

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, DR COMMERCIALE BUSINESS ANCONA N.11/2006

Editoriale

LINEA DI CONFINE

di Carlo Lusenti

Bisognerebbe ancora parlare di finanziaria, anche se tutto, e il suo contrario, è stato detto, e molto è stato fatto. Per parte nostra abbiamo assunto unitariamente con i sindacati della dirigenza medica, e insieme a tutte le confederazioni che rappresentano i dirigenti e le alte professionalità del settore pubblico e privato, una posizione chiara: il contributo che ci viene chiesto per affrontare i problemi del Paese è ingiustamente troppo alto, specie se paragonato all'insufficiente confronto avuto durante l'iter della manovra e l'inesistente equilibrio con le richieste della categoria.

Le posizioni sono ora chiare e consolidate e, al di là dei contenuti finali, ciascuno ha elementi per valutare e giudicare.

Non possiamo però fermarci a questo seppur importante compito, i temi e i problemi della categoria vanno ben oltre la legge di bilancio e richiedono attenzione e soluzioni adeguate.

Il 30 novembre è scaduto il termine per la scelta dell'esclusività per il prossimo anno, e sono tutt'altro che chiare le condizioni di esercizio della libera professione dal 31 luglio 2007.

Alla fine dell'anno scade il periodo di cinque anni di sperimentazione dell'Ecm, e nulla si sa sul futuro di questa forma di aggiornamento obbligatorio per legge.

L'applicazione degli istituti normativi del contratto ormai scaduto da quasi un anno è faticosa e tardiva, specie per quanto riguarda le norme affidate alla definizione regionale.

Il nuovo contratto, già insufficiente nei finanziamenti previsti dalla legge di bilancio, non ha ancora avviato alcuna forma di confronto preparatoria della trattativa.

Il governo clinico resta un interessante tema di confronto tra esperti della materia, tra convegni e tavole rotonde, senza avviarsi verso una necessaria definizione legislativa.

I rapporti tra Ssn e Università sono congelati da una legge che ha terminato da 2 anni il suo periodo di sperimentazione, senza creare condizioni di adeguata convivenza tra due corpi professionali. L'iter della legge di riforma degli ordini professionali è ondivago, i contenuti non completamente condivisibili e idonei per un reale ammodernamento dei requisiti fondamentali della professione.

Questi i problemi all'ordine del giorno, tutti propri della categoria e dell'azione sindacale, tutti oggetto di un confronto con il Ministro della Salute che richiede tempi più stretti e obiettivi più chiari. Sulla libera professione misureremo la disponibilità a riconoscere un diritto dei medici in modo flessibile e non ideologico, nella più

segue a pagina 10

INTERVISTA AL MINISTRO DELLA SALUTE

Turco: "Insieme ai medici per rendere moderno il Ssn"

Un Servizio sanitario efficiente non può prescindere dal lavoro dei professionisti sanitari. Per questo è essenziale una collaborazione tra politica e categorie professionali, che attraverso una crescita del ruolo dei medici permetta lo sviluppo di tutto il sistema sanitario. È questo il progetto che il ministro della Salute, Livia Turco, ha illustrato nell'intervista realizzata per Dirigenza Medica. "Per la professione medica - ha detto il ministro - ci attendiamo grandi cambiamenti" e la creazione di "un ponte tra responsa-

bilità manageriale e responsabilità clinico-assistenziale, per garantire una maggiore presenza decisionale degli operatori sanitari".

Sull'ormai prossima scadenza per l'esercizio della libera professione in intramoenia allargata, il ministro ha assicurato che garantirà ai medici il diritto alla libera professione intramuraria, valorizzandola rispetto a quella visione, "purtroppo molto radicata nell'immaginario collettivo", di scorciatoia assistenziale per bypassare le liste d'attesa.

E nel garantire che il ministero verificherà quanto è stato attuato da Asl e ospedali per offrire ai medici la possibilità di esercitare l'attività professionale all'interno delle strutture aziendali, Turco chiede la collaborazione della dirigenza medica per segnalare ritardi, resistenze, ostacoli che dovessero sorgere a livello locale, "per affrontarli insieme e voltare pagina definitivamente sulla gestione di questa importante branca di attività professionale".

a pagina 2

Riparto Fondo sanitario nazionale 2007: raggiunta l'intesa

È stato raggiunto nella tarda notte del 10 novembre scorso l'accordo tra le Regioni sul riparto del Fondo sanitario nazionale 2007. Un risultato condiviso, ma raggiunto solo dopo alcuni giorni di discussioni che hanno visto i presidenti delle Regioni divisi prevalentemente su due fronti: da una parte chi chiedeva di utilizzare le risorse per permettere alle

Regioni in disavanzo di superare le difficoltà di bilancio; dall'altra chi riteneva che maggiori risorse dovessero andare alle realtà con la quota di popolazione anziana più alta.

Alla fine tutte le Regioni hanno potuto contare su un aumento delle proprie risorse, ma a prevalere è stata la volontà di aiutare le Regioni in disavanzo ad uscire dall'impasse e

puntare ad un miglioramento dei propri sistemi sanitari locali: "Quello raggiunto è un passaggio importante - ha commentato il presidente della conferenza delle Regioni, Vasco Errani - ed è stato ottenuto anche grazie all'impegno solidale di tutte le Regioni". Ma non tutti sono soddisfatti di come sono andate le cose.

a pagina 10

DOCUMENTI

I risultati del Rapporto sulla prima rilevazione nazionale "Aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio" realizzata dal ministero della Salute

a pagina 4

SPECIALE REGIONI

Focus su Liguria e Basilicata. Interviste ai due assessori regionali alla Sanità, e ai due segretari regionali dell'Anaa Assomed

da pagina 6 a 9

FORMAZIONE

La scuola Carlo Urbani dedicata alla formazione: i progetti avviati e quelli in divenire per una cooperazione internazionale

a pagina 16

INTERVISTA AL MINISTRO DELLA SALUTE, LIVIA TURCO

Turco: "Insieme ai medici per rendere moderno il Ssn"

Abbiamo rivolto alcune domande al ministro, Livia Turco nelle intense giornate di dibattito sulla legge Finanziaria 2007. Il confronto tra le parti politiche e il gran numero di emendamenti rende ancora incerto l'assetto conclusivo della manovra, ma il ministro guarda più avanti e pensa alla iniziativa legislativa per l'attuazione del Governo clinico e per un complessivo riassetto del Servizio sanitario nazionale da realizzarsi attraverso un dialogo serrato con i professionisti della sanità

di Silvia Procaccini

LAnaao Assomed ha accolto con favore il Patto per la salute e gli interventi in finanziaria previsti per il servizio sanitario che inaugurano, finalmente, una stagione di investimenti. Esiste, però, un problema di metodo. In che modo saranno coinvolti gli operatori, ed in particolare i medici, nella fase applicativa delle nuove disposizioni? Sono previsti momenti di confronto con le categorie?

Il confronto con i medici e gli altri operatori del Ssn è fondamentale. E non solo per una questione di metodo. Lo è soprattutto perché ritengo che qualsiasi processo di miglioramento del nostro sistema sanitario non possa prescindere da una reale condivisione degli obiettivi e delle azioni con il mondo professionale.

La sanità e la tutela della salute dei cittadini restano ambiti di intervento pubblico dove il fattore "umano" e professionale è determinante.

Per questo, sin dalla presentazione del mio programma di governo, ho voluto lanciare l'idea di un Patto per la salute che coinvolga tutti gli attori del sistema.

Abbiamo iniziato con le Regioni, con le quali abbiamo siglato un accordo strategico e innovativo alla vigilia della presentazione del Ddl finanziaria, grazie al quale potremo contare su basi finanziarie solide e soprattutto su una forte alleanza di governo con le amministrazioni regionali volta all'effettivo rilancio del Ssn sia in termini di efficienza che di qualità delle prestazioni erogate.

Ora sarà la volta del Patto con le professioni per il quale inizia un percorso di confronto su diversi aspetti, in primo luogo sul governo clinico, che si avvierà il prossimo 21 novembre.

Nella manovra per la sanità si parla di "miglioramento dell'efficienza di Asl e ospedali". Un progetto non certo originale che varrebbe la pena esplicitare meglio, in particolare per le ripercussioni sulla professione medica.

Una cabina di regia coordinata dal ministero della Salute per migliorare l'efficienza del Ssn

Ci muoveremo su due direzioni. Da un lato avviando una revisione dei Lea ai fini di adeguarli ai nuovi bisogni della popolazione e quindi tenendo presenti le grandi esigenze di assistenza derivanti dal cambio demografico e dall'insorgenza di bisogni nuovi tipici delle cronicità e della non autosufficienza. In questo ambito assume particolare rilievo la raziona-

lizzazione della rete ospedaliera in sintonia con la creazione di una vera rete territoriale che deve trovare sinergie e continuità assistenziali con l'ospedale. Dall'altro vogliamo affrontare i nodi storici che hanno provocato negli anni le attuali disparità tra i livelli di assistenza e le stesse dotazioni strutturali tra le diverse regioni italiane.

In proposito partirà un'apposita cabina di regia coordinata dal ministero della Salute per il monitoraggio costante dei Lea, della qualità delle prestazioni, della capacità di spesa e di gestione in determinate aree e branche assistenziali, nonché per l'accompagnamento delle politiche regionali di rientro dei disavanzi come stabilito dal Patto per la Salute sottoscritto con le Regioni. Per la professione medica ci attendiamo grandi cambiamenti, soprattutto per il fatto che vogliamo guidare in-

sieme questa azione di ammodernamento del sistema, ponendo finalmente in sinergia gli aspetti e le culture della gestione con quelli della professione medica e quindi con tutti gli ambiti clinici e assistenziali in cui essa è protagonista.

Il diritto alla libera professione intramuraria è un'opportunità per i cittadini, e deve essere rinvigorito con procedure che lo valorizzino

Il tema della libera professione, dopo aver appassionato il dibattito estivo, sembra essere caduto nel dimenticatoio. Eppure l'attualità incalza, dal momento che entro il 30 novembre i medici devono



scegliere per il rapporto non esclusivo, una scelta inevitabilmente condizionata dal futuro dell'intramoenia allargata per quanti vogliono esercitare questo diritto. Come ha intenzione di affrontare tale scadenza e la successiva prevista dalla legge Visco-Bersani? Che ne è stato del tavolo a tre promesse qualche tempo fa?

Come ho già detto le dinamiche per rendere la libera professione quell'opportunità in più che, se ben gestita, può rappresentare sia per i medici ma soprattutto per i cittadini, vanno discusse e definite insieme.

La prossima scadenza del 30 novembre non penso debba essere vista con particolare timore. L'oltre 90% dei medici italiani che hanno scelto l'esclusività di rapporto potranno serenamente rinnovare quell'opzione perché, come ho più volte ribadito, è mia intenzione far sì che il diritto alla libera professione intramuraria resti e sia anzi rinvigorito da procedure e modalità di esercizio che ne valorizzano l'aspetto di opportunità in più per i cittadini rispetto a quella visione, purtroppo molto radicata nell'immaginario collettivo, di scorciatoia assistenziale per bypassare le liste d'attesa.

È una sfida e una scommessa che dobbiamo cogliere e vincere insieme. Perché ne va anche dell'immagine e della dignità professionale dei medici italiani nonché dello stesso sistema sanitario nazionale.

Entro il prossimo luglio 2007 sarà verificato cosa sarà stato possibile fare affinché le Asl e gli ospedali si dotino di quegli spazi regolamentati e trasparenti ove esercitare l'attività professionale per nome e conto dell'azienda pubblica.

Chiedo anche a voi di attivarvi e segnalarmi ritardi, resistenze, ostacoli che dovessero sorgere a livello locale per affrontarli insieme e voltare pagina definitivamente sulla gestione di questa importante branca di attività professionale.

Restando in argomento, nelle sue intenzioni c'è la volontà di sensibilizzare le Aziende sanitarie ad utilizzare i fondi esistenti e mai richiesti per la realizzazione degli appositi spazi all'interno delle strutture. Risulta al suo ministero che siano state avanzate richieste? Nel frattempo dove potremo esercitare quello che Lei ha, giustamente, definito un nostro diritto?

Il Governo clinico per vincere la sfida sulla qualità e il miglioramento delle prestazioni ai cittadini

Lo ripeto, è un impegno che intendo portare avanti fino in fondo senza visioni ideologiche e destrutturanti, ma nella ricerca comune di una modalità operativa dell'intramoenia che sia chiara e trasparente e che non si presti in alcun modo a fraintendimenti e abusi. È comunque importante sottolineare che ai progetti legati alla realizzazione degli spazi per l'intramoenia presentati dalle Regioni è stata accordata l'assoluta priorità nell'utilizzo dei finanziamenti già stanziati dallo Stato e non ancora spesi per un valore di 414 milioni di euro.

Al fine di avere un quadro esaustivo della situazione stiamo organizzando insieme alle Regioni una rilevazione straordinaria su quanto già finanziato e in via di realizzazione e sull'utilizzazione dei fondi ancora non richiesti.

Altro tema di indubbia priorità è quello del governo clinico, grazie al quale i medici potranno avere maggiore ruolo decisionale all'interno delle aziende. Anche su questo argomento, dopo un avvio promettente, è caduto il silenzio. Quali sono i cardini del suo progetto e quali i tempi del provvedimento legislativo?

Disponibili 414 milioni di euro per realizzare nelle Aziende gli spazi dedicati all'intramoenia

I cardini del mio progetto sono legati soprattutto ad un obiettivo: quello della qualità e del miglioramento delle prestazioni offerte ai cittadini.

Il 2007 sarà l'anno della qualità

delle cure e rappresenterà la nuova sfida per il Ssn, dopo l'aziendalizzazione, i Lea e la riforma del titolo V.

Il governo clinico è uno strumento per vincere questa sfida. Non penso sia produttivo inquadralo in una mera lotta di potere tra medici e manager. Se così fosse avremmo perso la battaglia prima di iniziarla.

Il punto, come sottolineavo, è semmai quello di creare un ponte tra responsabilità manageriale e responsabilità clinico-assistenziale, per garantire una maggiore presenza decisionale degli operatori sanitari, per potenziare la rete di assistenza territoriale in risposta ai nuovi bisogni di assistenza dei cittadini ma anche per garantire una maggiore partecipazione dei cittadini alle scelte strategiche del sistema.

Solo così potremo affrontare la nuova realtà dei bisogni attraverso: il rilancio della prevenzione primaria, secondaria e terziaria; la riorganizzazione delle cure primarie (case della salute, assistenza domiciliare, continuità assistenziale, hospice e nuovo ruolo degli operatori territoriali); la razionalizzazione dei processi di diagnosi e cura per sollecitare i mondi professionali ad operare attraverso linee di indirizzo condivise e da aggiornare periodicamente e basate sull'appropriatezza delle cure e dei percorsi diagnostici.

Avviando finalmente idonee politiche di intervento a livello nazionale e locale a partire da specifici obiettivi di salute misurabili nei risultati, per verificare i miglioramenti reali dello stato di salute della popolazione e la diminuzione dei fattori di inappropriatazza.

Il Ccnl appena firmato è ormai scaduto e le OoSS Mediche hanno inviato la richiesta di aprire le trattative per il rinnovo. Crede che anche questa volta occorrerà aspettare quattro anni? E come pensa di superare l'ostacolo rappresentato dall'insufficiente finanziamento del biennio economico 2006-2007?

E parallelamente alla reintroduzione dell'obbligo di esclusività non pensa che sia necessario incrementare la relativa indennità ferma da otto anni?

Sono tutti aspetti sui quali intendo avviare il confronto con i sindacati. In modo serio, senza demagogia e tenendo presenti le reali condizioni del Paese. Ma una cosa è certa: in me troverete sempre un alleato convinto sulla necessità di avere

La chiave di volta per rinnovare il sistema salute: la collaborazione tra Stato e Regioni

operatori motivati e coscienti del proprio ruolo nella sanità italiana.

Come intende esercitare il ruolo del ministero della Salute nei confronti del nuovo quadro costituzionale che vede le Regioni co-protagoniste del governo della sanità?

Ho sostenuto, fin dall'inizio del mio mandato, come le Regioni rappresentino una sorta di "Consiglio dei Ministri" della sanità.

Penso che il sistema sanitario debba trovare, in una forma condivisa di governo tra Stato e Regioni, la chiave di volta per imprimere quelle innovazioni e quel generale processo di ammodernamento di cui si avverte l'esigenza dopo le grandi riforme che hanno contraddistinto la sanità italiana dal 1978 ad oggi.

Il modo in cui è stato portato a conclusione il Patto per la Salute testimonia che questo clima di collaborazione è già una realtà.

Una realtà che trova in due principi, quello dell'autonomia e della responsabilità, i suoi assi portanti.

La sconfitta della devolution, alla quale hanno contribuito anche le forti prese di posizione contrarie dei medici italiani, ci riconduce in una realtà istituzionale dove l'equilibrio sta proprio nella capacità di Stato e Regioni di operare "insieme" in una ricerca costante di soluzioni e progettualità condivise.

In conclusione penso che unitarietà del diritto alla salute, equità nell'accesso alle prestazioni e garanzia nazionale di livelli di assistenza sanitaria uniformi in tutto il Paese, siano le tre coordinate sulle quali l'autonomia regionale nelle scelte e negli indirizzi gestionali e di programmazione possa e debba trovare idoneo riconoscimento e valorizzazione. In altre parole dobbiamo lavorare affinché le diversità culturali, sociali ma anche di approccio alla tutela della salute, diventino fattore di ricchezza e confronto esperenziale e non, come ancora oggi avviene, elementi di differenziazione negativa e di disuguaglianza nella qualità e nell'efficienza dei servizi sanitari.

NOMINATO IL NUOVO CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ

È stato nominato con Decreto ministeriale, l'8 novembre, il nuovo Consiglio superiore di sanità che resterà in carica per un triennio. "Abbiamo operato le nostre scelte - ha affermato il ministro della Salute, Livia Turco - sulla base della professionalità, della competenza nelle diverse discipline di interesse per la sanità pubblica italiana, e anche con attenzione alla valorizzazione delle donne in questo alto consesso che rappresenta il momento più alto di consulenza scientifica in campo sanitario al Governo nazionale del nostro Paese". Il Consiglio superiore di sanità, ha spiegato Livia Turco, oltre che nell'espressione dei diversi pareri obbligatori previsti dalle leggi ordinarie su specifiche materie e provvedimenti sarà, infatti, "impegnato nell'esame di delicate e importanti questioni di interesse sanitario a partire dalle grandi innovazioni scientifiche e terapeutiche che si presentano alla nostra attenzione con sempre maggiore evidenza, ma anche su aspetti legati all'evoluzione del sistema sanitario e alla necessità di dare risposte ai nuovi bisogni di assistenza e alle nuove istanze provenienti dalla società su aspetti di grande interesse bioetico". Questi i nomi dei componenti del Coss: Pierluigi Benedetti Panici, Roberto Bernabei, Amedeo Bianco, Maria Antonietta Bianco, Enrico Bolleto, Eva Buiatti, Roberto Callioni, Carlo Cannella, Giuliano Cerulli, Stefano Cinotti, Franco Cuccurullo, Francesco Dammacco, Alessandra De Palma, Matteo Di Biase, Paola Facchin, Silvio Garattini, Paola Grammatico, Aldo Grasselli, Maria Paola Landini, Alessandra Kustermann, Alessandro Maida, Giulio Maira, Mario Maj, Guido Marinoni, Massimo Martelli, Mauro Modesti, Paola Muti, Anna Teresa Palamara, Marco Patierno, Laura Penacchi, Mauro Picardo, Aurelio Picciocchi, Pietro Puddu, Antonio Quaranta, Giuseppe Remuzzi, Pietro Rescigno, Mauro Salizzoni, Eugenio Santoro, Giovanna Scroccaro, Annalisa Silvestro, Alberto Spanò, Ugo Sturlese, Francesco Tolari, Costantino Troise, Rosalba Tufano, Guido Tuveri, Dino Vanni, Silvia Vegetti Finzi, Paolo Vineis, Vincenzo Ziparo.

LA PRIMA RILEVAZIONE NAZIONALE SU ASSICURAZIONI E RISCHIO PUBBLICATA DAL MINISTERO DELLA SALUTE

Assicurare il rischio clinico vuota le casse del Ssn

di Ester Maragò

Crescono sempre di più le spese sostenute dal Ssn per le coperture assicurative: si stima che, solo nel 2004, le strutture sanitarie abbiano versato alle Compagnie assicurative premi per circa 538.076.789 di euro. Non solo, il tema delle assicurazioni potrebbe diventare per le Aziende sanitarie sempre più critico alla luce dell'incremento di denunce per sinistri e del conseguente innalzamento dei premi da parte delle assicurazioni. E questo nonostante i valori dei premi assicurativi del nostro sistema sanitario siano inferiori a quelli di altri Paesi, Usa in particolare.

A suonare il campanello d'allarme è il Rapporto sulla prima Rilevazione nazionale relativa a "Aspetti assicurativi in ambito di gestione aziendale del rischio" del ministero della Salute.

L'indagine, condotta nel 2005 su oltre 300 tra Asl, Aziende ospedaliere, Irccs, Policlinici universitari e ospedali classificati, parla chiaro: le azioni giudiziarie verso gli operatori sanitari e le strutture ospedaliere sono cresciute, il costo dei premi assicurativi è di conseguenza schizzato alle stelle e così anche le spese per il Ssn.

Dai dati, infatti, è emerso che l'ammontare totale dei premi versati dalle strutture sanitarie monitorate alle Compagnie assicurative, nel 2004, è stato di 412.464.690 euro. Ma in base ad una stima effettuata dagli esperti del ministero, considerando tutte le strutture dell'intero territorio si arriva ad una spesa che supera i 500 milioni di euro.

Comunque, le strutture sanitarie si stanno attrezzando per contrastare il fenomeno. Tant'è che l'attenzione verso la gestione del rischio clinico è aumentata progressivamente, e la percentuale di Unità dedicate, ferma nel 2003 al 17%, in un anno è arrivata al 28%.

LO STATO DELL'ARTE DEL SISTEMA ASSICURATIVO NEL Ssn

Fino a poco tempo fa, ha spiegato il Ministero nel Rapporto, gli effetti economici derivanti dal manifestarsi dei rischi di natura clinica erano trasferiti, dai responsabili delle singole strutture sanitarie, direttamente alle Compagnie di assicurazione, che proponevano, per assumersi il rischio clinico, la definizione di un determinato pre-

mio assicurativo annuo sulla base di una percentuale rispetto all'ammontare degli stipendi lordi erogati annualmente.

La revisione annuale del premio avveniva in modo pressoché automatico: si calcolava il valore economico dei rimborsi per sinistri denunciati nel corso dell'ultimo anno a carico della Compagnia e, sulla base delle variazioni dell'indice, veniva modificata la percentuale da applicare al monte stipendi lordo erogato dalla struttura.

Ma con la crescita consistente del numero di denunce da parte dei pazienti, nonché del valore economico dei risarcimenti riconosciuti, le Assicurazioni hanno reagito con incrementi successivi nella quota percentuale da applicare al parametro degli stipendi.

Risultato: un aumento progressivo dei premi a carico delle strutture sanitarie, ed in taluni casi, un'oggettiva difficoltà a concordare una soluzione assicurativa in grado di rispondere sia alle esigenze del Ssn sia delle Compagnie assicurative.

E le previsioni per il futuro sono tutt'altro che confortanti non solo perché i costi delle polizze sono cresciuti, ma anche perché la quasi totalità delle Compagnie ha apportato correttivi alle clausole dei contratti che garantiscono l'assicurato in maniera inadeguata e parziale, con l'assunzione di rischi sempre più contenuti.

Nel tempo c'è stata, infatti, una progressiva transizione dal sistema cosiddetto "loss occurring" (che considera quale data del sinistro quella dell'evento dannoso, indipendentemente dal momento nel quale il danneggiato ha fatto la richiesta di risarcimento), a quello cosiddetto del "claims made" (che invece considera quale momento del sinistro la prima richiesta di risarcimento del danno). Le conseguenze? Che l'assicuratore risponde unicamente dei sinistri denunciati e avvenuti durante il periodo di validità del contratto, per cui un sinistro verificatosi durante il periodo di validità della polizza e denunciato il giorno seguente alla scadenza non rientra nella garanzia assicurativa. Quindi, ad esempio, la ritenzione di una garza all'interno del sito chirurgico, che può essere diagnosticata anche molti anni dopo l'occorrenza dell'evento, potrebbe essere esclusa dalla garanzia assicurativa.

Insomma, rileva il Rapporto, la situazione è preoccupante e impone di affrontare tutte le implicazioni relative ai costi assicurativi nel contesto del rischio clinico. Con un obiettivo: garantire un efficace governo delle politiche sanitarie riducendo al minimo i possibili danni per i pazienti derivanti da errori e la possibilità di incidenti che possono verificarsi nel corso del pro-

cesso clinico assistenziale. Solo aumentando la sicurezza dei pazienti sarà possibile abbattere costi aggiuntivi causati dagli errori, e ridurre quindi contenziosi, spese di risarcimento, premi delle polizze assicurative.

I NUMERI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELLE AZIENDE

Come si sono attrezzate le strutture sanitarie per governare i rischi, e gestire i rapporti con il sistema assicurativo? Rispetto ad una precedente rilevazione effettuata dalla Salute nel 2003, la percentuale delle strutture monitorate che ha istituito un'Unità di gestione del rischio clinico è cresciuta passando dal 17% al 28,2% nel 2004.

Le Unità di gestione del rischio clinico sono state attivate in 91 delle 323 strutture che hanno risposto al questionario somministrato dal ministero. La percentuale più alta di Unità attivate è stata rilevata nel Centro Italia (43,6%). Seguono il Nord-Ovest (34,5%), il Nord-Est (21,9%) e il Sud e le Isole (14,8%).

Per quanto riguarda la tipologia di struttura, le Unità di gestione del rischio clinico sono presenti nel 35% delle Aziende Ospedaliere, nel 27,8% delle Asl, nel 22,9% degli Irccs, nel 20% dei Policlinici Universitari, e nel 16,7% degli ospedali classificati.

In 88 casi su 90 il responsabile è una figura interna. Invece, negli ospedali dove non sono state istituite Unità ad hoc, la gestione è affidata nel 67,3% dei casi alla Direzione sanitaria (150 strutture su 223), nel 19,3% alle Unità operative di medicina legale, e nel 19,3% all'Ufficio Qualità.

Anche le Unità operative di gestione delle polizze assicurative, che si occupano in prima persona delle richieste di risarcimento, sono molto diffuse: sono presenti nel

90,1% delle strutture (in totale 291). Le Uo sono state attivate soprattutto nel Sud e nelle Isole (92%), ma la loro prevalenza è forte anche nelle strutture del Nord Ovest (90,5%), del Nord Est (87,5%), e del Centro (89%).

Per quanto concerne le tipologie di garanzie aggiuntive previste nelle polizze assicurative, le più gettonate sono quelle legate all'attività intramoenia (93,5%) e a danni verso terzi per raccolta/utilizzo del sangue (92,3%); le meno frequenti quelle per tutela legale (73,7%) e colpa grave (72%).

Le franchigie sono presenti nelle clausole contrattuali nel 64,6% delle strutture, anche se non sono disponibili informazioni sul loro valore soglia. Per quanto riguarda la sede in cui avviene la valutazione del sinistro Rct entro l'importo della franchigia, il 75,1% delle strutture

Presenza dell'Unità Operativa di gestione delle polizze assicurative

Regioni ed aree geografiche	Strutture con UO di gestione delle polizze assicurative	Totale strutture	%
Piemonte	32	32	100,0
Valle d'Aosta	1	1	100,0
Lombardia	62	73	84,9
Liguria	10	10	100,0
Nord Ovest	105	116	90,5
P.A. Bolzano	4	4	100,0
P.A. Trento	3	3	100,0
Veneto	25	29	86,2
Friuli Venezia Giulia	9	12	75,0
Emilia Romagna	15	16	93,8
Nord Est	56	64	87,5
Toscana	15	15	100,0
Umbria	3	4	75,0
Marche	12	13	92,3
Lazio	19	23	82,6
Centro	49	55	89,1
Abruzzo	6	6	100,0
Molise	4	4	100,0
Campania	14	16	87,5
Puglia	14	16	87,5
Basilicata	6	6	100,0
Calabria	9	10	90,0
Sicilia	20	22	90,9
Sardegna	8	8	100,0
Sud e isole	81	88	92,0
Italia	291	323	90,1

Presenza Unità di gestione del rischio clinico secondo l'area geografica

Area geografica	Numero	%
Nord Ovest	40	34,5
Nord Est	14	21,9
Centro	24	43,6
Sud e isole	13	14,8
Totale	91	28,2

Distribuzione di frequenza delle Unità di gestione di rischio clinico per struttura

Tipologia di strutture	Numero	%
Azienda Sanitaria Locale	47	27,8
Azienda Ospedaliera	31	35,2
IRCCS	8	22,9
Policlinico Universitario	2	20,0
Ospedale Classificato	3	16,7
Totale	91	28,2

opta per quella assicurativa, e il 36% per quella intraziendale. Infine nel 77% dei casi l'Azienda si avvale di un consulente assicurativo.

Il Rapporto ha poi rilevato il numero dei sinistri raccolti nel triennio 2002/2004: in totale sono stati segnalati 45.905 casi. In testa alla classifica regionale c'è la Lombardia con 8.739 sinistri, segue l'Emilia Romagna con 4.816 sinistri, il Veneto (4.175), il Lazio (3.734); la Toscana (3.605), il Piemonte (3.392), e la Puglia (3.338). Nel complesso, nel 2004, il valore medio dei premi versati per ogni sinistro è stato di 27.828 euro. Lombardia, Lazio e Piemonte sono le Regioni con i premi più alti versati.

L'INTERPRETAZIONE DEI DATI

Le cifre emerse dimostrano come le strutture sanitarie siano sempre più sensibili alla gestione del rischio clinico. Basta guardare all'aumento del numero di Unità di gestione del rischio clinico; e al fatto che, nella quasi totalità dei casi, il responsabile dell'Unità è rappresentato da una figura interna all'azienda stessa, e che, laddove non sia stata istituita un'Unità ad hoc, la gestione è affidata perlopiù alla Direzione Sanitaria.

Invece, l'alta percentuale di Unità operative di gestione delle polizze assicurative (90%), mostra la crescente esigenza da parte delle Aziende di tutelarsi gestendo direttamente le richieste di risarcimento, anche se – rileva il Ministero – non è possibile allo stato attuale avere informazioni sulla natura ed il livello specifico di operatività delle unità stesse. Proprio su questo aspetto la Salute suggerisce di approfondire con un'indagine specifica i modelli gestionali ed il livello di operatività di questi organi, in quanto “un'Unità ad hoc istituita può meglio documentare l'iter della pratica, può svolgere un'istruttoria completa e più rispondente alla realtà e in sede di giudizio farsi assistere da un proprio legale di fiducia”. Non solo, prosegue il Ministero, sarà anche utile in futuro verificare che le garanzie aggiuntive previste nelle polizze assicurative prevedano effettivamente la garanzia di tutela legale e copertura per colpa grave, sulla base di un'effettiva valutazione dei maggiori costi a fronte di tali garanzie. Il fenomeno della presenza di franchigie nelle clausole contrattuali, rileva l'indagine, presenta invece due aspetti diversi: “Da un lato la franchigia è presente in poco meno di due terzi delle strutture rispondenti, ma sarebbe utile conoscere la distribuzione dei valori previsti, la cosiddetta altezza, in quanto un'altezza elevata potrebbe favorire l'inappropriatezza delle denunce di sinistri minori. Per converso, la percentuale non trascurabile di strutture che dichiarano l'assenza di franchigia (35,4%), lascia intuire un trasferimento totale dei rischi nei confronti delle assicurazioni ed un approccio non proattivo nella gestione degli stessi”.

E ancora, il dato relativo alla sede per la valutazione dei sinistri entro l'importo di franchigia – che indica un maggior utilizzo di quella assicurativa rispetto a quella intraziendale – dimostra che le strutture sanitarie tendono a delegare le competenze, anziché farsene carico in maniera diretta. Sarebbe perciò utile, suggerisce il Ministero, “avere informazioni sulle modalità con le quali avviene lo scambio informativo tra Compagnie assicuratrici e strutture sanitarie”.

L'elevata percentuale di attivazione di sistemi di elaborazione mostra poi, come le Aziende si stiano organizzando per elaborare i dati relativi a varie tipologie di sinistri, non solo quelli denunciati, ma anche i respinti e quelli con riserva.

Infine, il Rapporto segnala la necessità di approfondire, in relazione alle Compagnie assicurative, la funzione del consulente assicurativo presente in più di due terzi delle strutture. E suggerisce di verificare anche le modalità pratiche di questa consulenza, ossia “se viene svolta per una

definita attività, quale la predisposizione di un capitolo o la valutazione della sinistrosità della struttura, oppure se si tratta di un servizio di brokeraggio, con contorni più ampi e che prevede attività di raccolta dei sinistri, monitoraggio, assistenza e consulenza nei confronti della struttura sanitaria”. Così come è importante verificare, per le strutture che dichiarano di non avere il consulente assicurativo (23%), come vengono gestite polizze e rapporti con l'assicurazione.

LE CONCLUSIONI DEL MINISTERO

Tirando le somme, secondo il Rapporto stilato dal Ministero, diventa necessario definire una corretta strategia assicurativa. Come? Attivando a livello aziendale iniziative di risk management; favorendo all'interno della azienda la gestione integrata delle differenti aree di rischio (clinico, patrimoniale, professionale, ambientale); sostenendo il dialogo tra aziende e Compagnie assicurative prima della aggiudicazione del contratto per meglio concordare le modalità più pertinenti alla realtà di ogni singola azienda; attivando un Comitato di Valutazione Sinistri che partendo dall'analisi delle cause che hanno determi-

nato l'evento dannoso, faccia una valutazione puntuale del sinistro.

Soprattutto diventa urgente misurare il rischio clinico per poi definire quale parte possa essere “ritenuta” e gestita direttamente dalla Direzione generale, e quale parte dello stesso rischio possa essere “trasferito” presso le Compagnie di assicurazione. Per centrare questo obiettivo è necessario: disporre di una visione attendibile del valore economico delle risorse finanziarie disponibili presso la singola

struttura sanitaria; definire i rischi della stessa per valutare le probabilità del verificarsi del sinistro; affrontare la gestione diretta dei risarcimenti tenendo conto delle possibili responsabilità contabili che ne possono scaturire, stimando così i possibili danni e studiare le azioni da intraprendere al fine di prevenire i rischi o di trasferirli alle Compagnie di assicurazione.

Per quanto riguarda le modalità gestionali per ridurre il rischio clinico occorrerà definire proposte di contenuto organizzativo e linee guida cliniche. Solo dopo avere avviato processi complessi per avere le informazioni necessarie a gestire il rischio, spiega il Rapporto, le Direzioni generali disporranno di una capacità contrattuale ben maggiore, rispetto all'attuale e riusciranno a rinegoziare le polizze assicurative su nuove basi. Sarà anche utile affrontare il problema legato al potere contrattuale delle strutture sanitarie rispetto alle Compagnie assicurative, per rendere più omogenea la forza contrattuale di strutture con analogo livello di rischio. C'è, infatti, da sanare un'asimmetria informativa per cui i soggetti risultano informati allo stesso modo solo

dopo che il contratto si è concluso, e sempre che ciò avvenga. Occorre perciò sperimentare e sviluppare strumenti compensativi che possano favorire la riduzione del gap informativo esistente.

Tirando le somme, secondo il Ministero, l'arma vincente è una conoscenza, profonda e diffusa del fenomeno. “Ogni lacuna conoscitiva – segnala il Rapporto – indebolisce molto l'azione degli operatori che si pongono dal lato della domanda di prestazioni assicurative”. Una risposta in questo senso potrebbe arrivare dal Gruppo di lavoro per la Sicurezza dei Pazienti, istituito presso il ministero della Salute. Il sistema di monitoraggio delle Polizze assicurative in sanità, a cui sta lavorando il gruppo, rappresenta, infatti, uno strumento potenzialmente rilevante per consentire quello scambio di informazioni necessario a valutare gli eventi potenzialmente avversi e permettere di adottare le contromisure più opportune.

Tipologia di garanzie aggiuntive previste nelle polizze di assicurazione per RCT/RCO

Garanzie aggiuntive	Numero	% sul totale delle strutture rispondenti
Per attività intramoenia	302	93,5
Per danni per eventi non clinici nel reparto	284	87,9
Per danni a terzi per raccolta/utilizzo sangue	298	92,3
Per borsisti/tirocinanti	289	89,5
Per tutela legale	238	73,7
Per estensione per colpa grave	233	72,1

Gestione del rischio clinico in assenza di UO costituita ad hoc



Ammontare dichiarato dei premi versati nel 2004 e stima dei premi per regione

Regioni	Ammontare totale premi dichiarati in euro	% rispondenti	Stima premi versati per Regione in euro
Piemonte	41.217.230	100%	41.217.230
Valle d'Aosta	1.344.750	100%	1.344.750
Lombardia	81.913.010	91%	89.876.775
Liguria	15.311.344	77%	19.904.747
P.A. Bolzano	2.781.522	100%	2.781.522
P.A. Trento	3.392.201	100%	3.392.201
Veneto	33.503.247	88%	38.289.425
Friuli Venezia Giulia	13.300.111	100%	13.300.111
Emilia Romagna	33.954.991	94%	35.597.200
Toscana	21.671.859	72%	30.007.189
Umbria	9.316.659	67%	13.974.988
Marche	12.745.156	67%	19.117.734
Lazio	46.226.339	60%	77.043.898
Abruzzo	14.245.131	100%	14.245.131
Molise	1.658.463	80%	2.073.079
Campania	27.486.823	57%	48.101.940
Puglia	21.131.433	67%	31.697.145
Basilicata	2.859.316	71%	4.003.042
Calabria	5.620.040	44%	12.845.805
Sicilia	17.119.687	61%	27.932.121
Sardegna	5.665.378	50%	11.330.756
Totale	412.464.690	77%	538.076.789

LA SANITÀ NELLA REGIONE

Liguria

Riorganizzare il sistema per far quadrare i conti

La sanità della Liguria cerca di darsi un nuovo volto per far fronte alle difficoltà dovute alla domanda di salute della numerosa popolazione anziana e alla necessità di far quadrare i conti, ormai in rosso da alcuni anni. Per coniugare queste due esigenze, la Giunta regionale ha pensato che il sistema sanitario ligure non andava solo monitorato in maniera più decisa, ma riorganizzato secondo una programmazione ben precisa, diretta ad offrire servizi più specializzati e evitando quell'assistenza ospedaliera "generalizzata" che non porta benefici né in termini di salute, né di contenimento dei costi

di Lucia Conti

La speranza di vita dei cittadini liguri è tra le più alte d'Italia. Buon segno, certamente. Ma in mancanza di un alto indice di natalità, questo significa che la Liguria è anche la Regione più vecchia d'Italia, con una quota di over 65enni pari a oltre il 25%. Una realtà demografica che spinge a scelte politiche sempre più improntate sull'assistenza agli anziani, come dimostra la delibera con cui, lo scorso luglio, la Giunta ha deciso di vincolare 20 milioni di euro all'incremento di posti e di attività per la riabilitazione e la residenzialità. "L'obiettivo - ha spiegato l'assessore regionale alla Salute, Claudio Montaldo - è fornire risposte ad una grave carenza che penalizza i cittadini liguri e scarica oneri

inappropriati sulla rete ospedaliera". D'altra parte, il sistema sanitario regionale ha bisogno di rinnovarsi per raggiungere una sostenibilità economica ancora incerta, e che ha visto la Liguria tra le sei Regioni in disavanzo, insieme a Lazio, Abruzzo, Molise, Sicilia e Campania.

CONTI IN ROSSO, MA PRONTI AL RIPIANO

Il "buco" della sanità ligure era finito sotto la lente della Corte dei Conti già lo scorso aprile, con cui i magistrati contabili informavano il Consiglio regionale di un previsionale di disavanzo pari a 324 milioni per il 2006. Non solo. La Corte dei Conti evidenziava che "la manovra 2006, disposta con la legge finanziaria regionale 2006 e con i provvedimenti a stralcio, non appare da so-

la sufficiente a coprire i disavanzi gestionali registrati nel biennio 2004-2005, giacché risulterebbero sottostimati gli aggregati assoggettati a correzione".

Una situazione che la Liguria ha deciso di affrontare attraverso un piano di rientro fondato sulla manovra fiscale, su misure di bilancio e sulla dismissione di una quota del patrimonio immobiliare. Un piano che piace anche al ministro della Salute, Livia Turco, che partecipando al congresso dell'Anaa-Assomed, organizzato a Genova lo scorso giugno, ha affermato che quello ligure rappresenta "un modello per le altre Regioni" in disavanzo. "La Liguria - ha aggiunto il ministro - ha avviato un'importante azione di risanamento" e "mi pare che se la stia cavando bene".

Un piano approvato ad agosto promette, inoltre, di ri-

INTERVISTA AD EGIDIO DI PEDE, SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED LIGURIA

Una buona sanità ma da perfezionare

Dottor Di Pele, quali sono le principali criticità della sanità ligure?

La nostra Regione paga in questo momento lo scotto di anni e anni di campanilismi locali associati ad errori politici strutturali. Abbiamo mancato molti importanti appuntamenti, come quello della legge sull'edilizia sanitaria, che avrebbe permesso di realizzare una rete ospedaliera basata su un minor numero di strutture di nuova costruzione, al posto di quella ipertrofica che manteniamo in attività. In Liguria abbiamo ospedali distanti tra loro solo 10-20 chilometri. Una situazione resa complicata anche a causa dell'orografia.

Esistono responsabilità politiche legate ad alleanze diverse che hanno permesso la sopravvivenza di situazioni locali di grave inappropriatazza, con ospedali piccoli privi di garanzie per l'utenza.

Oggi, però, l'assessorato ha deciso di metter mano alla riorganizzazione della rete ospedaliera, e per la prima volta ci troviamo di fronte a un vero provvedimento di riorganizzazione. Anche se non mancano le criticità.

Che tipo di criticità?

Il Piano va senz'altro nella direzione di realizzare una rete ospedaliera più efficiente, andando a riorganizzare in particolare l'area spezzina, genovese, savonese e del Tigullio, dove troppi ospedali servono lo stesso territorio.

È poi prevista l'apertura di due nuovi ospedali. Il primo, quello di Rapallo, servirà ad accorpare servizi attualmente insistenti su 4 ospedali attualmente presenti nel raggio di 20 km. Il secondo, di Albenga, servirà invece a chiudere definitivamente il vecchio ospedale, che è una struttura fatiscente. Tuttavia, in quest'ultimo

caso, credo che si sia persa un'occasione preziosa per trovare una soluzione di integrazione tra l'ospedale di Albenga e quello di S. Corona in Pietra Ligure. Quest'ultimo è ancora strutturato a padiglioni e tutto sommato far confluire le risorse utilizzate per le due ristrutturazioni in un unico ospedale a monoblocco, a pari distanza dai due centri abitati, avrebbe permesso di riorganizzare, migliorando l'offerta di prestazioni sanitarie per la popolazione.

La Liguria è una delle sei Regioni in disavanzo. Qual è la sua opinione sul piano di rientro approvato?

In buona parte condividiamo ed apprezziamo l'impegno dell'assessorato, ma crediamo che l'aumento di addizionale Irpef avrebbe dovuto essere più consistente, in modo tale da offrire delle risorse destinate non solo ad arginare il disavanzo, ma anche a rilanciare la sanità regionale. L'aumento deciso dalla Regione è stato invece non sufficiente per poter realizzare investimenti. La ristrutturazione della rete ospedaliera è senz'altro efficace, ma porterà risultati solo nel lungo periodo. E oggi il taglio dei primi 1.000 posti letto ha portato un risparmio di soli 20 milioni di euro, che non sono che una piccola parte del disavanzo regionale.

Il mio parere è che occorra far sì che le operazioni di risparmio non servano solo a pareggiare i conti, ma siano strumento di rilancio e investimento.

La Liguria è la Regione con la più alta quota di anziani in Italia. Il Ssr è in grado di sostenere questa domanda di salute?

Il problema dell'invecchiamento della popolazione è molto grave ed è associato all'incremento della quota di anziani non autosufficienti. Questo problema richiede

un intervento strutturale complesso che coinvolga anche le Autonomie locali nel sostegno economico a strumenti di supporto per le famiglie che affrontano nel proprio domicilio l'assistenza ad un anziano non auto sufficiente.

D'altra parte, una quota del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera prevede proprio la conversione di posti letto per acuti in posti per la riabilitazione, ma il vero problema è la mancanza di una rete territoriale, sanitaria e sociale, che prenda in carico il paziente dopo la dimissione. Occorrerebbe potenziare questa rete e l'Adi, che esiste, ma non è ancora operativa per quanto dovrebbe. Di questo, l'assessorato è convinto sostenitore, ma il percorso è lungo.

Le strutture liguri sono attrezzate con spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia?

Attualmente molti degli spazi adibiti alla libera professione sono in intramoenia allargata, ma i direttori generali si stanno muovendo, in vista anche delle scadenze del prossimo anno. L'assessorato è stato solerte e noi, siglando poche settimane fa l'art. 9, abbiamo richiesto che venisse inserita una clausola in cui si stabilisce l'istituzione di un tavolo tecnico in cui verrà affrontata anche questa questione.

Quali sono i rapporti con l'Università?

Purtroppo non c'è una vera collaborazione. La realtà attuale è che l'università non riesce ad esprimere il meglio delle proprie energie nella ricerca, probabilmente per carenze strutturali e di risorse.

Una situazione che andrà affrontata al più presto, ponendo un nuovo modello di rapporti di collaborazione su basi paritarie con il Ssr.

durere i costi della sanità ligure di 200 milioni entro il 2009, ma le stime, secondo l'assessore Montaldo, sono state calcolate per difetto e "ci attendiamo perciò risparmi anche più alti". I settori di intervento riguardano in particolare la riorganizzazione ospedaliera, che dovrebbe dare un risparmio di 80 milioni entro il 2009, la riorganizzazione del personale e delle consulenze, la farmaceutica convenzionata, la riduzione della mobilità sanitaria, i tetti alla diagnostica privata, il controllo della domanda di diagnostica. Due milioni, inoltre, sono previsti in entrata grazie al recupero dell'evasione dei ticket.

RIPARTO FSN 2007: ALLA LIGURIA 2,86 MILIARDI

Sono 2 miliardi e 862 milioni di euro i soldi a disposizione della Liguria secondo quanto stabilito il 9 novembre scorso con il riparto del Fondo sanitario nazionale per il 2007. Abbastanza per "arrivare a pareggiare i conti, se lavoriamo bene e governiamo la spesa come si deve", secondo il presidente della Regione Claudio Burlando.

Rispetto allo scorso anno la Liguria ha ottenuto il 3,8% in più di fondi, come la media delle altre regioni italiane, al termine di trattative serrate che hanno anche registrato un accordo bilaterale tra Liguria e Emilia Romagna che consentirà alla Liguria di ripianare i conti.

L'operazione, ha spiegato il presidente, è concepita attraverso uno scambio di fondi: la Liguria rinuncia a 119 milioni che le spettano per i conti del 2004 a favore dell'Emilia Romagna, mentre questa Regione rinuncia a 119 milioni che le spettano per il 2006. "In questo modo per lo Stato e per l'Emilia Romagna non cambia nulla - ha spiegato Burlando - mentre a noi arriva un grande vantaggio perché possiamo ridurre di 119 milioni il deficit del 2006, anno in cui, se sforzi, ricevi sanzioni".

TAGLI E NUOVI POSTI LETTO PER

LE STRUTTURE OSPEDALIERE

La Giunta regionale ha approvato lo scorso luglio una delibera con cui viene avviato il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera che prevede una diminuzione dei posti letto per acuti a favore di nuovi posti per la riabilitazione e le cure intermedie. Alla fine dovrebbero essere tagliati circa mille letti, il 12% del totale, a cui però se ne aggiungeranno altri per la riabilitazione. Il piano generale, che verrà completato con una seconda delibera prevista entro la fine dell'anno, comporterà tra l'altro la totale scomparsa di posti letto per acuti in quattro ospedali, a Busalla, Levanto e Genova (Colletta e Celesia). In totale l'operazione dovrebbe portare, secondo le stime della Giunta, ad un risparmio di circa 11 milioni di euro. Si tratta, ha specificato il presidente Burlando, del "primo passo di una lunga marcia per ridurre i costi in alcune strutture. Il percorso, ha spiegato l'assessore alla Sanità Montaldo, è lungo perché bisogna razionalizzare ma garantire comunque i servizi, migliorandoli". Con questa prima tappa, intanto, dovrebbero anche essere organizzati 148 nuovi posti di riabilitazione, che diventeranno 348 complessivi entro la fine del 2007. I letti per gli acuti sono in Liguria 7.027: 163 sono stati già tagliati e con la delibera se ne elimineranno altri 389, mentre nella fase finale si arriverà al totale di circa 850.

Entro il 2008 dovrebbero anche essere aperti i nuovi ospedali di Rapallo (Genova) e Albenga (Savona).

L'ASSISTENZA AI PAZIENTI ANZIANI E FRAGILI

La Liguria è la Regione d'Italia con il maggior numero di ultra sessantacinquenni e secondo le stime la quota di popolazione anziana crescerà nei prossimi anni tanto da far sì che nel

2050 gli ottuagenari in Liguria saranno il 10% della popolazione.

La popolazione, dunque, è più fragile e il sistema sanitario regionale deve fare sempre di più per offrire sostegno agli anziani che vivono spesso in solitudine e in situazioni di forte disagio. Situazioni di fragilità a cui si aggiungono quelle vissute dai disabili e dalle persone con malattie croniche invalidanti.

Ed è proprio per fronteggiare la non autosufficienza e d'implementare la rete di servizi e di assistenza extraospedaliera che la Giunta regionale ha firmato un accordo lo scorso agosto con le organizzazioni sindacali confederali e dei pensionati.

Per questa manovra saranno stanziati 10 milioni di euro nel 2007 e 12 milioni nel 2008 come fondi da assegnare alle Asl sul territorio. L'accordo prevede interventi concreti per completare il progetto del Fondo per la non autosufficienza, istituito

con la legge regionale 12 del 2006, e definendo i criteri e le modalità d'accesso agli aiuti. Previsti, inoltre, entro il 2008, il raggiungimento di obiettivi quali il potenziamento dell'offerta residenziale e semiresidenziale per gli anziani cui si aggiungono misure economiche mirate per garantire la permanenza a domicilio di queste persone e il potenziamento dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Liguria

Popolazione	1.637.186
Aziende Usl	5
Aziende Ospedaliere	3
Ospedali	27
Aziende Ospedaliere Universitarie	1
Distretti attivati	13
Ircs	3
Medici dipendenti del Ssn (Asl e Ao)	3.297

INTERVISTA A CLAUDIO MONTALDO, ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE LIGURIA

Al via i progetti per rilanciare la sanità ligure

Assessore Montaldo, qual è, nel complesso, la sua valutazione sulla sanità ligure?

È un giudizio sostanzialmente positivo, in particolare per la qualità dei servizi offerti dagli ospedali. Abbiamo alcune gravi carenze che riguardano l'assistenza territoriale post acuzie e i servizi di residenzialità e domiciliarità per anziani e disabili, con punte molto gravi nella città di Genova. Esiste una situazione di difficoltà anche per quanto riguarda i posti letto per la riabilitazione, ma stiamo provvedendo a questo nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera. Insomma, le criticità finora non sono mancate e, peraltro, con costi rilevanti, che hanno fatto accumulare negli anni disavanzi significativi: 317 milioni nel 2004, 258 nel 2005 e un previsionale di 324 per il 2006, sceso però a 306 milioni - secondo le rilevazioni del terzo trimestre - grazie alle azioni che abbiamo messo in atto.

Il disavanzo è dunque in fase di rientro, ma ci saranno anche le risorse per nuovi investimenti?

Nuovi investimenti sono previsti e già per il 2006, nel corso dell'assegnazione delle risorse alle Aziende, abbiamo costituito due fondi vincolati: 10 milioni dedicati alla riabilitazione e 10 milioni alla residenzialità, per finanziare e sviluppare queste due aree. Un investimento sul quale abbiamo insistito molto, proprio per fare quel passo in più che permetta di rilanciare il sistema sanitario regionale, tenendo anche conto della domanda di salute e della struttura demografica della popolazione che, in Liguria, è per il 26,5% composta da anziani.

Quali sono i punti centrali del piano per il rientro

del disavanzo?

Il piano ha l'obiettivo di coniugare due aspetti: offrire servizi diversificati di alto livello e contenere i costi. Questo si realizza essenzialmente con la riorganizzazione della rete ospedaliera, che in Liguria ha un numero eccessivo di presidi ospedalieri - ben 27 - troppo simili tra loro. Il nostro progetto, al contrario, è da una parte quello di accorpate gli ospedali che a distanza di pochi chilometri offrono gli stessi servizi e dall'altra di convertire alcuni presidi in strutture per servizi diversificati, specializzati e complementari. Così sarà possibile evitare le duplicazioni dell'offerta e aumentare l'eccellenza. La riorganizzazione è già in atto e stiamo avviando la trasformazione di 4 strutture: due saranno riservate alla riabilitazione e due ai servizi territoriali e alla continuità assistenziale. Una quota delle strutture che saranno dismesse verranno utilizzate anche per i servizi residenziali, con la collaborazione del settore sociale e di partner privati.

Occorre poi affrontare la questione del personale. In Liguria vi è un numero di dipendenti molto elevato, ma non coordinato. Per questo abbiamo avviato uno studio strategico sul possibile andamento del personale nei prossimi 10 anni, per capire cosa succederà, su quali professionalità occorrerà puntare e su come organizzarle. Siamo convinti che anche per l'area "personale" occorra avviare una programmazione, sia in termini di occupazione, che di formazione universitaria. Stiamo discutendo proprio in questi giorni con i sindacati, il piano e i criteri per ridurre il personale di qualche centinaio di unità, procedendo però con verifiche trimestrali che permettano di valutare le situa-

zioni e apportare eventuali adeguamenti dove ve ne fosse bisogno.

Qual è la situazione in Liguria per quanto concerne i contratti atipici?

Oggi abbiamo circa 1.300 medici dipendenti precari su 26/27 mila. Ma stiamo programmando di stabilizzare al più presto almeno un centinaio di contratti, se non di più, anche in considerazione del fatto che si tratta di figure su cui il sistema fonda il suo funzionamento. Anche su questo abbiamo intenzione di presentare un programma annuale ai sindacati di categoria.

Qual è il ruolo dell'Università all'interno del Ssr?

Ci sono due aspetti fondamentali che riguardano l'Università. Il primo, a cui accennavo prima, è quello dei processi formativi: abbiamo assolutamente bisogno che la programmazione formativa sia impostata dalla Regione, seppur discussa e condivisa con l'Università. Non si può continuare a formare un numero enorme di figure che non hanno sbocco e poi rimanere carenti di professionisti di cui il sistema avrebbe davvero bisogno.

L'Università svolge, poi, una funzione clinica, che credo debba essere organizzata sulla base di una reale integrazione e collaborazione con l'intero sistema. Occorre stimolare l'Università a crescere dal punto di vista qualitativo e, magari, affermare l'idea che anche le strutture ospedaliere, nella loro specialità, potrebbero diventare luoghi di insegnamento. Un decentramento dei processi formativi in strutture specializzate che, certamente, potrebbe assicurare anche un miglioramento dei livelli qualitativi della formazione offerta.

LA SANITÀ NELLA REGIONE

Basilicata

Più eccellenza con la riorganizzazione della rete

Un piano di riordino della rete ospedaliera che trasformerà i piccoli presidi ospedalieri in strutture di supporto per l'assistenza territoriale. È questo l'obiettivo che la Basilicata si prepara a raggiungere per rafforzare il governo unitario delle politiche della salute, l'efficienza del sistema, e tagliare gli sprechi. Per conquistare così a pieno titolo l'appellativo di Regione d'eccellenza del Sud del Paese

di Ester Maragò

La Regione più virtuosa del Meridione? Senza dubbio la Basilicata. I suoi conti sono in ordine e sottocontrollo. I livelli della spesa farmaceutica sono sostanzialmente stabili. E da un'indagine sui bilanci di previsione delle Regioni, curata dal servizio politiche territoriali della Uil è emerso che proprio qui si registra lo stanziamento complessivo pro capite più alto, con 6.044 euro, si destinano più fondi per lo sviluppo economico (1.211 euro pro capite) e per la tutela del territorio (2.608 euro). Soprattutto nella classifica regionale per lo stanziamento dei fondi nel settore socio sanitario la Lucania è al terzo posto con 1.780 euro per cittadino.

Insomma, si può affermare che la Basilicata rappresenti "l'eccellenza" per il Sud d'Italia. E di questo ne è convinta anche il ministro della Salute, Livia Turco. In occasione di una visita agli inizi di ottobre ha definito le strutture sanitarie della Regione "un mix di eccellenza fatto di tecnologie, qualità di assistenza, dimensione umana, e professionalità nell'affrontare la malattia e i bisogni di assistenza del cittadino".

I NODI DA SCIogliere

Certo, anche in Basilicata le criticità non mancano. E la Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Ssn, in un Rapporto presentato a Palazzo Madama agli inizi del 2006, le ha messe nero su bianco. Dal Rapporto parlamentare - che ha concluso cinque anni di ispezioni in mezza Italia ed in particolare nel Sud - è emerso che il problema principale della Regione è rappresentato non solo dalla conformazione orografica del territorio, ma soprattutto dall'eccessivo numero di Asl e dall'esiguo numero di abitanti. In questa Regione sono presenti: cinque Asl, di cui tre in provincia di Potenza e due a Matera; un'Azienda ospedaliera regionale (San Carlo di Potenza); il Crob di Rionero in Vulture dedicato alla cura dei tumori; una casa di cura privata accreditata; e diciassette plessi ospedalieri raggruppati in 7 Presidi ospedalieri unificati. Gli abitanti? Circa 597 mila, con un'incidenza della popolazione anziana del 19,6 per cento.

Quindi alla luce di questi dati, secondo la Commissione, occorre: ridimensionare il numero delle Asl, chiudere alcune delle 17 strutture ospedaliere presenti sul territorio, rimodulare e riorganizzare alcuni presidi sanitari attraverso nuove soluzioni. In sostanza, riconvertire i presidi attraverso un graduale incremento di nuove funzioni. Un esempio su tutti l'ospedale di Tricarico, trasformato in un polo per le attività specialistiche riabilitative.

E ancora, il nuovo Piano sanitario regionale è al palo, rimane quindi in vigore quello del triennio 1997-1999. Inoltre la Basilicata deve fare i conti con la migrazione sanitaria che ha rappresentato, per anni, un'importante voce di bilancio. Ma, bisogna sottoli-

neare, che dal 2000 in poi questo fenomeno è in via di attenuazione: il saldo negativo nel 2005 è sceso sotto il valore di 50 milioni di euro e si attesta al 5,5% delle assegnazioni totali. Resta ancora elevata la quota di mobilità dovuta all'assistenza ospedaliera, pari al 9,5% del valore dell'assistenza ospedaliera.

Altro tallone d'Achille sono i lunghi tempi di attesa per visite ed esami diagnostici, che secondo le rilevazioni del Tdm sono ancora elevati. Per incidere sul contenimento dei tempi di attesa è stata adottata una direttiva vincolante per i direttori generali delle Aziende e sono stati effettuati interventi sperimentali presso alcune strutture, e l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali è stata estesa a 7 giorni, quindi domeniche comprese. Non mancano poi isole felici: all'ospedale San Carlo di Potenza le attese sono inferiori alla media italiana grazie anche, ha spiegato il segretario regionale dell'Anao Mario Russo, al ricorso alla libera professione dei medici remunerati con la produttività aggiuntiva.

Un nodo da sciogliere è anche quello della carenza di personale specializzato, in particolare in radiologia, anestesia e chirurgia. Una vera e propria criticità, secondo il segretario regionale dell'Anao, soprattutto perché bisogna rinunciare al personale formato direttamente sul campo in quanto l'obbligo di specializzazione è diventato condicio sine qua non per l'assunzione.

IL NUOVO VOLTO DEL SSR

Comunque la Basilicata, da Regione "virtuosa" qual è, sta calando le sue atout per vincere la partita contro le criticità. In primis quella del riassetto della rete ospedaliera, segnalata dalla Commissione d'inchiesta parlamentare. Dopo anni di confronti serrati la Regione sta predisponendo un Piano di riconversione della rete ospedaliera. La parola d'ordine sarà: accorpare potenziando i servizi sul territorio.

Il progetto di riforma del servizio sanitario regionale - che dovrebbe andare in porto agli inizi del 2007 e sul quale i tecnici regionali stanno lavorando - prevede, come ha spiegato Rocco Colangelo, assessore regionale alla salute, sicurezza, solidarietà sociale, servizi alla persona e alla comunità: l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e quella sociale e la realizzazione di una politica integrata di promozione della salute e del benessere sociale; il superamento del dualismo ospedale-territorio e il potenziamento dell'assistenza delle cure primarie; il riassetto organizzativo e territoriale delle Aziende Sanitarie e la trasformazione dell'Azienda-locale in Azienda-rete; l'elevazione del capitale umano e la promozione della ricerca e dell'innovazione continua come condizioni per l'efficienza e l'efficacia dei servizi. "Sono tre - ha detto Colangelo - le strade che stiamo seguendo in un percorso di riforma, tra l'altro, condiviso anche dal Governo, con cui speriamo di avere nei prossimi anni una leale collaborazione. Innanzitutto, riteniamo necessaria

l'integrazione del sistema, con una particolare attenzione per la riforma del welfare, di cui si sta già occupando il Consiglio regionale. Inoltre, bisogna ragionare su un'ottica di rete, nella quale sia data realtà al Distretto. La terza strada è quella della convergenza, che - ha concluso Colangelo - potrebbe favorire il recupero di alcuni fattori di ritardo". Come sarà il nuovo volto del sistema sanitario regionale? La bozza di riforma prevede la riduzione dei sette centri adetti alla salute a tre. Per cui punto di riferimento della sanità lucana diventeranno le due Asl dislocate a Potenza e Matera, e il San Carlo di Potenza. Le due Asl provinciali provvederanno all'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei servizi socio-assistenziali d'intesa con i Comuni del territorio, mentre l'Azienda ospedaliera di Potenza diventerà non solo polo d'eccellenza di alta specializzazione, ma anche punto di riferimento della rete ospedaliera regionale. Saranno inoltre valorizzati i Distretti territoriali, per potenziare prevenzione e cure primarie ed erogare i servizi alla persona.

Un'operazione ambiziosa ma necessaria, che porterà anche ad un importante risparmio economico per una Regione con una spesa sanitaria stimata per il 2006 in circa 900 milioni di euro e in continua crescita.

La cura dimagrante per la rete ospedaliera ha trovato, però, le resistenze di una fascia di popolazione che ha protestato per la chiusura di alcuni ospedali. Contestazioni che non hanno tuttavia preoccupato l'assessore che continua a procedere con sicurezza verso il suo obiettivo: "Sono contento - ha affermato - del fatto che i cittadini scendano in piazza per difendere il diritto alla salute. Al tempo stesso, però, non ritengo giusto contrastare un processo di innovazione che sicuramente produrrà benefici per tutto il sistema sanitario regionale".

Basilicata

Popolazione	596.821 abitanti
Aziende Sanitarie Locali	5 (Matera, Potenza, Lagonegro, Venosa, Montalbano Ionico)
Aziende ospedaliere	1 (San Carlo di Potenza)
Centro di riferimento oncologico	1 (Ospedale di Rionero in Vulture)
Casa di cura privata accreditata	1
Totale personale dipendente del Ssn	6.864
Medici dipendenti del Ssn	1.102
Medici in convenzione	504 Mmg 70 Pediatri 410 Mca

INTERVISTA A MARIO RUSSO, SEGRETARIO REGIONALE ANAAO ASSOMED BASILICATA

Dopo la ristrutturazione della rete ospedaliera, l'obiettivo è risolvere la carenza di personale specializzato

Dottor Russo, il progetto di riordino della rete ospedaliera è in dirittura d'arrivo. E bisognerebbe dire "finalmente": sono quasi cinque anni che se ne discute. Come mai questo ritardo?

La strada verso il cambiamento è sempre impervia. In particolare in questo caso abbiamo incontrato molte resistenze da parte di alcune forze politiche, nonché della comunità locale preoccupata di non poter contare più sui piccoli presidi ospedalieri. Comunque, anche se con molta difficoltà, l'opera di riordino della rete sta prendendo corpo. Quattro ospedali dei diciassette presidi esistenti sono già stati riconvertiti verso attività di riabilitazione: due sono gestiti dalla Fondazione Don Gnocchi, gli altri dalla Asl 5 di Montalbano e dalla Asl 3 di Lagonegro. Siamo quindi molto soddisfatti dei risultati raggiunti. Era, infatti, questa la strada da percorrere per usare in maniera efficiente le risorse disponibili, e fornire ai cittadini le cure più efficaci. Certo, una volta che il progetto sarà approvato definitivamente emergerà il problema degli attuali direttori generali che hanno un contratto in scadenza nel 2009. **Risolto il problema della riconversione delle piccole strutture quali questioni rimangono ancora sul tappeto?**

Principalmente quella del sottodimensiona-

mento della pianta organica. Una criticità particolarmente avvertita nelle strutture ospedaliere, in particolare nell'Azienda San Carlo, dove pesa e non poco la carenza di specialisti soprattutto rianimatori, radiologi e ora anche chirurghi. Prima del processo di aziendalizzazione era possibile assumere personale senza specializzazione, questo ci consentiva di formare i nostri medici direttamente sul campo. Ora, l'obbligo di una specializzazione ad hoc è diventato un collo di bottiglia che ci penalizza. Per questo una delle battaglie che porteremo avanti come sindacato è proprio quella di ricondurre nell'ospedale la figura del dirigente medico in formazione, e quindi di abolire la specializzazione quale requisito per la partecipazione ai concorsi.

La mobilità passiva ha rappresentato per molti anni una corposa voce di bilancio per la Basilicata...

È un problema in via di risoluzione. Infatti, dal 2000 il trend negativo si è invertito da quando è stato costruito il nuovo ospedale a Matera. E poi le nostre strutture sono diventate particolarmente efficienti e confortevoli. Un'evoluzione che ci ha consentito di recuperare lo svantaggio accumulato negli anni precedenti. D'altro canto dobbiamo anche pensare che la migrazione sanitaria nella nostra Regione è fi-

siologica: ci sono cittadini che abitano a pochissima distanza da Bari e a molti chilometri da Potenza. È chiaro che in questi casi i lucani prediligano la struttura più vicina.

Uno dei mali della sanità italiana sono le lunghe liste d'attesa. Un problema presente anche nella vostra Regione. Quali sono le soluzioni adottate?

In generale le strutture dell'intera Regione rispondono sempre meglio a questa criticità. In particolare nell'Azienda ospedaliera San Carlo, grazie al ricorso alla libera professione aziendale siamo riusciti a diminuire in maniera sostanziosa i tempi di attesa. La produttività aggiuntiva ci ha consentito di tagliare in alcuni casi radicalmente le attese. Basta guardare ai dati sui casi di neoplasia: dal momento della diagnosi al ricovero passano appena due giorni. Per gli interventi di chirurgia tradizionale si aspetta al massimo 15 giorni. Solo per gli esami strumentali le attese per i pazienti esterni possono crescere.

Come sono i rapporti con l'assessore regionale alla sanità?

Ottimi. Operiamo in un'ottica di totale collaborazione. Anche nella fase di progettazione del piano di riconversione della rete ospedaliera le nostre proposte sono state discusse e condivise. Il bilancio è quindi positivo.

INTERVISTA A ROCCO COLANGELO, ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA REGIONE BASILICATA

L'integrazione socio-sanitaria è il futuro della sanità Lucana

Assessore Colangelo, mi può presentare la situazione sanitaria della Basilicata?

Il sistema sanitario regionale è attualmente organizzato in cinque aziende sanitarie e in una azienda ospedaliera. La Basilicata presenta storicamente una certa esuberanza dell'offerta ospedaliera. Questo è il dato che emerge maggiormente e che noi stiamo cercando di correggere attraverso un'azione di riconversione globale. Abbiamo lavorato, e continuiamo a farlo, per cercare di riequilibrare il rapporto tra servizi ospedalieri e servizi territoriali rafforzando questa ultima dimensione. In programma c'è anche una rivisitazione dell'assetto organizzativo con la riduzione delle aziende e il rafforzamento del distretto socio-sanitario. Nel frattempo, voglio ricordare che abbiamo promosso l'integrazione dei servizi sociali e sanitari e la riforma di una serie di obiettivi strategici quali l'integrazione dei servizi; un governo ricondotto a maggiore unità con un ruolo anche significativo della regia politica della Regione; e da ultimo una forte enfasi sullo spostamento di attenzione delle politiche di prevenzione e di promozione della salute. In questo senso stiamo investendo molto e sulla scorta dei buoni risultati che stiamo raggiungendo contiamo di diventare un'area di riferimento per le politiche di prevenzione della salute.

Quest'azione a cui lei fa riferimento è già partita o è ancora in una fase di studio?

No, è già partita anzi possiamo considerarla in uno stadio avanzato, l'ultimo tratto sarà il riassetto delle aziende e quindi il rafforzamento del

distretto, ma tutto il resto a cui ho fatto riferimento è già partito.

Qual è la direzione programmata per il riordino delle aziende?

Ma, ragionando in termini di riorganizzazione e riordino aziendale noi riteniamo che questa debba avvenire secondo un lavoro di accorpamento. Nostro obiettivo è passare da cinque a tre aziende sanitarie, lasciando sempre l'azienda ospedaliera. Questa riforma a cui stiamo lavorando intende anche realizzare l'obiettivo di economie di scala nella gestione delle risorse finanziarie, economiche, umane, professionali e strumentali. È chiaro, e non potrebbe essere altrimenti, che sui conti c'è una vigilanza assidua. **Reazioni della popolazione e degli operatori al progetto di riforma della rete ospedaliera?** Nelle prossime settimane esplicheremo il progetto in tutti i suoi particolari, e mettiamo in conto resistenze localistiche, non tanto da parte della popolazione residente, quanto nei gruppi dirigenti.

Insomma, il problema è relativo a coloro che, a livello locale, fanno pesare i ruoli politici. Parliamoci chiaro, i cittadini chiedono più servizi, ma non è che siano interessati tanto al numero delle Asl. Sono interessati alle risposte che vengono offerte alle loro istanze. Sono interessati alla rete dell'emergenza urgenza e del 118, affinché questa sia il più ramificata possibile. Questo desta l'interesse della popolazione.

Noi calcoliamo delle resistenze che verranno da dentro le strutture quindi da individuati gruppi di persone a cui la situazione attuale va be-

ne, e poi resistenze politiche localistiche, perché ogni accentramento determina una rendita di posizione.

Comunque, ripeto, stiamo ancora mettendo a punto il progetto, e non potrà essere una cosa affrettata. È nostra intenzione creare elementi di consenso. Ci confronteremo quindi con la classe medica.

Il progetto di riforma della rete ospedaliera sta andando di pari passo con il Piano sanitario regionale?

Il Piano sanitario regionale lo stiamo riscrivendo perché il precedente è vecchio di dieci anni. Sarà un piano integrato dove al centro ci sarà la salute e i servizi per la persona. Quindi si occuperà di sociale e di sanitario insieme, secondo l'impostazione che le dicevo. Crediamo, infatti, che l'integrazione sia ormai imprescindibile in quanto la carenza di risposte efficaci e quanto più immediate sul territorio si riverberano anche sul servizio sanitario regionale. Parlando di tempi credo che per l'anno prossimo, dunque per il 2007, dovremmo avere il Piano. **Assessore Colangelo qual è invece la situazione economico finanziaria della sanità in Basilicata. I conti sono sotto controllo o siete a rischio?**

Abbiamo un deficit che potrei definire sostanzialmente sotto controllo. Non abbiamo mai avuto particolarissime criticità. Naturalmente questo comporta un esercizio quotidiano di analisi ed eventualmente di intervento sulle aziende per correggere eventuali scostamenti pericolosi. (S.S.)

**PER ERRANI UN ACCORDO "RESPONSABILE"
PER LO SVILUPPO DELLA SANITÀ DI TUTTO IL PAESE**

Riparto 2007: raggiunta l'intesa

Un accordo basato sugli stessi criteri degli anni passati ma pesati in maniera diversa, in modo da offrire maggiore sostegno alle Regioni in difficoltà sia in termini di bilancio, che di servizi. Obiettivo: cominciare a costruire un percorso che aiuti progressivamente a superare il divario che ancora divide molte zone del Paese. Un accordo che soddisfa la gran parte dei presidenti regionali, ma non tutti

di Lucia Conti

Ci sono voluti due giorni di lavoro intensi, ma alla fine l'accordo sul Riparto del Fondo sanitario nazionale 2007 è stato raggiunto con il favore della notte, il 10 novembre scorso.

L'accordo tra le Regioni è arrivato in un clima di soddisfazione generale. O quasi. Unica voce fuori dal coro è stata quella del presidente della Regione Veneto, Giancarlo Galan, che ha incalzato con una serie di domande su "quanto tempo il Veneto e la Lombardia dovranno prendere sulle loro spalle le altre Regioni italiane e sopprimere alle loro inefficienze e alle loro inadeguatezze; per quanto tempo il cittadino che abita in Veneto o in Lombardia sopporterà un ridimensionamento dei trasferimenti dello Stato a vantaggio del Centro e del Sud sempre impreparati e inefficaci". "Questo non è federalismo. Questo non è federalismo solidale. Questo - ha affermato Galan - è unicamente un tentativo vessatorio dello Stato per risolvere i problemi del Paese".

Difende invece l'intesa il presidente della Conferenza delle Regioni e presidente dell'Emilia Romagna, Vasco Errani, secondo il quale si tratta di "un accordo importante, costruito grazie al senso di responsabilità che ha caratterizzato l'intero confronto".

Il totale da spartire è di 96 miliardi: 93 miliardi e 900 milioni per il fabbisogno dei Lea, più altri 2 miliardi e 100 milioni di risorse vincolate per particolari obiettivi. A questo va aggiunto il miliardo - al momento anch'esso vincolato - per il rientro dei disavanzi delle Regioni con i conti in rosso.

Secondo Errani, i criteri utilizzati per dividere le risorse del Fondo sanitario nazionale hanno risposto a "diverse e legittime esigenze, partendo dalla considerazione di base relativa, per quel che riguarda la sanità, alla variazione della popolazione, ai bisogni della popolazione anziana e agli squilibri territoriali, arrivando ad un accordo unanime, con l'obiettivo di cominciare a costruire un percorso che aiuti progressivamente a superare il divario che ancora divide molte zone del Paese". Anche al ministro della Salute, Livia Turco, è piaciuto come so-

La tabella del Riparto 2007

Regioni	Fabbisogno Netto Finale
Piemonte	7.168.500
Valle D'aosta	195.101
Lombardia	14.995.500
Bolzano	733.763
Trento	779.799
Veneto	7.474.500
Friuli	1.933.690
Liguria	2.862.500
Emilia Romagna	6.929.000
Toscana	6.023.447
Umbria	1.444.000
Marche	2.508.000
Lazio	8.463.000
Abruzzo	2.088.000
Molise	522.000
Campania	8.895.200
Puglia	6.370.000
Basilicata	966.500
Calabria	3.208.000
Sicilia	7.751.500
Sardegna	2.588.000
Totale Fabbisogno	93.900.000
Somme Vincolate (Es. Obiettivi Specifici Di Piano)	2.100.000
Totale Fsn '07	96.000.000

no andate le cose: "L'accordo raggiunto - ha dichiarato - testimonia la capacità di tutte le Regioni di trovare insieme le giuste intese per un buon governo del Servizio sanitario nazionale e nel rispetto delle reciproche esigenze finanziarie". L'accordo sul riparto dei fondi è, per il ministro, "la conferma della validità del patto con le Regioni e dell'impegno che il Governo ha assunto di ga-

rantire un finanziamento adeguato per il prossimo triennio". I criteri sono stati ancora una volta quelli già scritti nella legge 662 del 1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ed epidemiologici utili per definire i bisogni sanitari. C'è stata, però una variazione del peso che viene loro assegnato per definire le risorse connesse. Sul piatto c'erano 96 miliardi di euro, circa 6 in più di quanti ve ne fossero a disposizione nel Fsn del 2006 anche se, a conti fatti, essendo 2 miliardi vincolati, la torta da dividere si è fermata a 94 miliardi. In aumento, comunque, rispetto agli anni passati. Questo ha permesso un incremento medio di risorse di oltre il 3% per ogni Regione, anche se non tutte ne hanno potuto beneficiare in maniera sostanziale. È andata bene, ad esempio, alla Calabria (+7,1% rispetto al 2006), all'Abruzzo (+5,39%), alle Marche (+4,2%). La Sicilia ha ottenuto praticamente l'8,3% dell'intero Fondo sanitario nazionale.

L'intesa, comunque, ha soddisfatto non solo le Regioni del Sud. "È stato fatto un buon lavoro, visto che la ripartizione delle risorse tiene conto di due esigenze: quella di permettere la riqualificazione delle aree meno efficienti dal punto di vista sanitario, e quella di non penalizzare chi già garantisce servizi di qualità", ha affermato il presidente della Lombardia, Roberto Formigoni. Soddisfatto anche il presidente della Liguria, Claudio Burlando, secondo il quale con le risorse ottenute e grazie ad un accordo con l'Emilia Romagna, la Liguria (una delle Regioni in disavanzo), potrebbe alla fine "arrivare a pareggiare i conti". Rispetto allo scorso anno la Liguria ha ottenuto il 3,8% in più. In conformità ad uno scambio di fondi con l'Emilia Romagna, inoltre, la Liguria rinuncia a 119 milioni che le spettano per i conti del 2004 a favore dell'Emilia Romagna, mentre questa Regione rinuncia a 119 milioni che le spettano per il 2006. "In questo modo per lo Stato e per l'Emilia Romagna non cambia nulla - ha spiegato Burlando - mentre a noi arriva un grande vantaggio perché possiamo ridurre di 119 milioni il deficit del 2006, anno in cui, se sforzi, ricevi sanzioni".

Parla di conclusione positiva anche il presidente della Campania, Antonio Bassolino, che vede in questo riparto, nell'accordo con il Governo per il deficit sanitario della sua Regione e nel Patto per la Salute le condizioni di "un punto di svolta".

Non sorride, invece, Galan: "La nostra Regione - ha commentato - mostra ancora una volta il suo volto solidale e rinuncia ad una parte del Fondo Sanitario Nazionale che le spettava di diritto a favore del Centro e del Sud che solo per aver male amministrato le loro risorse o per non aver provveduto a riorganizzare e a riammodernare il sistema delle cure sono in perenne difficoltà". "Ci volevano portare via 150 milioni di euro, alla fine ne abbiamo lasciato sul campo una settantina". Una trattativa "che non ci lascia insoddisfatti", ha spiegato l'assessore alla Sanità del Veneto, Flavio Tosi. Infatti, ha spiegato "siamo riusciti ad impedire l'introduzione di criteri di riparto non sanitari, come la radice cubica della mortalità infantile o il tasso di mortalità per morte violenta al di fuori dell'infortunistica stradale". Misure "studiate su misura per penalizzare alcune Regioni".

Editoriale

segue dalla prima pagina

LINEA DI CONFINE

completa trasparenza e nel rispetto di norme puntuali e condizionate. Sosteniamo un necessario e breve periodo di proroga dell'attuale normativa sull'Ecm, propedeutico ad una profonda revisione delle modalità organizzative e di esercizio realizzatesi in questi 5 anni di sperimentazione, con un chiara ridefinizione del ruolo dei soggetti istituzionali (Ministero della Salute, Regioni, Fnomceco) coinvolti.

Vigileremo perché sia garantita un omogenea e corretta applicazione del contratto di lavoro, specie per ciò che riguarda gli aspetti di organizzazione del lavoro di competenza regionale, aiutando direttamente le realtà aziendali in condizioni di mag-

gior difficoltà. Solleciteremo il Governo e i Ministeri direttamente coinvolti affinché prenda avvio, il più rapidamente possibile, la trattativa per il rinnovo del contratto in vigore e ormai scaduto da un anno.

Il disegno di legge sul governo clinico deve uscire dalla fase di elaborazione teorica e approdare ad un confronto con le organizzazioni sindacali, per definire un testo che sostenga l'innovazione organizzativa nelle aziende sanitarie ed un compiuto ruolo della dirigenza medica.

Il tema del rapporto tra Ssn e Università, e le necessarie e profonde riforme che da tempo richiede, deve entrare nelle agende dei Ministri Turco e Mussi.

Non è più sostenibile una situazione che nei fatti relega in condizioni di subalternità il sistema assistenziale rispetto alle esigenze e gli appetiti del sistema formativo.

Riteniamo la legge delega di riforma degli ordini professionali, nell'ultimo testo presentato dal Ministro Mastella, inaccettabile per l'indebito ruolo che assegna all'università nell'individuazione di nuove professioni e nel loro inserimento negli albi professionali, e per lo svilimento del ruolo istituzionale che viceversa deve competere al Ministero della Salute, che è e deve restare il principale e più autorevole interlocutore nel percorso di emanazione dei decreti delegati.

Come si vede un vasto programma, su cui nei prossimi mesi saremo impegnati seguendo linee chiare e condivise dalla categoria, concordate con tutte le organizzazioni sindacali che la rappresentano, nella certezza che i problemi e le richieste dei medici ospedalieri devono ricevere adeguato ascolto e altrettanto chiare e stabili soluzioni.

Carlo Lusenti

Il Ssn tra opportunità e costi

Arriva dall'Abruzzo un contributo su uno dei principali temi all'attenzione del mondo sanitario: il rapporto ospedale/territorio. Un intervento che offre spunti di riflessione sulla necessità di superare la volontà del legislatore di privilegiare la fase territoriale rispetto a quella ospedaliera.

di Amedeo Budassi*

PREMESSE

L'equità sociale rappresenta un aspetto unanimemente riconosciuto, che assume particolare, pregnante significato quando l'elemento in discussione è la salute.

Contrattare a tale diritto fondamentale, sancito dalla nostra Costituzione, è la sostenibilità economica del sistema deputato a garantirne la fruizione.

Tale contrasto trova la sua massima espressione nello scontro, non solo concettuale, tra la volontà politica di garantire a tutti il massimo assoluto e la costante sottostima del fabbisogno economico pur sempre figlia, spesso misconosciuta, della stessa volontà politica.

Il Ssn italiano, se confrontato con i Paesi d'oltralpe, mostra, palesemente, la grave condizione di sottofinanziamento: dai dati forniti dall'Ocse per il 2005 si evidenzia come, a fronte di un 6,3 % del Pil assegnato al nostro Ssn, la Francia investa il 7,8%, mentre la Germania addirittura l'8,4%. Considerato che il Pil delle nazioni citate ha valore assoluto decisamente superiore a quello del nostro Paese, le conseguenze che ne derivano sono facilmente intuibili e tali da giustificare tutti i processi di ingegnerizzazione sanitaria cui assistiamo da oltre un decennio, perseguiti, ahimè, attraverso percorsi raramente razionali e con risultati non sempre efficaci.

Tant'è che la regione Abruzzo, per i costi della propria sanità, aveva accumulato a tutto il 2004 un deficit di 1 miliardo e 400 milioni di euro, da cui è scaturita la necessità di praticare due operazioni di cartolarizzazione, di cui la prima per 365 milioni e la seconda, recentissima, per 327.

Comunque, parafrasando un detto attribuito a W. Churchill, che affermava "la democrazia presenta i suoi difetti, ma non è stato ancora inventato un sistema migliore", si può affermare che il nostro Ssn è concettualmente migliore di molti altri e pertanto merita tutti gli sforzi utili alla sua salvaguardia, intervenendo sugli sprechi, ma senza deturparne l'essenza.

STATO DELL'ARTE

L'ultimo annuario statistico sul Ssn riferito al 2003 fotografa, nei suoi vari aspetti, la condizione delle strutture sanitarie italiane evidenziando una palese frattura tra Nord e Sud del Paese.

In particolare, mentre appare costante, nella sua esasperazione numerica, il numero di accessi alle strutture di Pronto Soccorso, la differenza sostanziale tra le varie realtà si evidenzia per la percentuale dei ricoverati sul totale degli accessi che, in alcune regioni tra cui l'Abruzzo, risulta essere più del doppio rispetto alle regioni virtuose, che nel caso del Piemonte, non supera il 15,7%.

DUE DOMANDE SORGONO SPONTANEE

1) Perché, mediamente, 1/3 della popolazione, con punte anche del 40%, si rivolge ancora alle strutture ospedaliere, in presenza di un assetto territoriale progressivamente più imponente?

2) Da cosa è giustificata la discrepanza di ricoveri tra Regioni del Nord e quelle del Sud?

Altro elemento di riflessione è rappresentato dalla disponibilità di strutture di ricovero in un sistema, come quello sanitario, in cui puntualmente è "l'offerta che alimenta la domanda": i dati, sempre ricavati dal citato annuario 2003 mostrano come in Italia gli isti-

tuti di ricovero pubblici siano 746, cui vanno ad aggiungersi ben 621 strutture private; tutto ciò sviluppa una potenziale disponibilità di posti letto pari a 189.517 pubblici e 47.705 privati.

Quanto esposto assume ulteriore particolare significato se si analizza il raffronto di tali dati con quelli del precedente anno 2002; ebbene da tale comparazione emerge come i posti-letto pubblici, in un anno, siano diminuiti di 6.896 unità, mentre il settore privato registra uno scostamento, in questo caso positivo, pari a + 630; realizzandosi in tal modo una situazione che vede il pubblico depauperato del 3%, mentre, contestualmente, il privato si avvantaggia di un ulteriore 1,2%. Negli anni successivi non credo che le cose siano mutate, anzi ritengo che il trend si sia consolidato. Analizzato questo fenomeno, passiamo a verificare il rapporto Ospedale-Territorio.

La cura dimagrante a danno dell'ospedale assume in questo settore un dato statistico di facile lettura: le leggi vigenti attribuiscono al settore di ricovero un 44% delle risorse destinate alla sanità, mentre il restante 56% è appannaggio del territorio, ivi comprese le spese per la Prevenzione.

Appare evidente la volontà del legislatore di privilegiare la fase territoriale rispetto a quella ospedaliera. Il principio, in assoluto, non può che essere condiviso: costa sicuramente meno prevenire che curare!

Il processo in tale direzione inizia alla fine degli anni '70, quando la L. 833/78 impronta gran parte dell'articolato verso la prevenzione e quindi a favore del territorio. Ed è sulla base di detta legge che la programmazione regionale prevede nel Psr, approvato con Legge Regionale 25 ottobre 1994, n. 68 Distretti sa-

Indicatori di attività 2003

	Tasso osp.	Peso medio	Tot pers/ p.l.	Dimessi/medico	Dimessi/inf.	Costo medio pers.
Abruzzo	275	1,09	2,27	129	52	40.320 euro
Italia	221	1,10	2,36	108	43	43.620 euro

fonte: Sole 24 Ore Sanità

nitari di base, portati poi a 73 con la successiva L.r. 2 luglio 1999 n. 37.

La prolissa legislazione nazionale successiva, ivi comprese leggi finanziarie e Dpef, ha provveduto a consolidare tale orientamento attraverso una variegata serie di norme, tutte tese a ridurre la spesa ospedaliera a favore del momento territoriale.

La normativa che ha istituito i Day hospital (Dh), Day surgery (Ds), Day service con contestuale trasformazione dei posti letto per acuti, la legge sui Lea e l'approprietà dei ricoveri, la progressiva riduzione dei p.l. per acuti con l'obiettivo di averne 3,5 /1000 abitanti, l'istituzione di Rsa e Adi sono tutti elementi che, se correttamente impiegati, dovrebbero realmente ricondurre i costi per l'assistenza sanitaria a quella sostenibilità che il nostro paese può permettersi. L'ultima norma, in ordine di tempo, è quella relativa al riparto del Fondo sanitario nazionale 2006 che vede un incremento economico a favore del territorio pari a 2,2 miliardi di euro, mentre l'assistenza ospedaliera sconta una ulteriore riduzione di circa un miliardo. Ma allora torna la domanda posta all'inizio: perché una così elevata percentuale di cittadini continua a rivolgersi alle strutture ospedaliere?

RIFLESSIONI E CONSIDERAZIONI

Un lettore superficiale e poco esperto della materia trarrebbe la conclusione che l'ospedale è la madre di tutte le spese ed i medici ospedalieri gli artefici dello spreco e della diseconomia, rafforzato in questa convinzione da notizie, anche ufficiali, che, ad esempio nella nostra regione, accreditano all'ospedale una spesa pari al 60% del fondo sanitario regionale.

In realtà, come è stato fatto rilevare in occasione di una riunione sindacale presso l'Assessorato, oltre alle spese - e non sono poche - assorbite dalle cliniche convenzionate, la struttura ospedaliera svolge una serie di attività (laboratorio, radiologia, specialistica ambulatoriale) a favore del territorio, ma con costi (stipendio, materiali di consumo, attrezzature) che vengono caricati sui costi ospedalieri; mentre, in una corretta gestione per centri di costo, dette prestazioni dovrebbero risultare fatturate al territorio e considerate introiti per l'ospedale.

Ma passiamo all'analisi compiuta dei vari problemi:

ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO

È noto, come fenomeno uniformemente spalmato sul territorio nazionale, l'esasperato e crescente ricorso dei cittadini alle strutture di Ps; ciò a fronte di un territorio non più sguarnito, anzi sempre più finanziato (vedi ultimo accordo con i Mmg). Evidentemente l'immagine dell'ospedale, come luogo privilegiato di cura, ha acquisito nell'immaginario collettivo un ruolo preminente che difficilmente si riuscirà a smontare, e a poco sono valsi i vari tentativi che hanno visto in alcune realtà, impiegare i Mmg presso il Ps per trattare i codici bianchi ed a poco servirà l'attivazione delle

Unità di Cure Primarie se, ma non so in che modo, non si riconverte il flusso verso il territorio.

LISTE D'ATTESA

Anche per questa problematica, nella massima parte dei casi, i medici ospedalieri sono vittime piuttosto che carnefici; è ormai chiaro che il problema si attenua, ma non si risolve, aumentando l'offerta di prestazioni, aumento che talora, paradossalmente, alimenta il fenomeno determinato da molteplici fattori, non ultimo la cosiddetta "medicina difensiva" che spesso impone la richiesta di indagini inutili al fine di evitare facili quanto pretestuose denunce.

Ne è pensabile un sistema territoriale che, duplicando tutte le strutture diagnostiche e specialistiche già presenti in ospedale, possa realmente sostituirne ruoli e funzioni.

RICOVERI INAPPROPRIATI

L'entità dei ricoveri, pur se condivisa con numerose regioni del Centro-Sud, assume nella nostra Regione valori esasperati pari a 275/1000 ab. con punte di 290, a fronte di un valore nazionale previsto di 160/1000 ab. Questo argomento è molto più complesso e pre-

senta molteplici e variegata sfaccettature. Prima fra tutte è l'offerta di posti letto, superiore alla media prevista e concentrati in aree geografiche ristrette. Tale condizione favorisce, se non determina, l'eccesso di ricoveri.

Per quanto concerne l'inappropriatezza degli stessi è comunque da sottolineare come l'ospedalità pubblica si attesti su un valore pari al 12%, mentre quella privata è stimata, mediamente intorno al 29%.

Tale condizione può essere facilmente invertita impiegando in maniera corretta soluzioni alternative: Dh e Ds invece dei ricoveri ordinari o prestazioni ambulatoriali e di D. Service al posto di Dh e Ds; non ultimo per importanza il miglioramento della organizzazione di filtro ospedaliero attraverso la predisposizione di spazi adeguati per "osservazione breve".

Deve, però, essere chiaro che ciascuno, per la propria parte, dovrà mostrare un impegno serio e proporzionale all'entità dello scostamento evidenziato; una uguale riduzione, percentuale, ma non proporzionale, applicata in ugual misura sia al pubblico che al privato otterrebbe modesti risultati globali.

Tornando al rapporto con il territorio, al di là dell'ormai abusato ritornello del filtro da parte dei Mmg, sarà indispensabile che anche le strutture alternative al ricovero (Rsa, Adi) svolgano appieno e compiutamente la loro funzione, riservando la possibilità di invio presso le strutture ospedaliere ai casi che realmente necessitano di ricovero per acuti.

LA RETE OSPEDALIERA

La regione Abruzzo dispone di 22 ospedali e 12 cliniche convenzionate che, nella maggior parte dei casi, svolgono attività fra loro sovrapponibili e pertanto inutilmente concorrenziali.

Una revisione dell'attuale dotazione è da tempo improcrastinabile, ma nel contempo è opportuno realizzarla con la ponderatezza sufficiente ad evitare errori irrecuperabili.

Un modello che si potrebbe prestare adeguatamente alla condizione geo-sociale della realtà abruzzese è quello che prevede - attraverso un sistema di rete integrata - che ad una determinata soglia di complessità, si trasferisca la sede di assistenza dalle strutture periferiche ad unità centrali di riferimento a più elevata complessità organizzativa, prevedendo, inoltre, nei piccoli ospedali periferici l'attivazione dell'ormai sperimentato Ospedale di Comunità.

Tutto ciò senza espropriare completamente il territorio da strutture sanitarie e senza mortificare le unità periferiche nel proprio patrimonio professionale e culturale, in quanto le stesse entrano attivamente nella gestione globale del paziente attraverso la selezione, l'invio e la ripresa in carico per il follow-up in cronico.

Tale progettualità prevede che una pluralità di soggetti, pur conservando la propria autonomia, offrono una gamma di servizi tra loro integrati e attraverso rapporti di collaborazione, possono raggiungere

specifici obiettivi di salute.

In sintesi, il modello di rete integrata tende a realizzare l'obiettivo di gestire l'intero percorso assistenziale, piuttosto che la singola prestazione, così favorendo l'integrazione Ospedale/Ospedale e Ospedale/Territorio, evitando nel contempo inutili duplicazioni che risulterebbero inadeguate sia sotto il profilo economico che sul piano della qualità delle prestazioni erogate.

CONCLUSIONI

La materia trattata è vasta, eterogenea, variegata e si presta, pertanto, alla impossibilità di essere sviscerata in tutta la sua essenza, né era questa la mia ambizione, quanto piuttosto il desiderio di individuare attuali elementi di discussione che sicuramente, in sede congressuale, potranno essere più ampiamente dibattuti.

Desidero, però, sottolineare come i medici ospedalieri siano stanchi di essere additati quali artefici degli elevati costi della sanità; mentre il ritardo nelle scelte politiche, la forse ingiustificata predilezione dell'utenza, le disfunzioni del territorio che vanno, tutte, a gravare su una condizione ospedaliera di carenze strutturali, tecnologiche e di dotazione organica, ne fanno, in realtà, le vittime del sistema.

* U.O. Medicina e chirurgia di accettazione e urgenza del P.O. clinicizzato SS. Annunziata di Chieti

Tutela lavoro

La mobilità interna dei dirigenti medici

di Vincenzo Bottino*

La disciplina che regola l'istituto della mobilità interna del dirigente medico è stata di recente modificata dalla coda contrattuale del 10 febbraio 2004 (Contratto collettivo integrativo del Ccnl 8 giugno 2000 - Area dirigenza medica e veterinaria).

L'articolo 16 (rubricato "mobilità interna") del richiamato Ccnl integrativo colloca l'istituto della mobilità intraziendale, nell'ambito del generale sistema di conferimento degli incarichi dirigenziali. Nello specifico, il comma 1, dell'art. 16, stabilisce che "nell'attuale sistema degli incarichi dirigenziali, la mobilità all'interno dell'azienda dei dirigenti in servizio può essere conseguenza del conferimento di uno degli incarichi previsti dall'art. 27 del Ccnl 8 giugno 2000 (direzione di struttura complessa; direzione di struttura semplice; incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio, ricerca, ecc.; incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività), in struttura ubicata anche in località diversa da quella della sede di precedente assegnazione".

Ciò premesso la disciplina contrattuale distingue tre fattispecie di mobilità interna:

- a) mobilità ordinaria o a domanda;
- b) mobilità d'urgenza;
- c) mobilità per effetto di ristrutturazione aziendale.

In particolare, la cosiddetta mobilità a domanda, "si configura come richiesta (da parte del medico) di un nuovo e diverso incarico, anche se alla dotazione organica della sede prescelta ne corrisponda uno di pari livello a quello rivestito dal richiedente con riguardo alla tipologia e alla graduazione

delle funzioni" (art. 16, comma 2).

L'accoglimento della domanda inoltrata dal dirigente medico segue le procedure di conferimento degli incarichi previste dall'art. 28 del Ccnl 8 giugno 2000 (comma 2). Quest'ultima disposizione (art. 28) prevede che nel conferimento degli incarichi e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse, le aziende devono tener conto:

- a) delle valutazioni del collegio tecnico;
- b) della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare;
- c) dell'area e disciplina di appartenenza;
- d) delle attitudini personali e delle capacità professionali del singolo dirigente, sia in relazione alle conoscenze specialistiche nella disciplina di competenza che all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi (svolti anche in altre aziende), ovvero alle esperienze documentate di studio e ricerca presso istituti di rilievo nazionale o internazionale;
- e) dei risultati conseguiti in rapporto agli obiettivi assegnati nonché alle valutazioni riportate dal collegio tecnico;
- f) del criterio di rotazione ove applicabile;
- g) che - data l'equivalenza delle mansioni dirigenziali - non si applica nel caso l'art. 2103, comma 1, cod. civ.

Qualora vi siano più candidati all'incarico da conferire, ovvero più richieste di mobilità interna con riferimento allo stesso incarico, l'azienda procede sulla base di una rosa di idonei selezionati - attraverso le procedure di garanzia previste dal contratto collettivo - dai direttori di dipartimento o dai responsabili di altre articolazioni interne interessate (art. 28, comma 7).

Il provvedimento di trasferimento, costituendo una modifica al contratto individuale di lavoro, deve essere preventiva-

mente comunicato al dirigente per il relativo esplicito assenso (art. 13, comma 9 e 12 del Ccnl 2000).

A differenza della mobilità a domanda, la mobilità interna d'urgenza, oltre a provenire da un ordine di servizio aziendale, prescinde dall'incarico attribuito ed è diretta ad assicurare le esigenze funzionali dell'azienda in presenza di eventi contingenti, non prevedibili e non risolvibili ricorrendo ad altri istituti contrattuali (ad esempio la sostituzione ex art. 18 Ccnl 1998-2001).

In particolare, la mobilità d'urgenza deve: a) avvenire nell'ambito della disciplina di appartenenza; b) avere natura provvisoria (non può superare il limite di un mese nell'anno solare); c) essere disposta per il tempo strettamente connesso al perdurare delle situazioni di emergenza. Inoltre, la suddetta tipologia di mobilità - ove possibile - deve essere effettuata a rotazione tra tutti i dirigenti, qualsiasi sia l'incarico loro conferito.

Agli interessati, se ed in quanto dovuta (trasferimento in località diversa dalla dimora abituale e distante più di 10 chilometri dalla ordinaria sede di servizio), spetta l'indennità di trasferta per la durata dell'assegnazione provvisoria. Qualora la necessità di provvedere con urgenza riguardi l'espletamento dell'incarico di direttore di dipartimento o di struttura complessa e sempre nei casi in cui non possa farsi ricorso all'istituto della sostituzione, le aziende possono affidare la struttura temporaneamente priva di titolare ad altro dirigente con corrispondente incarico nella stessa o in disciplina equipollente (art. 16, comma 5).

Con riferimento alla terza tipologia, ossia la mobilità interna per l'ipotesi di ristrutturazione aziendale, questa presenta un'ulteriore peculiarità rispetto alle pri-

me due fattispecie.

Al riguardo, l'art. 16, comma 6, dispone espressamente che "nei casi di mobilità interna per effetto di ristrutturazione aziendale, ai fini del mantenimento dell'incarico rivestito o del conferimento di un nuovo incarico si tiene conto dei principi stabiliti dall'art. 31, comma 1 del Ccnl 5 dicembre 1996".

La norma richiamata esprime il principio secondo cui "le Aziende ed Enti, in tutti i casi di ristrutturazione della dotazione organica, esperiscono ogni utile tentativo per la ricollocazione dei dirigenti medici e veterinari - oltre che nell'ambito delle discipline equipollenti a quelle di appartenenza secondo le vigenti disposizioni - anche in discipline diverse di cui gli interessati possiedono i requisiti previsti per l'accesso mediante pubblico concorso ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs 502 del 1992".

In sostanza, nell'ipotesi in cui l'Azienda stia effettuando una ristrutturazione dei servizi, le eventuali richieste di mobilità possono essere accolte anche conferendo il nuovo incarico al dirigente nell'ambito di discipline non equipollenti e diverse, di cui gli interessati possiedono i requisiti.

Da ultimo, si segnala che la descritta disciplina collettiva riserva una particolare disposizione (art. 16, comma 7) nei confronti dei dirigenti sindacali accreditati. Per questi, infatti, fatta salva la mobilità d'urgenza, il trasferimento interno (mobilità a domanda o per ristrutturazione aziendale) deve essere esplicitamente accettato dal dirigente, previo nulla osta della organizzazione sindacale di appartenenza, o della corrispondente rappresentanza sindacale aziendale, qualora il dirigente ne sia componente.

*Servizio Tutela Lavoro Anaa-Cref

Unione europea

Mobilità dei pazienti e dei servizi per la salute nell'Ue. Un'iniziativa della Commissione

Fornire un quadro normativo chiaro sui servizi sanitari transfrontalieri e favorire la cooperazione tra i sistemi sanitari degli Stati membri, questi sono gli obiettivi prioritari della consultazione pubblica lanciata dalla Commissione europea lo scorso settembre.

La consultazione si baserà su una comunicazione predisposta dal commissario europeo responsabile per la salute e la tutela dei consumatori, Markos Kyprianou, nella quale saranno formulate proposte per un quadro europeo che garantisca servizi sanitari sicuri, efficienti e di alta qualità. Sulla base dei risultati della consultazione, la Commissione presenterà eventualmente le sue proposte ufficiali nel 2007.

I temi della consultazione verteranno sull'identificazione delle condizioni alle quali autorizzare l'assistenza sanitaria e le spese sostenute, la comunicazione ai pazienti sulle cure disponibili negli altri Stati membri, la designazione di un'autorità sanitaria responsabile della supervisione sull'assistenza sanitaria transfrontaliera nelle varie circostanze e le modalità per assicurare continuità nell'assistenza, la responsabilità per i danni sanitari eventualmente causati durante l'assistenza sanitaria transfrontaliera e i relativi risarcimenti, diritti dei pazienti, sostegno ai sistemi sanitari nazionali attraverso iniziative di cooperazione europea.

"A volte - ha sottolineato il commissario Kyprianou - l'assistenza sanitaria di cui un paziente ha bisogno è migliore in un altro Stato membro. La Corte di Giustizia europea ha stabilito che, sulla base del diritto comunitario, i pazienti hanno diritto a cure mediche transfrontaliere ma vi è incertezza su cosa tutto ciò significhi in pratica". Perciò è necessario, ha proseguito Kyprianou, elaborare un quadro normativo chiaro e concreto, in modo da consentire ai pazienti e a chi finanzia, fornisce e regola i servizi sanitari, di ricorrere all'assistenza sanitaria transfrontaliera laddove questa rappresenti la soluzione ottimale. Nelle intenzioni ciò dovrebbe contribuire a sviluppare un enorme potenziale di cooperazione europea che permetterà di migliorare l'efficienza di tutti i sistemi sanitari dell'Unione europea, rispettando nel contempo le competenze

nazionali per quanto riguarda la loro organizzazione e il loro finanziamento. Il processo di riflessione sulla libera circolazione dei servizi di assistenza sanitaria, e in particolare sulla "mobilità dei pazienti", risalgono al 1998, dopo le pronunce della Corte di Giustizia riguardanti la diretta applicazione degli articoli del Trattato Ce sulla libera circolazione e al rimborso dei servizi sanitari forniti all'estero. Nelle sentenze la Corte aveva infatti chiaramente indicato che i servizi sanitari sono soggetti alle disposizioni del Trattato relative alla libera circolazione dei servizi. I provvedimenti che condizionano il rimborso delle spese sostenute in un altro Stato membro a un'autorizzazione preliminare costituiscono ostacoli alla libera prestazione dei servizi, sebbene tali ostacoli possano essere giustificati per ragioni imperative di interesse generale.

Nel rapporto adottato nel 2003 dal gruppo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea, i ministri della salute e altre parti interessate hanno invitato la Commissione ad esaminare come migliorare la certezza del diritto a seguito della giurisprudenza della Corte di giustizia riguardante il diritto dei pazienti a beneficiare di trattamenti sanitari in un altro Stato membro.

La proposta di direttiva sui servizi nel mercato interno, presentata dalla Commissione all'inizio del 2004, conteneva perciò alcune disposizioni che recepivano quanto stabilito dalla Corte. Questo approccio, tuttavia, non è stato accettato dal Parlamento e dal Consiglio. E pertanto la Commissione ha optato per l'elaborazione di un'iniziativa specifica sui servizi sanitari.

Dalla consultazione pubblica, che vedrà coinvolti i responsabili della Sanità dei 25, il Parlamento europeo e altre parti interessate, come le associazioni dei pazienti e varie categorie di operatori sanitari, dovrebbero emergere, entro il primo semestre del 2007, specifiche proposte in grado di garantire l'applicazione delle regole del Trattato sulla libera circolazione applicata ai servizi sanitari.

GRAN BRETAGNA

Una migliore gestione dei farmaci negli ospedali per ridurre gli errori di medicazione

La Healthcare Commission (HC) britannica, l'ente indipendente pubblico incaricato di promuovere e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria, ha invitato le aziende ospedaliere del National Health Service (Nhs), il Ssn britannico, a ridurre gli errori di medicazione, migliorando la prescrizione e la somministrazione dei farmaci. "Acute Hospital Portfolio - Medicines Management 2005/06" (www.healthcarecommission.org.uk), pubblicata nell'agosto scorso - la prima di una serie di classifiche sulle performance delle aziende ospedaliere in vari ambiti elaborate annualmente dalla Commissione per informare i cittadini sulla qualità dell'assistenza - fornisce un quadro non troppo brillante della gestione farmaceutica ospedaliera.

Delle 173 aziende ospedaliere per acuti esaminate nei 12 mesi precedenti il luglio 2006, 18 sono state classificate come "eccellenti" (ottenendo il voto massimo), 70 "buone", 73 "discrete" e 12 "scarse".

Secondo l'indagine, sono 40mila gli errori di medicazione verificatisi negli ospedali di Inghilterra e Galles, inclusi quelli riguardanti le dosi sbagliate e il tipo di farmaco, dato questo confermato anche dalla National Patient Agency. La maggior parte degli errori (95%), comunque, non avrebbe comportato nessun danno, o lieve, mentre circa 2mila sono stati i danni, modesti e seri, e 36 i decessi.

Con una scala di 21 valori, è stata valutata anche la percentuale dei pazienti cui è stato fornito uno schema, più o meno esaustivo, dei medicinali assunti durante la degenza ospedaliera.

Sono stati inoltre presi in considerazione altri aspetti relativi alla buona pratica, come la gestione del rischio di infezione attraverso la prescrizione e la somministrazione dei farmaci. A questo riguardo, solo il 10% degli ospedali si è classificato ai primi posti, tuttavia, la gran parte delle aziende ospedaliere (il 73%) disporrebbe di un'efficace sistema per prevenire le reazioni allergiche da farmaco.

Nel commentare i dati del rapporto, il direttore generale della Healthcare Commission, Anna Walker, ha affermato che la gestione dei farmaci è sicura (pur se in modo variabile da azienda ad azienda) nella maggior parte dei nosocomi "tuttavia i nostri ospedali devono darsi più da fare per coinvolgere i pazienti nelle decisioni che riguardano i farmaci - ha sottolineato la Walker - devono fornire ai pazienti maggiori informazioni

sui medicinali che devono assumere e spiegare loro i possibili effetti collaterali; devono assicurarsi che il paziente si senta autorizzato ad esprimere ogni suo dubbio a riguardo. Devono, inoltre, impegnarsi al massimo per minimizzare i rischi, in particolare per i farmaci iniettati o somministrati per via endovenosa".

Un altro punto su cui la Healthcare Commission ha insistito è il potenziamento del ruolo dei farmacisti nel consigliare lo staff ospedaliero e i pazienti sui farmaci e la loro gestione per prevenire gli errori. La Royal Pharmaceutical Society britannica ha invitato ad investire di più nei servizi di farmacia ospedaliera: "Nell'interesse del paziente, per la qualità delle cure e per un uso efficace delle risorse, il Ssn deve investire nei servizi delle farmacie ospedaliere se vuole che tutte le aziende ospedaliere raggiungano i migliori standard".

La Medical Defence Union sostiene che "sebbene il numero degli errori di medicazione vada inserito nel contesto, le cifre dimostrano che essi rappresentano per i medici una delle principali sfide per migliorare la sicurezza del paziente" e che "per prevenirli è necessaria una buona pianificazione, preparazione e comunicazione".

Per ridurre gli errori di medicazione è inoltre necessario che gli ospedali, accelerino il sistema di prescrizione elettronica e l'automatizzazione delle farmacie ospedaliere, ha sollecitato la Commissione. La prescrizione medica attraverso il computer potrebbe alleviare molte incombenze che ora gravano sui farmacisti, eliminando anche i problemi legati alla scarsa leggibilità delle ricette che così sarebbero più comprensibili ed esaustive. La prescrizione elettronica è utile nell'assicurare ai pazienti e ai medici le migliori informazioni cliniche quando devono prendere decisioni cruciali sulla scelta del farmaco, permettendo di ottenere i massimi benefici al costo più basso.

Ancor più utile, se associata alla cartella informatica del paziente, per la verifica di eventuali allergie. Gli esperti del software per la gestione dei farmaci che hanno collaborato all'indagine hanno dimostrato che il 72% delle aziende ospedaliere utilizza questi programmi in modo "eccellente", "buono", il 34%, "discreto", il 29%, e "scarso" il 17%. I due ospedali ultimi in classifica avevano acquistato questi programmi solo di recente.

GIURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

CONSIGLIO DI STATO

QUINTA SEZIONE SENTENZA N. 5965/2006

I SOSTITUTI PRIMARI VANNO SEMPRE RETRIBUITI

La norma che prevede l'esclusione di sessanta giorni per ciascun anno solare dal trattamento retributivo correlato allo svolgimento delle mansioni superiori di primario ospedaliero (articolo 121, comma 6 D.P.R. n.384/1990) il cui assolvimento giustifica che nei primi due mesi non sia dovuta alcuna retribuzione, viene meno quando lo svolgimento si protrae "sine die" per sopperire a una carenza di organico consolidata dell'ente ospedaliero. Il principio è stato ribadito dal Consiglio di Stato con sentenza n. 5965. La ricorrente, infatti, aveva adito le Sezioni Unite del Consiglio di Stato per richiedere l'esatto adempimento di una sentenza precedente nella quale si riconosceva il diritto della dottoressa al trattamento economico connesso allo svolgimento delle mansioni di primario, in analogia con quanto avveniva in altri centri di Salute Mentale ove le funzioni erano comunque svolte da personale con qualifica di primario. La Asl, tuttavia, non aveva dato completa esecuzione alla sentenza, perché in applicazione del Dpr aveva provveduto allo scomputo dei primi sessanta giorni di ogni anno (i mesi di gennaio e febbraio dal 1993 al 1998).

Correttamente la ricorrente eccepiva l'inapplicabilità dell'art. 121, comma 6 Dpr n. 384/1990 che concerne l'assegnazione temporanea e non continuativa dello svolgimento di mansioni superiori, dato che nel suo caso proprio l'adempimento continuativo per oltre cinque anni delle mansioni superiori faceva venir meno il carattere di temporaneità e straordinarietà previsto dalla norma.

Il Collegio, pur aderendo alla tesi dell'esclusione dei sessanta giorni per ciascun anno solare dal trattamento retributivo correlato allo svolgimento delle mansioni superiori di primario fino alla data della loro cessazione, perché la temporaneità dello svolgimento delle mansioni superiori, nel caso di accertata carenza nell'organico e di attivazione delle procedure per la copertura del posto, è connessa agli obblighi ordinari del prestatore nei confronti del datore di lavoro, afferma, tuttavia, che tale presupposto viene meno quando lo svolgimento delle predette mansioni si protrae straordinariamente e sine die come nella fattispecie. Infatti la dottoressa aveva svolto mansioni superiori senza il limite di tempo previsto dalla legge per sopperire ad una carenza di organico consolidata dell'ente facendo venir meno il carattere di straordinarietà tanto da poter affermare che il dipendente assolvesse alle funzioni superiori in via ordinaria. Deve conseguentemente essere riconosciuto il diritto del dipendente ai corrispondenti emolumenti anche nei primi sessanta giorni di ciascun anno solare, in analogia a quanto avviene per coloro che le esercitano a pieno titolo.

CONSIGLIO DI STATO

PARERE DEL 25 MAGGIO 2006

IL DOCENTE UNIVERSITARIO NON PUÒ DIRIGERE IN OSPEDALE

Il conferimento ad un docente universitario dell'incarico di direzione di una struttura sanitaria diversa da quella propria delle aziende ospedaliere universitarie è da ritenersi illegittimo. Con tale massima il Consiglio di Stato ha annullato le delibere e i protocolli d'intesa tra la regione Toscana e le istituzioni universitarie di Firenze e la Asl 3 di Pistoia, nella parte in cui prevedono la possibilità di conferimento dell'incarico di direzione di una struttura di un'azienda sanitaria ad un docente universitario coordinatore di un corso di laurea decentrato. La diatriba era iniziata nel 2002, quando la Asl con delibera affidava senza concorso, la direzione dell'unità operativa ostetrico-ginecologica dell'ospedale di Pistoia ad un professore universitario, a danno dei medici ospedalieri. Immediata la reazione dell'Associazione Ostetrici ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi) che presentò nel 2003 un ricorso straordinario al Presidente della Repubblica per tutelare gli interessi dei suoi associati.

Il Consiglio di Stato, nel parere, ribadisce che "la collaborazione tra università e strutture universitarie al fine della integrazione tra attività assistenziali ed attività didattiche e di ricerca ben può svolgersi secondo modalità molteplici da definire in sede di protocollo di intesa che non presuppongono necessariamente il conferimento a docenti universitari della direzione di strutture ospedaliere, potendosi prevedere opportune forme di coordinamento tra le esigenze organizzative del corso di laurea facenti capo alle responsabilità dei docenti coordinatori e le esigenze organizzative delle

strutture assistenziali facenti capo alla responsabilità di chi è chiamato a dirigerle"; escludendo cioè che "le convenzioni tra regioni ed università previste dalla 833/78 possano determinare una "clinicizzazione" delle strutture delle unità sanitarie locali attraverso la preposizione alla loro direzione di un docente dell'università o comunque con la sostituzione del personale ospedaliero con personale di estrazione universitaria". Tale previsione infatti comporterebbe una deroga alle disposizioni che prevedono un procedimento particolare di carattere concorsuale per l'affidamento degli incarichi di II livello di Divisioni Ospedaliere nonché del D.Lgs 517/99 secondo cui i docenti universitari che possono svolgere attività nell'ambito del Ssn sono quelli appartenenti alle aziende ospedaliere universitarie previste dallo stesso decreto. Nel caso specifico si è coperto un posto vacante di dirigente dell'unità operativa di ostetricia e ginecologia del presidio ospedaliero di Pistoia in violazione del principio del pubblico concorso previsto dall'articolo 97 della Costituzione e dall'articolo 15ter del D.Lgs 502/92 che ne costituisce un'attuazione nel settore sanitario. (Nella fattispecie il docente designato dall'Università non risultava in possesso dell'attestato di formazione manageriale previsto per accedere al concorso).

Le particolari modalità di conferimento del relativo incarico di direzione di una struttura ospedaliera complessa a professori ricercatori universitari devono ritenersi applicabili esclusivamente alle aziende ospedaliere universitarie. In tal senso dispone il comma 1 dell'articolo 5 del D.Lgs 517/99 che si riferisce ai professori e ricercatori universitari che svolgono attività assistenziali presso le aziende ospedaliere universitarie. Dunque medici ospedalieri in ospedale ed universitari nelle Università.

TAR VENETO

PRIMA SEZIONE - SENTENZA N. 570/2006

CONFERIMENTO DELLA RESPONSABILITÀ DEL MODULO

La selezione indetta per l'attribuzione della responsabilità del modulo ha una valenza esclusivamente concorsuale e non di giudizio idoneativo, da effettuare in base all'attività svolta in precedenza dai concorrenti. I titoli del curriculum formativo e professionale quindi non sono requisiti essenziali per concorrere al modulo ma elementi atti ad evidenziare, ulteriormente, il livello di qualificazione professionale acquisito nell'arco dell'intera carriera, rispetto alla posizione funzionale da conferire. Così il Tar del Veneto con sentenza n. 570, che accoglie il ricorso, con conseguente annullamento del provvedimento impugnato, di un dirigente medico che, a seguito dell'esperimento da parte dell'Ulss della relativa procedura di selezione interna, si era visto negare dall'amministrazione la titolarità di un modulo di Audiologia pur risultando il solo sanitario avente i titoli previsti dalla legge per il conferimento del modulo in questione.

L'amministrazione, infatti deliberava "di non conferire la titolarità del modulo che pertanto viene dichiarato deserto", adducendo - a motivo di tale decisione il parere negativo reso dal Collegio Tecnico che proponeva, a sua volta, di non conferire la titolarità del medesimo al dottore, "in quanto dalla documentazione prodotta dal candidato non risulta certificata alcuna esperienza nella disciplina stessa, non avendo partecipato né all'organizzazione né alla gestione quotidiana dell'attività né ad attività di aggiornamento e formazione nella disciplina". Avendo tuttavia la selezione indetta per l'attribuzione della responsabilità del modulo una valenza esclusivamente concorsuale non rileva ai fini dell'idoneità al conferimento del modulo, la circostanza che il professionista "avesse partecipato o meno all'organizzazione ed alla gestione dell'attività", in quanto il modulo consisteva nel conferimento della funzione di coordinamento da affidare, previa selezione, tra coloro che ne avevano i titoli e non a chi avesse svolto attività più o meno finalizzata alla sua attivazione ovvero a chi fosse ritenuto idoneo in base alla valutazione del primario, sulla base di un giudizio che né il bando di selezione né la sottostante norma di legge prevede. D'altra parte lo stesso bando di selezione richiedeva al concorrente di produrre a pena di ammissibilità, unitamente alla domanda, il certificato di servizio dalla quale risultasse il titolo per l'accesso alla selezione, e non i titoli del curriculum formativo e professionale, utili esclusivamente ai fini della formazione della graduatoria. Quindi, se anche il dottore non avesse prodotto nulla di rilevante nel curriculum formativo e professionale, il Collegio tecnico avrebbe potuto non attribuirgli il relativo punteggio di merito ma non avrebbe potuto escluderlo dalla selezione, come di fatto è avvenuto, in base al presupposto implicito che non fosse idoneo alla funzione.

a cura di Paola Carnevale

PREVIDENZA

Il futuro delle pensioni in un "Memorandum"

Che nell'enorme quantità delle norme introdotte dal disegno di legge della finanziaria per il 2007, la previdenza avrebbe visto solamente pochi interventi, che in verità tanto modesti non sono, si era compreso dall'atteggiamento delle confederazioni che avevano chiesto al governo di posticipare l'argomento a legislazione successiva. L'accordo non è stato solamente di indirizzo: rivediamoci a gennaio ed entro marzo stabiliremo le nuove linee della riforma delle pensioni, ma anche di contenuti. Infatti nei primi giorni del mese di ottobre i segretari delle tre confederazioni sindacali Cisl, Cgil, Uil si sono riuniti con il presidente del Consiglio ed i Ministri dell'Economia e del Lavoro ed hanno stipulato un vero e proprio "memorandum" d'intesa che detta obiettivi e linee di una revisione del sistema previdenziale.

Se un appunto sul metodo che è stato seguito, in questo caso dal Governo, è da farsi è che, come ormai da troppo tempo accade, sono stati tenuti fuori dalla discussione non solo altre importanti confederazioni dei lavoratori, ma soprattutto i rappresentanti di alcune categorie, come quella, in particolare, dei dirigenti che, per il loro ruolo e soprattutto per l'entità delle contribuzioni che versano ai propri enti previdenziali, meriterebbero una qualche maggiore attenzione. Il cuore dell'intesa del documento sembra essere rappresentato dal superamento del famoso "scalone del 2008". Cioè l'accrescimento a sessanta anni dell'età minima richiesta dalla riforma Berlusconi-Maroni del 2004, per ottenere la pensione. A questo riguardo il "memorandum" recita che si dovrà tenere conto del cambiamento del quadro demografico ed economico determinatosi dopo la riforma del 1995. Espressione che potrebbe introdurre il tema della modifica sia dell'importo degli assegni futuri sia di un inevitabile allungamento dell'età pensionabile. Il documento sottolinea, peraltro, che permangono da perseguire gli obiettivi proposti dall'agenda di Lisbona (giovani, donne, emigrati, e prolungamento della vita attiva tenendo conto delle attività maggiormente usuranti) e che si dovranno migliorare le prospettive per i più giovani, garantire a tutti gli anziani pensioni di importo adeguato e assicurare l'equità sociale e la sostenibilità finanziaria. Queste indicazioni stanno alla base del completamento del processo di riforma che è esplicitato, nel documento, da dieci precise linee guida:

- nel sistema contributivo, maggiore sostenibilità del sistema con rafforzamento dei criteri che legano l'età del pensionamento all'importo della pensione (*leggi coefficienti di trasformazione*);
- nel sistema retributivo flessibilità dell'età del pensionamento con incentivi che favoriscano l'allungamento della permanenza al lavoro;
- rimozione delle restrizioni all'attività lavorativa degli anziani superando il divieto di cumulo (*era ora!*);
- ricerca di soluzioni mirate a favorire un migliore adeguamento dei trattamenti di pensione in essere anche con il potenziamento delle forme di solidarietà;
- pieno decollo della previdenza integrativa per tutte le categorie dei lavoratori, inclusi i *dipendenti pubblici*;
- estensione delle tutele sociali e contributive dei giovani con occupazione precaria e discontinua;
- superamento dei privilegi ancora esistenti all'interno del sistema pensionistico;
- completamento dell'armonizzazione del sistema contributivo per le varie categorie di assicurati;
- rafforzamento del contrasto all'evasione contributiva con interventi in campo degli stessi servizi ispettivi;
- avvio di un processo di riordino e razionalizzazione degli enti previdenziali (*unificazione?*).

Un ampio decalogo, non c'è che dire, che in particolare pone in essere la prospettiva di una serie di interventi, anche strutturali, riguardo tutto il settore previdenziale. Questi possono essere indicati nell'estensione, anche ai dipendenti pubblici, del processo di devoluzione del Tfr ai Fondi di categoria, rinviati *sine die* dalla riforma del 2004, dall'eliminazione del famigerato divieto di cumulo, anche se a riguardo bisognerà verificare a quali "anziani" esso si rivolgerà e se ci saranno ancora delle eccezioni, ed infine all'unificazione, tanto strombazzata, degli enti previdenziali. Sarà dunque il 2007 l'anno delle pensioni? C'è da aspettarselo.

Claudio Testuzza

IL MEMORANDUM D'INTESA TRA GOVERNO E CGIL, CISL E UIL

Obiettivi e linee di una revisione del sistema previdenziale

1. Le riforme introdotte a partire dagli anni '90 hanno permesso di realizzare un sistema previdenziale pubblico in grado di assicurare equità sociale. Tale sistema include meccanismi volti a garantire la sostenibilità finanziaria nel lungo periodo. Il sistema che si andrà consolidando si basa sul principio contributivo che assicura ai lavoratori ed alle lavoratrici flessibilità e incentivazione. È strutturato con un primo pilastro pubblico a ripartizione, che eroga la prestazione pensionistica per tutti i lavoratori e le lavoratrici, e un secondo pilastro a capitalizzazione ad adesione volontaria, che eroga una prestazione pensionistica integrativa di quella pubblica.

2. Pur in presenza di risultati significativi conseguiti con il processo di riforma degli anni '90 alcune importanti problematiche non hanno ancora trovato soluzione. Oggi occorre avviare, con le opportune gradualità - soprattutto nella fase di transizione verso l'assetto finale - specifici interventi al fine di completare il processo di riforma della Legge 335/95 assicurandone la sostenibilità finanziaria. In tale contesto occorre, in particolare, migliorare il sistema pubblico, soprattutto per ciò che riguarda il rapporto tra generazioni.

3. È di fondamentale importanza la definizione e la realizzazione di una qualificata ed efficace politica negli altri campi del sociale: servizi sanitari e assistenziali per gli anziani; prestazioni di integrazioni al reddito e di contrasto alla precarietà; sostegni per i cittadini in condizioni di disagio. Tutto ciò è

legato al reperimento di risorse capaci di garantire tali interventi.

4. Il completamento del processo di riforma terrà conto del cambiamento del quadro demografico ed economico determinatosi dopo la riforma del 1995. Il forte aumento dell'aspettativa di vita e la flessibilità e precarietà del mercato del lavoro hanno determinato condizioni nuove che si riflettono sul sistema previdenziale.

5. Questi elementi fanno emergere una molteplicità di problemi che richiedono soluzioni diverse. L'aumento dell'aspettativa di vita sollecita soluzioni che diano la possibilità di continuare a svolgere un'attività di lavoro. Ciò richiede una coerente politica articolata su molteplici piani: lavoro part-time, formazione, un mercato del lavoro meno ostile ai lavoratori più anziani etc. Tutto ciò nell'ambito di un sistema pubblico strutturato con la regola del pensionamento flessibile, idonea ad incentivare la prosecuzione volontaria dell'attività lavorativa di uomini e donne.

6. Il consolidamento del sistema previdenziale italiano può far beneficiare il Paese della maggiore forza di lavoro secondo gli obiettivi dell'agenda di Lisbona (giovani, donne, immigrati e prolungamento della vita attiva tenendo conto delle attività maggiormente usuranti). Deve conseguire contemporaneamente più obiettivi:

- assicurare l'equità sociale e la sostenibilità finanziaria;
- migliorare le prospettive per i giovani sia a breve che a lungo termine;
- garantire a tutti gli anziani pensioni di importo adeguato.

7. È decisivo che in Italia decolli la previ-

denza complementare; nonostante vari interventi legislativi, il ruolo dei fondi di pensione a capitalizzazione resta modesto. Uno sviluppo strutturale e su larga scala della previdenza complementare, a partire dalla contrattazione collettiva, contribuisce a fornire adeguate condizioni reddituali alle future generazioni di pensionati. Tale sviluppo passa necessariamente per l'utilizzo volontario del flusso di contribuzioni ora accantonate per il trattamento di fine rapporto.

8. Il completamento del processo di riforma sarà attuato in coerenza e in parallelo con lo sviluppo di altre componenti dello stato sociale che in Italia non sono ancora abbastanza sviluppate: tra queste, in particolare, le politiche assistenziali e gli ammortizzatori sociali. La revisione deve essere coerente con interventi riguardanti il mercato del lavoro. Occorre a) dare sostegno ai giovani nella fase iniziale dell'attività lavorativa, in cui la flessibilità e la precarietà ampiamente diffuse possono determinare carenze contributive, e b) agevolare i lavoratori anziani dando loro la possibilità di forme di lavoro volontarie e flessibili.

9. Il completamento del processo di riforma avverrà secondo le seguenti linee guida:

- a) (Sistema contributivo) Sostenibilità del sistema pensionistico nel medio e nel lungo termine, che richiede la piena applicazione del regime contributivo e il rafforzamento di criteri che legano l'età di pensionamento all'importo della pensione tenendo conto della dinamica demografica ed economica e salvaguardando la flessibilità nell'accesso alla pensione in aderenza al principio introdotto

dalla Legge 335/95;

- b) (Sistema retributivo) Aumento della possibilità di scelta basata sulla flessibilità dell'età di pensionamento, incentrato su misure che favoriscano l'allungamento della permanenza nel mercato del lavoro;
- c) Rimozione delle restrizioni all'attività lavorativa degli anziani superando il divieto di cumulo;
- d) Ricerca di soluzioni volte ad assicurare ai pensionati trattamenti di importo adeguato (rivalutazione dei trattamenti in essere, revisione del requisito minimo di pensione a calcolo, potenziamento delle forme di solidarietà nel sistema previdenziale);
- e) Pieno decollo della previdenza integrativa per tutte le categorie dei lavoratori, inclusi i dipendenti pubblici;
- f) Estensione delle tutele sociali e contributive dei giovani con occupazione precaria e discontinua;
- g) Completamento dell'armonizzazione del sistema contributivo per le varie categorie di assicurati;
- h) Superamento dei privilegi ancora esistenti all'interno del sistema pensionistico;
- i) Avvio di un processo di riordino e razionalizzazione degli enti previdenziali;
- j) Rafforzamento del contrasto all'evasione contributiva anche attraverso l'estensione del Documento Unico di Regolarità Contributiva e dei Servizi ispettivi.

Il Governo e le Oo.Ss si impegnano ad aprire a decorrere dal primo gennaio 2007 un confronto sulle tematiche oggetto del memorandum, con l'intento di giungere a un accordo entro il 31 marzo dello stesso anno.

Fondazione Pietro Paci e cooperazione internazionale

La scuola dedicata a Carlo Urbani, il medico scomparso nel 2003, è un esempio di come si possa offrire un contributo importante alla formazione di quanti vogliono dedicarsi alla cooperazione. In questi anni sono stati realizzati importanti progetti, e molti altri sono in cantiere. Serve però la collaborazione di quanti, ciascuno nelle proprie possibilità e per la propria competenza, vogliono mettersi in gioco.

di Paolo Quondam*

Quando nell'aprile 2003 individuammo il primo abbozzo di una Scuola per la formazione di Medici per la Cooperazione Internazionale, non avremmo potuto immaginare i positivi sviluppi e le opportunità che quest' iniziativa ci avrebbe poi offerto.

Tutto iniziò pochi giorni dopo la morte di Carlo Urbani, avvenuta durante l'epidemia di Sars nel marzo del 2003. Volevamo trovare un modo professionalmente valido per ricordare un medico che dopo l'attività ospedaliera, durante la quale si era anche impegnato per la nostra Associazione, aveva voluto allargare i suoi orizzonti professionali al mondo, dedicandosi alla cooperazione internazionale. Ci sembrò giusto che una Associazione di professionisti come la nostra potesse farlo solo agendo sul suo terreno, ed abbiamo così inventato una Scuola per contribuire alla formazione di quanti avessero voluto dedicarsi in qualche modo alla cooperazione. Ed abbiamo, da subito, cercato di orientare il programma del nostro corso a "capire" prima di "insegnare".

Ci siamo così indirizzati ai problemi sociali, etici, antropologici e culturali generali più che ad un aggiornamento professionale in senso stretto, ritenendo quest'ultimo accessibile in vari e qualificati ambienti, sicuramente in grado, meglio di noi, di fornire tutti i necessari livelli di formazione. Questo orientamento è stato determinante nella scelta dei docenti, in gran parte persone impegnate attivamente nella Cooperazione internazionale, ed è stata la scelta vincente!

L'originalità degli argomenti proposti ha, infatti, incontrato un interesse notevole, sia tra i partecipanti al corso che tra gli stessi docenti, e riguardo a questi ultimi devo dire che siamo stati fortunati! Abbiamo avuto modo di conoscere persone straordinarie, alcune con decenni di esperienza di cooperazione nelle più diverse aree di crisi del mondo, dall'America Latina al Tibet, dalla Palestina all'Africa e tutti hanno saputo trasmetterci non solo i loro validi argomenti professionali, ma anche il perché esistono certe situazioni e perché non possiamo far finta di nulla. Lo straordinario è che lo stesso messaggio lo abbiamo ricevuto sia da chi aveva lavorato per Organizzazioni confessionali, sia da chi invece rivendicava la propria laicità. Certo abbiamo anche incontrato difficoltà, la più seria fu nella compilazione del calendario: mettere

insieme una trentina di persone, molte impegnate in attività nei Paesi in via di sviluppo, non è stato facile, ma la straordinaria collaborazione incontrata ci ha permesso di svolgere tutti gli argomenti prefissati.

A questo punto esplose il vero problema. A che serve ascoltare e imparare tante belle cose se poi non viene data l'opportunità di metterle in pratica?

Era pur vero che molti partecipanti alla Scuola avevano già esperienza di Cooperazione con le più diverse Organizzazioni, da quelle note a livello internazionale come Emergency, Msf, Cuamm, Cisp a quelle piccole Ong che svolgono preziosa collaborazione con la realizzazione anche di microprogetti.

Ma altra cosa è stato il sentirci coinvolti come Associazione se non altro perché, impegnati da sempre nella realizzazione (oggi nella difesa) del diritto alla salute nel nostro Paese, non potevamo essere indifferenti alla condizione di quanti vedono negato questo diritto. Per questo ci siamo sentiti "costretti" a fare: abbiamo iniziato con "piccoli" progetti, un po' confusi dall'incredibile numero di organizzazioni operanti nei Paesi in via di sviluppo. La prima partecipazione ufficiale della Fondazione nello scenario internazionale è stata con un progetto di sviluppo umano in Burkina Faso, collaborando con una Ong friulana ed assumendoci il compito della formazione del personale locale per la profilassi di malaria e Aids, questa iniziativa è ancora in corso e si sta svolgendo con risultati positivi. Successivamente su invito della sede palestinese della Oms abbiamo attivato un processo di formazione specialistica, su argomenti da loro richiesti, per medici palestinesi. Questa attività si è svolta in alcuni centri ospedalieri italiani.

Queste attività e il positivo andamento della Scuola, hanno destato l'interesse delle Agenzie delle Nazioni Unite, positivamente colpite dal fatto che la nostra Associazione, con tutta la sua storia, avesse assunto questo impegno di cooperazione.

In particolare l'Undp (Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo) ha stimolato la sottoscrizione di un Patto di collaborazione, e come conseguenza ora ci troviamo coinvolti in due grossi progetti internazionali Art: Libia e Libano. Art vuol dire Assistenza alle Reti Territoriali e sono progetti di sviluppo umano complessivi, non solo sanitari, che riguardano infrastrutture, istruzione, ruolo delle donne, problemi sociali. Il metodo è confrontarsi con le richieste delle autorità loca-

li, valutare le possibilità e i limiti del nostro impegno e procedere con loro alla stesura di un vero e proprio progetto, poi non resta che realizzarlo!

Il progetto Art Libia ha già superato la fase preliminare e sta entrando in quella operativa. Il primo incontro con le Autorità locali, al quale era presente da parte nostra Enrico Reginato, si è svolto, in settembre, in un clima favorevole alla collaborazione e sono emersi molti possibili campi di azione. Adesso si tratta di valutare cosa siamo in grado di fare a fronte delle richieste ed elaborare un vero e proprio piano di intervento. Tutto ciò dovrà avvenire nel mentre i vari partner del progetto renderanno disponibili i finanziamenti necessari.

Il progetto Art Libano deve ancora uscire dai preliminari e questo dovrebbe accadere a novembre 2006, con il primo incontro in Libano con le Autorità locali, dopo quello già avvenuto a Ginevra, nelle sedi Un.

Si tratta di impegni rilevanti: quello che ci viene chiesto non è tanto l'operatività professionale diretta come Medici, ma la nostra collaborazione, come Dirigenti di un Servizio sanitario nazionale ben conosciuto in quei Paesi, ad organizzare reti di servizi, ad esempio: l'emergenza territoriale, la prevenzione, il materno-infantile, la riabilitazione. E' una opportunità eccezionale, non vogliono che andiamo a "lavorare", vogliono che andiamo a costruire, insieme a loro, una organizzazione che poi resti anche dopo la nostra partenza.

La sfida incute timore, ma la nostra Associazione ha tutti gli strumenti e tutte le persone adatte a raccogliarla, si tratta solo di metterci a lavorare.

Avremo bisogno del contributo di molti e lo chiederemo apertamente e con la massima pubblicità sul nostro sito e sulla nostra stampa. Non appena i progetti cominceranno a delinearsi più concretamente chiederemo a tutti di collaborare, ciascuno nelle proprie possibilità e per la propria competenza, ma nessuno deve sentirsi escluso. Dalla prossima primavera si svilupperà il progetto Gabon, che prevede non più "solo" organizzazione, ma anche gestione di tutta una rete sanitaria sul territorio.

Ci sarà da lavorare! Per affrontare tutti questi impegni abbiamo identificato una "segreteria tecnica" composta da: Egidio Di Pede, Giulio Liberatore, Enrico Reginato, Paolo Quondam.

* Direttore Scuola Carlo Urbani

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Carlo Lusenti
direttore responsabile
Silvia Procaccini
comitato di redazione:

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

hanno collaborato:
**Arianna Alberti, Paola Carnevale,
Lucia Conti, Ester Maragò,
Stefano Simoni, Claudio Testuzza**

Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia

A.N.E.S.
AGENZIA NAZIONALE EDITORIALE



editore

Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

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

Registrazione al Tribunale di Milano n.182/2002 del 25.3.2002. Sped. in abb. postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, 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 novembre 2006