massima attenzione al problema dell'abusivismo. L'Ordine si è costituito parte civile in procedimenti giudiziari promossi contro l'abusivismo nell'odontoiatria, curando così i rapporti con quest'altra importante parte dell'Ordine.

A tutela dei nuovi iscritti, il Consiglio si è fatto promotore del riconoscimento istituzionale di alcuni medici di medicina generale, già in possesso dei requisiti, a svolgere l'attività di “tutor” nella formazione pre-abilitazione dei neolaureati.

La seconda grande linea di attività del Consiglio e della mia presidenza è stata caratterizzata dall'impegno per una visibilità istituzionale dell'Ordine di Matera.

Un impegno condiviso e realizzato anche attraverso il contributo di tutti gli iscritti.

Il momento importante del triennio è stato certamente rappresentato dal Convegno “Etica, la Società Civile e la Professione” e dal Consiglio nazionale Fnomceo tenutosi a Matera a fine giugno. Evento significativo non solo per il Consiglio da me presieduto, ma per tutti gli iscritti che hanno vissuto con giusta enfasi ed orgoglio questa esperienza.

Ho di recente ricevuto l'invito ad accettare un nuovo mandato largamente condiviso dalle organizzazioni mediche. È un impegno che mi onoro di accettare con lo spirito e la voglia di fare di sempre.

Questo nuovo mandato sarà certamente caratterizzato dalla prosecuzione del percorso di attività di questi anni e soprattutto dall'impegno nel mettere l'Ordine al centro dei processi di miglioramento della Professione. Fare dell'Ordine il punto di riferimento della vita professionale di tutti gli iscritti.

Promuovere un ruolo dei professionisti Medici ed Odontoiatri che ne esalti e gratifichi il ruolo nella società. Condividere in maniera sempre più larga le idee, gli stimoli, la formazione per affrontare le nuove sfide che la Società pone alla nostra professione”.

Difesa della professione e lotta all'abusivismo: i punti cardine del nostro impegno

ARCANGELO LACAGNINA - Presidente Omceo Caltanissetta

“Caratterialmente sono proiettato in avanti, guardo al futuro e mi piace progettare...così mi sento più giovane, così attribuisco un significato più dinamico alla mia vita e alla mia professione.

So, però, che la progettualità deve poggiare su un'attenta e critica analisi delle situazioni pregresse e dei risultati conseguiti.

Dunque sarà necessario fare un bilancio consuntivo alla conclusione di questo triennio per trarne una guida utile alla progettazione e perché questa non si riduca ad una improduttiva idealità, ma possa essere concreta e realistica.

La presenza, in seno al Consiglio direttivo, di quasi tutta la rappresentanza medica ha consentito una gestione collegiale in termini di collaborazione attiva e fattiva: l'impegno principale è stato rappresentato dalla difesa della professione medica e dalla lotta all'abusivismo, fenomeno questo purtroppo ancora presente soprattutto in campo odontoiatrico.

Attenzione è stata rivolta all'aggiornamento professionale ma, devo evidenziare che l'eccessiva burocratizzazione dell'Ecm ha pesato notevolmente scoraggiando la realizzazione di più frequenti eventi formativi. Le assemblee hanno costituito un'occasione per procedere alla presentazione dei nuovi iscritti, con la cerimonia del giuramento, in concomitanza alla consegna delle medaglie d'oro agli iscritti con 50 anni di laurea, al fine di creare una continuità ideale tra nuovi e vecchi e una maggiore affezione alla professione.

Questi incontri sono serviti anche per affrontare i temi della previdenza, obbligatoria e complementare, e quelli dell'assistenza e offrire informazioni su Enpam e Onaosi che, purtroppo, ancora oggi, rimangono poco conosciute.

In questo triennio si è altresì perfezionato il portale dell'Ordine per consentire agli iscritti un più facile accesso alle informazioni utili alla professione.

Adesso, alla vigilia del rinnovo dei Consigli direttivi provinciali e del Comitato Centrale, voglio esprimere l'auspicio che tutti i medici italiani trovino una maggiore coesione: oltre a renderci uniti e solidali nello svolgimento della professione, la coesione dovrebbe divenire la nostra forza, lo strumento per ottenere ascolto e attenzione dalla classe politica, per tutelarci dagli attacchi che mirano, da un canto, a limitare la libertà dell'esercizio professionale e, dall'altro, a erodere sempre maggiori spazi operativi e, infine, per assumere, di fronte alla società e alla politica, una posizione forte e unitaria in cui prevalgano i motivi della categoria piuttosto che gli interessi di parte”.

La nostra priorità: rivendicare per l'Ordine il ruolo di Organo ausiliario dello Stato

FABRIZIO CRISTOFARI - Presidente Omceo Frosinone

Durante questo triennio l'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, che mi onoro di presiedere, ha assiduamente rivendicato il ruolo dell'Ordine quale Organo ausiliario dello Stato, a tutela della salute del cittadino. In tale ottica, in considerazione delle gravi problematiche inerenti le urgenze ed emergenze della nostra Provincia, il Consiglio è intervenuto più volte organizzando incontri con i medici dei P.S., con i direttori dei Distretti, dei Poli ospedalieri ed anche con le organizzazioni sindacali. Infine, il Consiglio dell'Ordine ha elaborato un documento per un miglior utilizzo delle risorse esistenti sul territorio, sia umane che economiche.

Tale documento è stato inviato alla direzione dell'Azienda Usl di Frosinone ed all'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio. Ne è scaturito un incontro, pres-

so la sede dell'Ordine, con il Presidente della Commissione Sanità della Regione Lazio.

Il ruolo politico dell'Ordine è stato perseguito al fine di affermare le esigenze di una professione altamente qualificata, da qui, l'organizzazione dei corsi di aggiornamento professionale Ecm; la sensibilizzazione sui temi della responsabilità professionale, della deontologia e della Bioetica.

L'Ordine è intervenuto autorevolmente in merito alla delibera aziendale della Asl di Frosinone con la quale era stato sottoscritto un protocollo d'intesa Asl/Guardia di Finanza per il controllo della spesa sanitaria. Nel rispetto del proprio ruolo istituzionale è stato acquisito, nel merito, il parere legale dell'avvocato Gianfranco Iadecola. Da tale parere, inviato agli Organi istituzionali competenti, è scaturito l'annullamento, da parte della Asl, della delibera citata.

I DATI SANITARI CONTENGONO TUTTE LE INFORMAZIONI PERSONALI IDONEE A RIVELARE LO STATO DI SALUTE DEL SOGGETTO

Alcuni aspetti del codice della privacy in ambito sanitario

Il trattamento dei dati sanitari è materia particolarmente "sensibile" ove, più facilmente che in altri campi, possono entrare in conflitto l'interesse alla riservatezza da parte del singolo e l'esigenza d'informazione della collettività.

Per questo il codice della privacy dedica a questo ambito un'intera disciplina, di cui vengono qui illustrati i punti salienti

di Alfonso Tagliamonte*

I dati trattati in ambito sanitario rappresentano una delle possibili specificazioni dei dati sensibili, rientrandovi tutte quelle informazioni personali che, in qualunque modo, sono idonee a rivelare lo stato di salute di un soggetto.

In particolare, i dati sanitari sono definibili come le informazioni che riguardano – al di là di quelli relativi all'identità del paziente – la sintomatologia, le anamnesi, le diagnosi, le prescrizioni farmacologiche e tutte le analisi cliniche del paziente stesso.

Per tale tipologia di informazioni l'esigenza di una regolamentazione ad hoc proviene dal mutamento del rapporto fiduciario medico-paziente derivante soprattutto dall'avvento della scienza moderna e dal cosiddetto "paradosso della riservatezza medica". L'espressione appena citata è rivolta a indicare la tensione esistente tra il soggetto cui l'informazione si riferisce (che potrebbe avere interesse a che non sia divulgata la propria situazione medico-sanitaria) e la collettività (che potrebbe essere titolare dell'interesse d'informazione). Il Codice della Privacy dedica un'apposita disciplina al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, effettuati da organismi sanitari pubblici nonché da organismi sanitari e da esercenti le professioni sanitarie in regime di convenzione o di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale (Titolo V, D.lgs. n. 196/2003, artt. 75-94).

Il Codice prevede, all'art. 76, che gli esercenti le professioni su indicate e gli organismi sanitari pubblici possono trattare informazioni riguardanti la salute sulla base delle seguenti modalità:

- a) con il consenso dell'interessato e senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato;
- b) anche senza il consenso dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante, se la finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica riguardano un terzo oppure la collettività.

Riguardo all'autorizzazione prevista dalla legge per i trattamenti di dati finalizzati alla tutela dell'incolumità fisica e della salute di un terzo e o della collettività, il Garante ha adottato un'autorizzazione generale al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (Autorizzazione n. 2 del 2002), sul presupposto che l'istituto dell'autorizzazione generale costituisce uno strumento idoneo per prescrivere misure uniformi a garanzia degli interessati, rendendo superflua la richiesta di singoli provvedimenti autorizzatori da parte dei (numerosi) titolari del trattamento.

Per quanto riguarda l'informativa da rendere al paziente da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, sono invece previste delle modalità semplificate.

In particolare, tali soggetti devono informare l'interessato relativamente al trattamento dei dati personali in

forma chiara e tali da rendere agevolmente comprensibili le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati (art. 13, comma 1, lettera b).

Il medico di famiglia o il pediatra possono informare l'interessato con un atto unico qualora vengano effettuati più trattamenti relativi allo stesso paziente (sistema cd. dell'informativa unica, che rappresenta una delle maggiori semplificazioni introdotte dal Codice).

La possibilità di una informativa unica è prevista anche per gli organismi sanitari pubblici, i quali dovranno integrare la stessa con appositi e idonei cartelli ed avvisi agevolmente visibili al pubblico. Qualora il trattamento utilizzi dei dati raccolti presso terzi, l'informativa deve essere fornita preferibilmente per iscritto. Se sussistono trattamenti correlati a quelli menzionati, per essi non è necessaria una seconda informativa. La stessa informativa, inoltre, deve evidenziare analiticamente eventuali trattamenti di dati personali che presentino rischi specifici per i diritti e le libertà fondamentali, nonché per la dignità dell'interessato.

Per quanto riguarda il consenso del paziente, si nota che questo può essere reso oralmente ed anche con un'unica dichiarazione qualora riguardi più trattamenti. Nel caso in cui il consenso venga effettivamente manifestato in forma orale, esso deve essere documentato (anziché con atto scritto dell'interessato) con annotazione da parte dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, nella quale si deve far riferimento al trattamento dei dati da parte di uno o più soggetti ed all'informativa resa all'interessato. Il consenso e l'informativa possono essere prestati successivamente alla prestazione, in casi di particolare necessità, come ad esempio: nei casi di emergenza sanitaria e di igiene pubblica; in caso di impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere o di volere dell'interessato; quando la prestazione medica possa essere pregiudicata dall'acquisizione preventiva del consenso, in termini di tempestività o efficacia.

Per quanto concerne le misure di carattere strettamente organizzativo, il legislatore ha previsto (art. 83, comma 2) che: a) nelle sale di attesa, il rispetto di un ordine di precedenza e di chiamata degli interessati, deve prescindere dalla loro individuazione nominativa; b) debbano essere istituite appropriate "distanze di cortesia" o comunque soluzioni atte a prevenire l'eventuale indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni riguardanti lo stato di salute; c) siano attuate soluzioni tali da prevenire, durante i colloqui, l'indebita conoscenza da parte di terzi di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute; d) si provveda a tutte le cautele volte ad evitare che le prestazioni sanitarie avvengano in situazione di promiscuità; e) vi sia il rispetto della dignità dell'interessato in occasione della prestazione medica e in ogni operazione di trattamento dei dati.

Il legislatore detta, inoltre, le modalità di comunicazione dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute. Questi possono essere resi noti all'interessato, o

ai soggetti idonei a rappresentarli in caso di loro incapacità, da parte di esercenti le professioni sanitarie ed organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare (art. 84, comma 1).

Il Codice specifica, peraltro, che tale disposizione di tutela non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato. La ratio della norma è quella di evitare che il paziente venga a conoscenza di notizie sul suo stato di salute da soggetti professionalmente non preposti a tale compito. Il titolare o il responsabile possono comunque autorizzare per iscritto gli esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, ad effettuare le comunicazioni dei dati sanitari agli interessati (art. 84, comma 2).

Passando ad analizzare le prescrizioni mediche, queste possono contenere i dati dell'interessato solo nella misura in cui ciò sia indispensabile, trovando altrimenti applicazione il principio di anonimato del paziente (art. 87).

In particolare, le ricette relative a prescrizioni di medicinali a carico, anche parziale, del Servizio sanitario nazionale, dovranno essere compilate in modo da risalire all'identità dell'interessato solo "in caso di necessità connesse al controllo della correttezza della prescrizione, ovvero a fini di verifiche amministrative o per scopi epidemiologici e di ricerca".

Le ricette sono redatte mediante l'apposizione di un tagliando sul modello predisposto su carta o con tecnica di tipo copiativo, consentendo di celare le zone su cui sono indicate le generalità e l'indirizzo dell'assistito, in modo da consentirne la visione solo per effetto di una momentanea separazione del tagliando medesimo.

Il tagliando può essere momentaneamente separato dal modello di ricetta, e successivamente riunito allo stesso, quando il farmacista lo ritenga indispensabile ovvero per fini di verifica amministrativa sulla correttezza della prescrizione, presso i competenti organi.

Le cartelle cliniche, infine, devono essere stilate in forma chiara e comprensibile e devono adottare modalità tali da distinguere i dati relativi al paziente da quelli eventualmente riguardanti altri interessati.

Eventuali richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità: a) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria di rango pari a quello dell'interessato; b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante, di rango pari a quella dell'interessato (art. 92, comma 2).

*Servizio Tutela Lavoro - Anaa Cref

IL PUNTO

Immigrazione e sistemi sanitari: uno sguardo al futuro

di Alberto Andrion

Come appare in due articoli della rubrica, il tema della salute della popolazione immigrata è ben presente su entrambi i versanti dell'Atlantico, negli Stati Uniti e nel Regno Unito. Negli Stati Uniti, uno studio condotto dall'American Journal of Public Health sfata la vulgata secondo cui il sistema sanitario americano sarebbe in crisi a causa delle spese improprie legate all'immigrazione. In realtà, per ogni cittadino immigrato si spende la metà rispetto a un cittadino Usa "doc".

Nel Regno Unito, la riflessione è più avanzata, e ci si pone il problema di come il Servizio nazionale britannico possa rispondere in modo adeguato alle esigenze dei vari gruppi etnici. È evidente che l'approccio alla malattia, l'accettazione dei sistemi di cura, la stessa percezione di fattori quali il dolore fisico possono essere alquanto diversi a seconda del gruppo etnico di appartenenza, soprattutto quando si tratta di recente immigrazione. Un sistema che sia attento sia alla cura e sia alla "care" non può non tener conto di questi scenari, pena il crearsi di profonde spaccature e ferite sociali. È un preciso segnale anche per il Servizio sanitario italiano. Nell'ultimo decennio, la pratica quotidiana ci ha posto di fronte a queste nuove realtà (pensiamo solo alle divisioni di ostetricia e ginecologia e ai punti nascita!). Occorre includere e non escludere.

A questo proposito, una bella notizia viene dal Piemonte: il nuovo assessore alla Sanità ha fatto sua la proposta di alcuni consiglieri regionali di inserire tra i Lea la circoncisione dei bambini musulmani ed ebrei. Infatti, per i bambini musulmani andavano crescendo le pratiche di circoncisione effettuate senza sufficienti garanzie di igiene, con conseguenti infezioni non di secondaria importanza.

USA

Una lobby per la messa al bando della circoncisione maschile

Una lobby americana sta esercitando pressioni in sede di Nazioni Unite per far sì che la pratica della circoncisione venga classificata come violazione dei diritti umani. In sostanza il gruppo, capitanato da Matthew Hess, presidente di MGMbill.org (dove l'acronimo Mgm bill sta per Male genital mutilation bill, ovvero legge sulla mutilazione genitale maschile) chiede che il divieto a praticare le mutilazioni genitali femminili, previsto da una legge federale del 1996, venga esteso anche alla circoncisione praticata su bambini e ragazzi al di sotto dei 18 anni. "La circoncisione maschile viola la Dichiarazione delle Nazioni Unite sui diritti umani, la Convenzione sui diritti del fanciullo nonché l'Accordo internazionale sui diritti civili e politici" afferma Hess e "la nostra organizzazione vuole che Unids, il programma congiunto delle Nazioni Unite contro Hiv e Aids, rilasci una dichiarazione in rispo-

sta al suo stesso comunicato stampa del 26 luglio scorso, in cui riconosca che i bambini maschi hanno gli stessi diritti all'integrità genitale delle bambine (...) se la circoncisione viene praticata, deve essere fatta su adulti consenzienti e pienamente informati". MGMbill.org sottolinea infatti come ad essere circoncisi siano bambini indifesi e "trova ironico come le Nazioni Unite condannino la circoncisione femminile in quanto violazione dei diritti umani e incoraggino invece quella maschile come misura di prevenzione sanitaria". Quest'ultima affermazione si riferisce in particolare alla posizione (giudicata troppo favorevole) di Oms e Unids riguardo ai risultati di uno studio commissionato dall'Agenzia nazionale francese di ricerca sull'Aids e presentato lo scorso luglio alla Conferenza internazionale sull'Aids a Rio de Janeiro. Da questo studio randomizzato controllato, che ha coinvolto oltre 3mila soggetti tra i 18 e 24 anni della Orange Farm Township, nei pressi di Johannesburg, emerge che la circoncisione degli uomini adulti praticata in Africa può ridurre fino al 65% il rischio che essi contraggano l'infezione da Hiv per via sessuale. Finora le richieste di MGMbill.org sono rimaste inascoltate dalle Nazioni Unite e il gruppo è ancora in cerca di uno sponsor al Congresso che appoggi questa proposta di legge.

REGNO UNITO

La salute degli immigrati: la nuova sfida per il Nhs

Attuare delle politiche di sviluppo e modernizzazione dei sistemi sanitari europei per dare risposte adeguate ai bisogni della popolazione immigrata, soprattutto in vista dei grandi cambiamenti demografici di un futuro ormai alle porte. È questa una priorità ineludibile per la sanità pubblica sostiene un editoriale del Bmj pubblicato nell'agosto scorso. Si tratterà non solo di far fronte a una crescente domanda assistenziale legata ai flussi migratori, ma anche di identificare i particolari bisogni sanitari dei vari gruppi etnici, senza trascurare che anche tra la popolazione immigrata che raggiungerà i Paesi dell'Unione nei prossimi anni il numero degli anziani sarà sempre più consistente, anche in conseguenza dei ricongiungimenti familiari. Per quanto riguarda i numeri dell'immigrazione in Gran Bretagna, sottolinea l'editoriale, basti pensare che un terzo di quella crescita demografica che porterà gli abitanti del Pianeta, con l'attuale ritmo di crescita dell'1,3% l'anno, a quota 9 miliardi entro il 2050, si verificherà in 3 Paesi del Sudest asiatico: India (21%), Pakistan (5%) e Bangladesh (4%), con i quali la nazione ha stretti legami storico-culturali ed economici. Stime dell'International Organization for Migration mostrano che il totale dei migranti nel mondo è passato dagli 84 milioni del 1975 ai 175 del 2000 e che raggiungerà i 230 milioni entro il 2050. Ma come già accennato, il problema maggiore con cui i Ssn europei dovranno fare i conti non è solo "numerico", anche perché l'attuale popolazione dell'Unione, tra quarant'anni, diminuirà, nonostante gli immigrati, dagli attuali 452 milioni a 400 milioni. A crescere sarà invece il numero degli anziani, sia nel mondo: entro il 2050, con una crescita globale del 2,4% l'anno, il numero dei sessantenni e degli over 60 si triplicherà e raggiungerà i 2 miliardi (8 su 10 vivranno nei Paesi in via di sviluppo); sia in Europa, dove la percentuale di anziani salirà dal 20 al 37%, con un prevedibile, severo, impatto sulle economie e i servizi sociali nazionali.

Questi trend demografici porteranno molto verosimilmente a un consistente aumento dei flussi migratori dal Sudest asiatico verso la Gran Bretagna, dove nell'ultimo decennio le minoranze etniche sono cresciute del 53% e ora costituiscono il 7,9% del totale della popolazione. È dunque divenuto sempre più urgente, sostiene l'editoriale del Bmj, che il National Health Service (Nhs) britannico individui i particolari bisogni sanitari di questi gruppi etnici per dare loro una risposta sanitaria adeguata anche in termini di prevenzione. Tra la popolazione proveniente dal sudest asiatico, che rappresenta la minoranza più numerosa, con 2 milioni e mezzo di persone, ad esempio, vi è un'incidenza maggiore di disturbi cardiocircolatori, diabete, ipertensione, infarto, patologie renali e fratture alle anche.

Attualmente la Gran Bretagna consente 150mila ingressi l'anno e chi ha la responsabilità di sviluppare e modernizzare la sanità pubblica deve fin d'ora tener conto dei rapidi cambiamenti demografici in atto nella nazione, capire meglio i bisogni delle minoranze etniche e attuare programmi di prevenzione. Tra i primi passi in tal senso, prosegue il Bmj, si rende necessario inserire la "medicina transculturale" e nozioni sulla cultura e la società delle minoranze etniche nei programmi di formazione, sia di base che specialistica, per il personale medico, paramedico e per tutti i professionisti della sanità; incentivare i Royal Colleges, le società scientifiche, le organizzazioni di volontariato e dei pazienti, i leader delle comunità a giocare un ruolo importante nel promuovere e disseminare le conoscenze e le esperienze acquisite sulla salute delle minoranze etniche. Ed ancora, moltiplicare i programmi di scambio del personale sanitario tra Gran Bretagna e Paesi in via di sviluppo. Per mettere in atto delle strategie sanitarie efficaci è comunque indispensabile che i Paesi dell'Unione incoraggino politiche di immigrazione programmata che prevedano, con il dovuto anticipo, l'impatto degli immigrati sui servizi sanitari nazionali e individuino i particolari bisogni sanitari dei vari gruppi etnici. Guai ai rimedi "miopi" dell'ultimora!

USA

La sanità costa troppo, ma non per colpa degli immigrati

Asfatore il mito che i maggiori responsabili degli alti costi della sanità statunitense siano gli immigrati è stato un rapporto pubblicato sull'American Journal of Public Health (2005;95:1431-8). Infatti gli immigrati "consumerebbero" circa la metà dell'assistenza sanitaria di cui usufruiscono i cittadini nati negli Usa: 1.139 dollari in media l'anno contro 2.564 dollari. I costi sanitari degli immigrati asiatici sono paragonabili a quelli dei cittadini nati negli Stati Uniti, ma non è così per la popolazione nera e quella latinoamericana.

A queste conclusioni è giunta la prima analisi su scala federale relativa alla spesa sanitaria della popolazione immigrata, su un campione di 21.241 persone, basata sui dati 1998 prodotti dalla

Agency for Healthcare Research and Quality, l'Agenzia federale che fornisce le statistiche sanitarie al Governo statunitense.

La spesa sanitaria totale della popolazione immigrata è stata di 39,5 miliardi di dollari e si è dimostrata, secondo lo studio, del 55% più bassa rispetto a quella dei cittadini nati negli Usa. Gli stessi dati hanno evidenziato come la spesa degli immigrati non assicurati o che hanno usufruito dei programmi assistenziali pubblici è stata circa la metà di quella dei cittadini nati negli Stati Uniti.

Di questi 39,5 miliardi di dollari, 25 sono stati rimborsati dalle assicurazioni private, 12 dai programmi governativi e il restante, meno di 3 miliardi di dollari, è stato sborsato di tasca propria.

Nel 1998 la spesa sanitaria di un immigrato proveniente dall'America Latina è stata di 962 dollari contro i 1.870 dollari spesi da un latinoamericano nato negli Stati Uniti. La proporzione tra la spesa sanitaria di "immigrati" e "nativi" è stata pressoché analoga anche tra la popolazione nera e quella bianca: rispettivamente di 1.030 dollari contro 2.524 dollari e di 1.747 dollari contro 3.117. Sempre nel 1998 il 25% degli immigrati era privo di assistenza sanitaria contro il 10% dei cittadini nati negli Usa. Anche per i bambini immigrati la spesa sanitaria media è stata

del 74% più bassa rispetto a quella dei bambini nati negli Usa mentre la spesa per le visite ai Pronto soccorso tre volte più alta; inoltre la percentuale dei bambini senza assicurazione o assicurati con programmi statali è stata molto più alta tra gli immigrati, rispettivamente il 29% contro il 9% e il 31% contro il 20%.

"È stato sfatato il mito che sia colpa degli immigrati se i costi della sanità americana sono alti" sostiene Sarita Mohanty primo autore del rapporto, precisando come essi paghino più di quanto ricevano in termini assistenziali. "La verità è che gli immigrati usufruiscono di una minore assistenza sanitaria rispetto agli altri cittadini americani. I nostri dati indicano che molti immigrati stanno effettivamente contribuendo a finanziare l'assistenza per gli altri cittadini". Secondo alcuni esperti di sanità pubblica gli immigrati consumerebbero meno sanità perché hanno difficoltà ad accedere ai servizi. Anche per Ron Anderson, presidente del Parkland Memorial Hospital, presidio con un'alta utenza tra la popolazione immigrata, "questa disparità è frutto di un mancato accesso all'assistenza, provocato da barriere linguistiche, finanziarie e assicurative". E chiosa: "non c'è nulla di cui rallegrarsi in questo studio".

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Corte di Cassazione

È "malattia" la diminuzione funzionale dell'organismo

Con sentenza n. 3448, la quarta sezione penale della Cassazione, affrontando un caso di responsabilità medica per lesioni personali colpose contestate a carico del sanitario, offre una diversa definizione di malattia, discostandosi dall'indirizzo interpretativo tradizionale della giurisprudenza di legittimità.

La malattia viene infatti definita quale processo patologico "che determina un' apprezzabile diminuzione funzionale dell'organismo" e non più una "qualsiasi alterazione sia anatomica, sia funzionale".

Il fatto coinvolgeva due chirurghi plastici accusati di lesioni personali gravi a danno di una paziente che, sottoposta a mastoplastica additiva, aveva mostrato dopo l'intervento segni di flogosi costringendola a rivolgersi in un'altra struttura per rimuovere le protesi.

Assolti in primo grado, in quanto non si riteneva provata che l'infiammazione delle mammelle e la crisi di rigetto fossero conseguenza immediata e diretta dell'intervento dei sanitari, i due medici venivano condannati dalla Corte di Appello che nella condotta omissiva dei due imputati aveva ravvisato la causa delle complicanze insorte alla paziente, giudizio oltretutto condiviso dalla Corte Suprema. "Il processo infiammatorio della mammella subito dalla paziente a seguito di un intervento di mastoplastica additiva, durato nel tempo anche con presenza di anomala temperatura corporea - commenta la Corte - rientra nella nozione di "malattia nel corpo" determinante un pregiudizio apprezzabile della funzionalità dell'organismo".

Minacce e insulti da sanzionare

Intimidire il dottore per saltare la fila nei Pronto soccorso è violenza a pubblico ufficiale ai sensi dell'articolo 336. Lo ha stabilito una recente sentenza della quarta sezione della Cassazione penale affermando che la minaccia penalmente rilevante va valutata ex ante, deve poter incutere timore in soggetto di normali capacità reattive e nessun rilievo può avere il fatto che il destinatario sia persona capace di non farsi intimorire. L'affermazione è resa per quanto riguarda il reato di minaccia a carico di un imputato il quale aveva minacciato il medico di turno in ospedale. La Cassazione ha ritenuto ravvisabile il reato e irrilevante la circostanza che la persona offesa non avesse denunciato il fatto sostenendo di essere abituata a certe offese. "La coazione era diretta a far commettere al pubblico ufficiale un atto del suo ufficio (intervento curativo)"; il rifiuto del medico di medicare il paziente prima degli altri non può essere considerata una omissione; sarebbe stato, invece, atto illegittimo il contrario, vale a dire l'alterazione dell'ordine delle visite.

Responsabilità dell'equipe chirurgica

La posizione di garanzia dell'equipe chirurgica nei confronti del paziente non si esaurisce con l'intervento, ma riguarda anche la fase post-operato-

ria, gravando sui sanitari uno specifico obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato. È stato stabilito dalla quarta sezione penale della Corte di Cassazione nella quale viene riconosciuta la responsabilità per il reato di omicidio colposo dei componenti l'equipe chirurgica, per aver fatto rientrare il paziente nel reparto subito dopo l'intervento, anziché sottoporlo a terapia intensiva, sottovalutando elementi significativi, quali l'incremento progressivo della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca, che rendevano prevedibile l'insufficienza respiratoria che ne cagionava la morte.

"Se l'intervento operatorio in senso stretto può ritenersi concluso con l'uscita del paziente dalla camera operatoria, sul sanitario grava comunque un obbligo di sorveglianza sulla salute del soggetto operato anche nella fase post-operatoria: tale obbligo, rientrante in quelli di garanzia, discende non solo da norme, scritte e non, ma anche dal contratto d'opera professionale, di tal che la violazione dell'obbligo comporta responsabilità civile e penale per un evento casualmente connesso ad un comportamento omissivo".

Carcere al medico di guardia ritardatario

Il medico di guardia che tarda nel prestare l'assistenza richiesta urgentemente con chiamata dal 118 incorre in un reato penale. Il ritardo, infatti, equivale ad un diniego ed integra il reato di rifiuto d'atti d'ufficio (articolo 328 codice penale).

A stabilirlo è la sesta sezione penale della Cassazione con sentenza n. 33018/2005, confermando la condanna a sei mesi di reclusione, con sospensione condizionale della pena, inflitta dalla Corte di Appello di Brescia ad un medico di turno presso la guardia medica dell'ospedale di Mantova.

Secondo la Corte il medico di guardia, in quanto dotato, nell'espletamento delle attività di diagnosi e di prescrizioni farmaceutiche e terapeutiche, di poteri certificativi e autoritativi "riveste lo status di pubblico ufficiale; pertanto ha il dovere di non rifiutare indebitamente un atto del proprio ufficio che, per ragioni di sanità deve essere compiuto senza ritardo. Il riferimento è all'atto che ha, per propria natura e a prescindere dall'espressa previsione di un termine entro il quale deve essere compiuto, il carattere dell'indifferibilità, nel senso che deve essere compiuto immediatamente per non pregiudicarne, sia pure potenzialmente, l'utilità e per non determinare l'aumento del rischio per gli interessi tutelati dalla fattispecie incriminatrice. In tale caso, il ritardo si risolve, di fatto, in rifiuto". Pertanto il medico di servizio di guardia è tenuto ad effettuare al più presto tutti gli interventi richiesti, anche se non si può negare al sanitario il compito di valutare la necessità di visitare il paziente sulla base del quadro clinico prospettato. Tale discrezionalità è tuttavia sindacabile dal giudice di merito sulla base degli elementi di prova sottoposti al suo esame, tenendo presente che il rifiuto deve riguardare un atto indifferibile il cui mancato compimento determina un pregiudizio.

a cura di Paola Carnevale

Universitari: L'Anaa contestata il pensionamento a 70 anni e il mantenimento delle funzioni primarie

L'Anaa Assomed denuncia con disappunto che il testo riguardante "Disposizioni sullo stato giuridico dei docenti universitari", sul quale il Governo ha ottenuto la fiducia del Senato, prevede per i professori ordinari e associati di materie cliniche la possibilità di esercitare le funzioni assistenziali e primarie oltre il 70esimo anno di età.

Si ripropone in modo stucchevole e ormai insopportabile l'eterno tema della diversità biologica tra i medici dell'Accademia e quelli dipendenti del Servizio sanitario nazionale che si esprime per i primi in un evidente ritardo nel naturale processo di invecchiamento.

La tumultuosa crescita del sapere medico e l'impegno e la gravosità delle funzioni che competono ai Direttori di Struttura Complessa del Servizio sanitario rendono opportuna la valorizzazione di energie profes-

sionali sempre nuove.

I cittadini del nostro Paese hanno il diritto di essere curati da personale medico valido e integro nelle proprie facoltà.

Per questa via si viene anche a creare una grave differenziazione all'interno della stessa organizzazione (l'Azienda Integrita) tra lo stato giuridico universitario e quello ospedaliero, il che certo non aiuta il processo di collaborazione tra Ssr e Facoltà di medicina che è l'obiettivo dichiarato di tutte le Regioni.

Colpisce il silenzio assordante del ministro della Salute nei confronti di una ingerenza, grave fino a configurare una invasione di campo, del Murst che si arroga il diritto di decidere in maniera unilaterale della direzione di strutture che assorbono risorse prevalentemente assistenziali ed oneri economici sostenuti inte-

ramente dal Servizio sanitario.

Ciò, ovviamente, nulla ha a che vedere con le responsabilità di didattica e ricerca proprie del ruolo universitario le quali, si sa, possono essere esercitate ad oltranza.

Nel ringraziare il Signor Berlusconi e la Signora Moratti per il grazioso regalo elettorale (alla Facoltà di Medicina, non certo ai medici ospedalieri) l'Anaa Assomed fa appello ai deputati di tutti i partiti politici affinché vogliano cancellare dal testo un inammissibile privilegio baronale garantito a colpi di fiducia da un Governo ancora latitante sul contratto dei medici ospedalieri.

L'Anaa Assomed attende una risposta forte anche da parte degli Assessori regionali per impedire che il processo di integrazione con l'Università venga soffocato ai primi passi.

MEDICI IN PENSIONE

In attesa delle deleghe pensioni

La riforma previdenziale, varata l'estate scorsa dal Governo Berlusconi, è un provvedimento definito "legge delega", in quanto contiene al suo interno diverse indicazioni che devono trasformarsi in atti legislativi successivi. In pratica la legge n. 243/04 ha stabilito una serie di indicazioni programmatiche in campo previdenziale, che il Governo è autorizzato ad emanare quali leggi delegate da sottoporre a valutazione da parte del Parlamento, ma senza che quest'ultimo debba provvedere a esaminarle mediante atti deliberativi, ma solamente esprimendo un parere.

È un sistema che rende più facile l'iter legislativo e che è stato adottato diverse volte in passato.

Se da un canto il Governo è deciso a dare attuazione a tutte le promesse e indicazioni della riforma previdenziale, in questi mesi si è parlato soprattutto e forse esclusivamente del "silenzio/assenso" relativo al conferimento ai Fondi pensione del trattamento di fine rapporto. Argomento importante ma non tanto da mettere in ombra tutta una serie di possibilità di modifiche ed integrazioni legislative utili a molti dipendenti pubblici e privati.

Tra le deleghe trova un posto importante l'introduzione di un regime speciale a favore delle categorie che svolgono attività e/o lavori usuranti. Il problema riguarda anche i medici e i sanitari, in quanto sin dal 1993 è stata introdotta una norma,

D.lgs. n. 347/93, mai poi attuata per difficoltà economiche, che attribuiva ad almeno tre specialità mediche, pronto soccorso, chirurgia d'urgenza e rianimazione, la dignità di essere individuate quali attività usuranti. L'individuazione di rientrare in tale categoria avrebbe avuto la finalità di favorire un anticipo del pensionamento o un incremento dell'importo della rendita in relazione alla durata di tali lavori. Interventi simili sono stati adottati, nel tempo, per i lavoratori esposti all'amianto, i minatori, i palombari, ma per i sanitari la norma è rimasta sospesa. Adesso al Governo viene data la possibilità di introdurre nuove disposizioni nel merito. Resta, tuttavia, sempre presente il limite, indicato dalla stessa legge 243/04, che la soluzione proposta dovrà comunque fare i conti con la compatibilità con le esigenze finanziarie del Paese.

Altro provvedimento atteso è quello che riguarda l'annoso problema della "totalizzazione". Cioè lo strumento alternativo alla ricongiunzione onerosa che permette di utilizzare, senza spesa da parte dell'interessato, gli eventuali vari spezzoni contributivi attuati lungo tutta la vita lavorativa. L'intervento previsto dovrebbe porre fine all'attuale discriminazione, ancora presente per gli autonomi, in

particolare i liberi professionisti. Una situazione, quella dei professionisti, che è stata già da tempo bollata come incostituzionale dai giudici della Consulta con la famosa sentenza n. 61 del 1999. Ora, in base ai principi della legge 243/04 dovrebbe essere possibile totalizzare i segmenti contributivi (di almeno cinque anni) anche per ottenere la pensione d'anzianità oltre che quella per i trattamenti di vecchiaia. Certo il limite di almeno 40 anni per accedere all'eventuale pensionamento di anzianità utilizzando il sistema della "totalizzazione" non è pienamente soddisfacente. Ma anche in questo caso il problema del suo costo comporta una non completa attuazione di quanto sperato da alcuni e suggerito dalla stessa Corte Costituzionale.

Altro provvedimento, particolarmente atteso, riguarda l'abolizione del divieto di cumulo pensione reddito da lavoro. Allo stato attuale sono esclusi da tale divieto i pensionati di vecchiaia e coloro che pur ottenendo la pensione di anzianità, abbiano, al momento della richiesta di pensionamento, almeno 58 anni di età e 37 anni di contribuzione. Per gli altri sussiste una condizione che determina una riduzione del trattamento pensionistico sino al 30 per cento del suo importo nel caso si svolga attività autonoma o professionale. La trattenuta non può, comunque, superare in ogni caso il 30 per cento del reddito prodotto. La bozza del decreto relativo all'eliminazione del divieto propone una soluzione anche per coloro che siano già pensionati

di anzianità alla data del 1° gennaio 2005, e nei cui confronti trovino applicazione i regimi di divieto parziale o totale di cumulo. Per essi sarà possibile accedere al regime di totale cumulabilità versando un particolare ticket già proposto in passato con la legge finanziaria del 2003 (art. 44, legge n. 289/2002).

Si tratta di un pagamento di un importo pari al 30% (anche se questa percentuale non è stata ancora definita con certezza) della pensione lorda relativa al mese di gennaio 2005, moltiplicato per il numero di anni risultanti dalla differenza fra la somma dei requisiti già previsti per l'esenzione (58 + 37 = 95) e la somma dei requisiti in possesso al momento del pensionamento di anzianità.

I provvedimenti attesi relativi alla totalizzazione e al divieto di cumulo dovranno vedere la luce entro il 6 ottobre prossimo. Sono infatti 12 i mesi dalla data di pubblicazione della legge di riforma entro i quali si devono esercitare le relative deleghe. Per le attività usuranti si dovrà attendere sino al 6 aprile, avendo la legge, stabilito, per questo intervento, un periodo più ampio, 18 mesi, per la sua attuazione.

Claudio Testuzza

I provvedimenti in delega

PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Conferimento del Tfr ai Fondi pensione anche con il meccanismo del silenzio/assenso

DIVIETO DI CUMULO

Eliminazione progressiva del divieto di cumulo pensione d'anzianità redditi

TOTALIZZAZIONE

Estensione del principio della totalizzazione anche per le pensioni d'anzianità

ATTIVITÀ USURANTI

Introduzione di un regime speciale a favore delle categorie che svolgono lavori usuranti

segue dalla prima

FINANZIARIA E DEVOLUZIONE: COME SI UCCIDE LA SANITÀ PUBBLICA

percentuali investimenti in sanità (solo 1 miliardo di euro di aumento nel 2006 più 2 miliardi per i debiti degli anni precedenti vincolati alla riduzione delle liste di attesa), falcidia rispettivamente del 3,8% e del 6,7% i bilanci di Regioni e Province e pone vincoli rigorosi alle spese per il personale che si devono ridurre dell'1% rispetto al tetto del 2004.

Quanto tutto questo sia compatibile con la presenza di un sistema sanitario nazionale adeguato alle esigenze dei cittadini, lo si comprende con grande difficoltà.

Notizie un po' più ottimistiche vengono, invece, dal fronte contrattuale.

Il combinarsi di un'azione incisiva, da noi proposta e poi condivisa da tutti i sindacati, con una maggiore sensibilità e capacità di iniziativa politica del nuovo ministro Storace, hanno rimesso in moto la barca del contratto, prima arenatasi nelle secche delle autorizzazioni ministeriali.

Il Consiglio dei ministri ha approvato il testo del contratto del I biennio, firmato il 12 maggio, che poi è sta-

to inviato alla Corte dei Conti il 26 settembre. Il tempo concesso alla Corte per l'esame è di 30 giorni, utile per permettere di applicare gli aumenti alla busta paga del mese di novembre. Se questo non accadrà scatteranno gli scioperi di metà novembre. Il Consiglio dei ministri ha inoltre approvato il 29 settembre l'atto di indirizzo all'Aran del Comitato di settore per il II biennio economico. Tali trattative iniziano il 12 ottobre.

Non possiamo certo dirci molto soddisfatti se a 4 mesi dalla scadenza (31/12/2005) del quadriennio di vigenza contrattuale stiamo ancora arrancando per esigere quanto è lecito e pattuito aspettarci. Tuttavia, se guardiamo alle condizioni dell'economia del Paese e alla scarsa considerazione che questo esecutivo ha dimostrato nei confronti dei sindacati, possiamo almeno attenuare la nostra insoddisfazione.

Cari amici, avvicinandosi la scadenza 2006 del mio mandato congressuale è cominciata per me e la segreteria nazionale il tempo della riflessione e dei bilanci che si concluderanno con il Congresso nazionale.

Un solo concetto mi preme esprimervi ora. Abbiamo vissuto insieme questi difficili anni e insieme ci siamo resi conto di quali siano le enormi difficoltà in cui si dibatte il Paese in genere, e in particolare il mondo della sanità e della professione medica. Abbiamo insieme deciso, spinti dalla passione civile e dalla necessità di tutelare il ruolo del medico del Ssn, di batterci a viso aperto contro le forze e le situazioni che si oppongono alla vita di un sistema sanitario nazionale forte ed equo. Per raggiungere questo con umiltà e onestà intellettuale, abbiamo cercato alleati in tutti coloro che sentono le stesse esigenze. Per continuare questa difficile opera c'è bisogno di uomini e professionisti onesti, intelligenti e appassionati. In parte ci sono, dobbiamo cercarne altri, avvicinarli e convincerli. Il momento congressuale è particolarmente adatto a questo scopo. Si rinnova tutta la dirigenza. Scegliamo gli uomini giusti e migliori. Il cammino sarà meno difficile.

Serafino Zucchelli

Cosa prevede per la sanità la Finanziaria 2006

Sintesi dei provvedimenti previsti nel testo del ddl approvato dal Consiglio di ministri del 29 settembre scorso

di Eva Antoniotti e Stefano Simoni

Contratti (art. 26, comma 7) Sono stati stanziati 213 milioni aggiuntivi per i maggiori oneri derivanti in sanità dal biennio contrattuale 2004-2005.

Responsabilità regionali sui bilanci (art. 37, comma 1) Al fine di raggiungere gli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi gli obblighi a carico delle Regioni di garantire l'equilibrio economico finanziario, mantenere i Lea, rispettare gli adempimenti di carattere sanitario e prevedere, ove si prospettasse situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei direttori generali.

Finanziamento Ssn (art. 37, comma 2) Il finanziamento da parte dello Stato al Ssn è incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006, rispetto a quanto previsto nella Finanziaria 2005 (89,96 mld di euro per il 2006 e 91,76 per il 2007).

Ripiano disavanzi triennio 2002-2004 (art. 38, comma 1) Lo Stato concorre al ripiano dei disavanzi del Ssn per gli anni 2002, 2003 e 2004. A tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2006.

Massimo 90 giorni per le liste d'attesa (art. 38, comma 2) Le Regioni per poter godere del ripiano dei disavanzi devono realizzare interventi al fine di contenere entro 90 giorni i tempi massimi di attesa per le prestazioni. La riduzione delle liste d'attesa è infatti anche un obiettivo del Psn e per questo le Regioni dovranno istituire i Cup (Centri unificati di prenotazione) e fornire i dati necessari al Nuovo sistema informativo sanitario per il monitoraggio delle liste d'attesa. Alla certificazione della realizzazione degli interventi in materia di liste d'attesa provvederà il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea.

Divieto di sospendere le prenotazioni (art. 38, comma 3) Le aziende sanitarie ed ospedaliere non possono sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni. Le Regioni e le Province autonome adottano, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici, informando con cadenza semestrale il ministero della Salute.

Commissione nazionale sull'appropriatezza (art. 38, comma 4) È istituita entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente Finanziaria, con decreto del Ministro della Salute, senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato, la Commissione Nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, con compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Ssn, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni medesime, nonché di promozione

di analoghi organismi a livello regionale e aziendale. La composizione della Commissione è fissata con decreto del ministro della Salute.

Edilizia sanitaria (art. 39, comma 1) Le Regioni destinano le risorse residue dell'art. 20 della legge 67/88 a interventi relativi a presidi comprensivi di degenze per acuti con numero di posti letto non inferiore a 250 ovvero a presidi per lungo degenza e riabilitazione con numero di posti letto non inferiore a 120.

Donazioni ai Paesi in via di sviluppo (art. 39, comma 2 e 3) La cessione a titolo di donazione di apparecchiature e altri materiali smessi da Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e altre organizzazioni similari nazionali a beneficio delle strutture sanitarie nei Paesi in via di sviluppo o in transizione è promossa e coordinata dall'Alleanza degli ospedali italiani nel mondo.

La stessa Alleanza provvede, sulla base delle informazioni acquisite, a promuovere i necessari contatti per facilitare le donazioni nonché a tenere un inventario aggiornato delle attrezzature disponibili.

Nasce il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria - Siveas (art. 39, comma 4 e 5) Presso il ministero della Salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, è realizzato un sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (Siveas). Con decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, d'intesa con la conferenza Stato-Regioni, da adottare entro il 31 marzo 2006, sono definite le modalità di attuazione del Siveas.

Per realizzare questo servizio, il ministero della Salute può avvalersi, anche della collaborazione di Istituti di ricerca, società scientifiche e strutture pubbliche o private, anche non nazionali, operanti nel campo della valutazione degli interventi sanitari, nonché di esperti nel numero massimo di 20 unità. Per la copertura dei relativi oneri è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008.

Cud (art. 39, comma 6) La Commissione unica sui dispositivi medici esercita funzioni consultive su qualsiasi questione concernente i dispositivi medici.

Nuovi criteri per certificare i bilanci delle Aziende (art. 39, comma 7) Con Decreto del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, da adottare entro il 31 marzo 2006, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie.

Un tetto alla mobilità interregionale (art. 39, comma 8) Fermo restando il principio della libera scelta da parte dei cittadini di curarsi in strutture sanitarie appartenenti a Re-

gioni diverse dalla propria, al fine del rispetto da parte delle Regioni dell'equilibrio economico e finanziario e dell'estensione dei criteri di appropriatezza anche alle prestazioni erogate in regime di mobilità sanitaria interregionale, viene stabilito un tetto massimo regionale di rimborsabilità e di compensabilità entro il quale le singole Regioni regolano l'attività erogata dalle proprie strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Dal tetto sono escluse le prestazioni erogate ai pazienti oncologici e quelle di ricovero relative alle discipline di specialità.

Più ambulatorio e meno ospedale (art. 39, comma 9) Il ministero della Salute promuove una rimodulazione finalizzata a incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero.

Prodotti monouso (art. 39, comma 9) Su proposta del ministro della Salute, la fornitura di prodotti monouso per stomizzati e incontinenti e per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito verrà inserita nel livello essenziale di assistenza integrativa.

Repertorio dei presidi protesici (art. 39, comma 9) Su proposta del ministro della Salute, dovrà essere istituito il repertorio dei presidi protesici ed ortesici erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale.

Agenzia del farmaco (art. 39, comma 14) Sono direttamente trasferiti all'Aifa i finanziamenti derivanti da eventuali contratti con l'Emea; dalla normativa in materia di prevenzione e sicurezza sul lavoro (legge 407/90, art. 5, comma 20); dal pagamento dovuto dalle aziende farmaceutiche per iniziative all'estero (legge 541/92, art. 12, comma 7 e 8); dalle ispezioni alle officine farmaceutiche (decreto 178/91, art. 7, comma 4 e 5); dal 5% delle spese di promozione delle aziende farmaceutiche. La dotazione organica dell'Agenzia è determinata dal 1° gennaio 2005 nel numero di 190 unità, con oneri finanziari a carico del bilancio della stessa Agenzia. La ripartizione della dotazione organica sarà determinata con successivo provvedimento.

Federalismo fiscale (art. 40) Sono state sostanzialmente accolte le linee espresse dalle Regioni in materia di federalismo fiscale (ovvero di modifiche al decreto 56/2000) con l'Accordo di Santa Trada. Le aliquote Irpef, unificate allo 0,9%, saranno interamente incassate dalle Regioni, ma soprattutto saranno sbloccati i 12 mld circa accantonati a partire dal 2000. Le modalità di ripartizione di questi fondi saranno definiti dalla Conferenza Stato Regioni entro il prossimo 31 marzo.

Ulteriormente "alleggerito" il meccanismo di riduzione da parte dello stato della spesa storica delle Regioni: ogni anno la decurtazione sarà dell'1,5%, ma non potrà comunque superare la metà della differenza con il finanziamento dell'anno precedente.

Confermato il fondo di garanzia per le Regioni che hanno minori entrate Irap e Irpef.

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

Sede di Roma: via Barberini, 3
tel. 06.48.20.154 - Fax 06.48.90.35.23
Sede di Milano: via Napo Torriani, 30
e-mail: dirigenza.medica@anaa.it - www.anaa.it

direttore

Serafino Zucchelli
direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino, Mario Lavecchia
coordinamento editoriale
Cesare Fassari

hanno collaborato:

Arianna Alberti, Eva Antoniotti,
Paola Carnevale, Lucia Conti, Stefano Simoni,
Alfonso Tagliamonte, Claudio Testuzza

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti
Periodico Associato

A.N.E.S.

Editore

IEP ITALPROMO ESIS PUBLISHING
Via Vittore Carpaccio 18, 00147 Roma
email: redazione@ihg.it - www.iep.it
tel. 06.64.65.031 - fax 06.64.65.03.28

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002
Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB ancona
Diritto alla riservatezza: "Dirigenza Medica" garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati nel rispetto della legge 675/96
Stampa: Tecnostampa srl - via Le Brece 60025 Loreto (An)
Finito di stampare nel mese di ottobre 2005