

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

Editoriale

GIÙ LE MANI DAL CONTRATTO DEI MEDICI

di **Serafino Zucchelli**

Il repentino mutamento di opinione del Presidente del Consiglio, che ha sconvolto l'accordo raggiunto nella maggioranza dieci giorni fa sui tempi ed i modi della riduzione delle aliquote fiscali e ne impone ai suoi alleati un altro che prevede l'anticipo della riforma fiscale al 2005 per un ordine di grandezza di 6,5mld di euro (5 per l'Irpef e 1,5 per l'Irap, così almeno dichiara con sicurezza il Prof. Brunetta principale consigliere economico di Berlusconi), dovendo questo avvenire nel rispetto dei parametri di Maastricht, ha scatenato i tecnici nella ricerca della copertura finanziaria per tali somme. Le prime notizie apparse sui giornali e gridate dall'instancabile Brunetta, individuano il risparmio sui contratti del Pubblico Impiego, e quindi anche sul nostro, come una delle principali fonti per tale copertura. Si sono affacciate due ipotesi: la prima, più radicale, prevede di saltare il rinnovo del II biennio 2004-2005 con un risparmio netto di 5 mld di euro, la più moderata di contenere il rinnovo al 3,7%, rimangiandosi le promesse ufficioso di parti dell'esecutivo di arrivare al 5-5,2%. Respingendo la forte tentazione di recitare la parte dei cittadini giusti e sensibili al sociale che ci avrebbe indotto a respingere immediatamente una riforma fiscale che rende inutilmente più ricchi i già ricchi e lascia ridicole briciole ai ceti medio bassi, ci siamo imposti di analizzare freddamente la situazione per vedere se egoisticamente l'applicazione delle nuove aliquote (29-33-39% senza considerare il contributo di solidarietà del 4%) alle retribuzioni della nostra categoria al posto del rinnovo contrattuale avrebbe reso vantaggioso lo scambio contratto-fisco. Ebbene, i numeri parlano di un risparmio fiscale medio di 53 euro mensili, con 80mila medici dipendenti che si dovrebbero accontentare di 40euro mensili lordi. Crediamo si possa concludere obiettivamente che per noi non è vantaggioso in termini economici scambiare il rinnovo contrattuale del II biennio con i vantaggi derivanti dalla riforma fiscale annunciata. Le circostanze ci impediscono di diventare egoisti. Forse perché non siamo ricchi abbastanza. Ma per noi il contratto del II biennio è occasione non solo di incremento economico, ma anche di giusto riconoscimento del lavoro disagiato e di valorizzazione della crescita professionale. Per tutti questi

segue a pag. 12

Libera professione intramoenia e liste di attesa "BASTA CON LE MENZOGNE!"

Ancora menzogne e accuse infamanti rivolte dal ministro Sirchia ai medici ospedalieri, alle quali rispondiamo che:

- la libera professione intramoenia non produce le code delle liste di attesa: ben altre e più complesse ne sono le cause;
 - la libera professione intramoenia viene esercitata al di fuori dell'orario di lavoro (esistono responsabilità penali per chi non rispetta le norme) secondo regole ben precise che riguardano i volumi di attività rispetto a quelli istituzionali, il livello delle tariffe, gli obblighi fiscali.
- I medici, inoltre, hanno da sempre dichiarato la loro disponibilità a svolgere la loro attività anche al di fuori dell'orario di lavoro per conto delle aziende che lo richiedono ricorrendo all'istituto della libera professione aziendale.

Poche però sono le aziende che vi hanno fatto ricorso.

In realtà ben altri sono gli obiettivi che il ministro Sirchia vuole raggiungere: dirottare i cittadini paganti in proprio dalle strutture pubbliche a quelle private, favorendo queste per legge a danno di quelle pubbliche e creando un doppio circuito: gli abbienti devono frequentare le cliniche private, i poveri le strutture pubbliche, contribuendo così ad identificare il Ssn come luogo di tutela della salute per i poveri.

Dove siano i motivi etici in tutto questo ognuno può giudicare.

Pagare una prestazione resa al di fuori dell'orario di lavoro a prezzi calmierati e ricevendo la ricevuta in ambiente pubblico è forse meno etico che pagare una prestazione a prezzi più elevati e senza ricevuta fiscale nella maggior parte dei casi?

Siamo stanchi, signor Ministro, delle sue tiriterie non rispettose della verità e rivolte a favorire il settore privato. Si dedichi, se ne è capace, a risolvere il fenomeno delle liste di attesa, affrontandolo nelle sue vere cause, altrimenti ci risparmi i suoi sermoni.

"No" al blocco dei contratti pubblici

L'Anaa Assomed ritiene inaccettabili le insistenti voci provenienti da ambienti governativi e attribuite allo stesso presidente del Consiglio e ai suoi consulenti economici che prevedono il blocco dei rinnovi contrattuali del pubblico impiego per il biennio 2004-2005 allo scopo di reperire fondi da destinare agli sgravi fiscali.

Non possono essere i dipendenti pubblici e tra essi in particolare i medici del Ssn le cui retribuzioni, ferme dal 31/12/2001, hanno perso più del 15% del potere d'acquisto, a sostenere gli oneri necessari al rispetto delle incaute promesse fatte dal presidente del Consiglio.

Sarebbe auspicabile poter ridurre le tasse, ma non si può farlo mettendo le mani nelle tasche di quelle categorie di cittadini che, oltretutto, sono tra le poche in perfetta regola con il fisco.

PATRONATO E CAF

Nuovi servizi per gli associati

Dal 1° gennaio 2005 saranno operativi gli uffici di Patronato e di CAF costituiti dalla Confederazione Cida di cui l'Anaa Assomed è parte

Per i servizi offerti dal Centro Assistenza Fiscale verranno praticate agli iscritti all'Associazione condizioni economiche estremamente vantaggiose

Entro fine anno sarà fornito un primo elenco di 35 sedi dove saranno istituiti tali servizi con gli indirizzi e gli orari di apertura al pubblico

FINANZIARIA 2005

La Camera approva la manovra, ma gli emendamenti si voteranno in Senato.

E le Regioni sono "non favorevoli" al provvedimento

ARTICOLO A PAGINA 3

INTERVISTA

"Lo Stato deve finanziare interamente i Lea. Ma intanto occorre chiudere i contratti" lo afferma Giovanni Bissoni, assessore alla Sanità della regione Emilia Romagna

A PAGINA 4

PRIMO PIANO

Coniugare governo clinico e decentramento amministrativo. Le scelte organizzative della Toscana disegnano un nuovo patto per la salute destinato a promuovere qualità, efficacia e appropriatezza

SERVIZIO ALLE PAGINE 5-7

SPECIALE REGIONI

Focus su: Piemonte e Sardegna. Intervista agli assessori Valter Galante e Nerina Dirindin. Per l'Anaa Assomed i responsabili regionali Giorgio Cavallero e Marcello Angius

SERVIZIO ALLE PAGINE 8-11

INCONTRO ARAN-SINDACATI DEL 21 OTTOBRE 2004

I sindacati presentano le richieste sulla parte economica

Allineamento del tabellare della dirigenza medica a quello dei ruoli dirigenti dello Stato e degli Enti locali, con l'individuazione di stanziamenti aggiuntivi e l'assorbimento in tabellare di alcune indennità, ma senza toccare quelle legate alla specificità medica e all'indennità di rapporto. Una proposta che mira al consolidamento delle parti variabili della retribuzione, indicando la necessità di una riflessione sull'andamento del processo di aziendalizzazione

Nell'incontro del 21 ottobre scorso i sindacati hanno illustrato all'Aran le richieste sulla parte economica relative al primo biennio, riassumibili in quattro punti:

1) il tabellare della dirigenza medica deve essere allineato a quello della dirigenza dello Stato e degli Enti locali (pari a euro 38.209,00 annui) entro il 31 dicembre 2003;

2) le risorse necessarie al raggiungimento dell'obiettivo possono derivare in parte dal conglobamento nel tabellare di parti delle retribuzioni esistenti: indennità integrativa speciale, quota della retribuzione di posizione pari a quella goduta dai medici e veterinari con meno di 5 anni di anzianità, e quindi comune a tutti, quote da definirsi del salario di risultato;

3) devono intendersi escluse dal conglobamento le indennità che caratterizzano le specificità delle professioni e cioè l'indennità di specificità medica e quella di esclusività di rapporto;

4) le somme ancora mancanti per raggiungere il livello tabellare delle retribuzioni dei dirigenti statali debbono venire da uno stanziamento aggiuntivo.

La riunione si è conclusa con l'impegno da parte dell'Aran

di portare al Comitato di Settore le richieste dei sindacati e di presentare una proposta di articolato relativa alla parte normativa.

Nel frattempo i sindacati si sono incontrati per proseguire la discussione sulla parte economica.

COMMENTO ANAAO ASSOMED

“Come potete ben vedere dalle proposte, l'impianto economico che intendiamo dare al rinnovo del I biennio è caratterizzato dalla tendenza al consolidamento di parti variabili della retribuzione, limitando in tal modo l'autonomia delle aziende nella loro utilizzazione.

Questa battuta di arresto nel processo di uso economico a fini aziendali del contratto si impone per motivi tecnici, cioè la necessità di adeguare il tabellare a quello della dirigenza del pubblico impiego, e per scelta di politica sindacale. Si impone, infatti, dopo un decennio di aziendalizzazione una pausa di riflessione sui modi spesso inadeguati ed arbitrari in cui essa si è realizzata.

Non si può, inoltre, accettare in un rinnovo contrattuale che avviene con un ritardo di tre anni e con cifre destinate inadeguate a garantire il recupero reale del potere di ac-

quisto, di destinare parti cospicue di esse alla discrezionalità di scelte aziendali per incentivare attività professionali già avvenute. Queste considerazioni non contrastano con la nostra impostazione di fondo che ci ha indotti ad accettare, nell'interesse della sopravvivenza del Ssn, il rispetto, nell'agire professionale, di obiettivi di efficienza per utilizzare al meglio le disponibilità economiche, comunque limitate, messe a disposizione dallo Stato per la tutela della salute. Le nostre critiche riguardano i modi molto spesso sbagliati in cui i medici sono stati costretti a vivere queste nuove responsabilità. L'Anaa Assomed sta assumendo il ruolo faticoso, inapparente e talora ingrato di favorire la costruzione di una piattaforma comune fra tutti i sindacati del tavolo contrattuale, nella convinzione che questo sia utile per meglio difendere gli interessi legittimi della categoria.

Il nostro senso di responsabilità non deve, però, essere scambiato per dabbenaggine e invitiamo perciò tutti gli altri sindacati a rinunciare ad atteggiamenti di bassa propaganda nel tentativo di lucrare vantaggi di immagine. Simili atteggiamenti rendono difficile il proseguire nella strada intrapresa, che riteniamo utile per i medici del Ssn”.

Notizie brevi

DDL GOVERNO CLINICO: AVVIATO L'ESAME PARLAMENTARE

Con la relazione di Domenico Di Virgilio (FI), la Commissione Affari Sociali della Camera ha cominciato il 27 ottobre l'esame del disegno di legge sul “governo clinico” presentato lo scorso luglio dal ministro della Salute. Dopo l'illustrazione del provvedimento (il cui titolo è “Principi fondamentali in materia di Servizio Sanitario Nazionale”) il seguito dell'esame è stato rinviato anche in attesa, ha spiegato il presidente della Commissione, Giuseppe Palumbo (FI), di analoghe proposte di legge di iniziativa parlamentare delle quali è stata preannunciata la presentazione.

LEGGE REGIONE TOSCANA: DIRETTORI SÌ, MA SOLO IN ESCLUSIVA

Il Consiglio regionale della Toscana ha approvato una legge che consente di attribuire gli incarichi di direzione di struttura sanitaria pubblica, semplice o complessa, solamente ai dirigenti sanitari che abbiano scelto – e lo mantengano per tutta la durata del loro mandato – il rapporto di lavoro esclusivo con il Servizio pubblico. Il provvedi-

mento è esteso anche ai professori e ai ricercatori universitari.

La legge 138/2004, al contrario, apre i ruoli dirigenziali anche a chi non ha mai scelto l'esclusività con la Sanità pubblica. Il testo della legge regionale è disponibile sul sito www.anaao.it.

MILLE PROROGHE: ASSUNZIONI INFERMIERI, NORME SULLA PRIVACY E CONTRATTO MEDICI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Nel Per Asl, Ao, Irccs e Rsa sarà possibile, fino al 31 dicembre 2005, riassumere infermieri che hanno cessato il proprio rapporto di lavoro (da non oltre cinque anni) o stipulare contratti di lavoro a tempo determinato di un anno o richiedere prestazioni extra-orario a chi è già dipendente, in caso non sia possibile procedere a concorsi, per garantire la continuità assistenziale e fronteggiare l'emergenza infermieristica.

Nel nuovo mille-proroghe è previsto anche uno slittamento di sei mesi per le misure di sicurezza salva-privacy. Attualmente gli adempimenti per proteggere le banche dati (compreso il documento programmatico sulla sicurezza) devono essere effettuati entro il termine

31 dicembre 2004, che era stato già prorogato. Questo ennesimo rinvio concede più tempo a chi utilizza informazioni personali per mettersi in regola con quanto previsto dal Codice della privacy. Il Consiglio dei ministri ha inoltre autorizzato il ministro per la Funzione pubblica ad esprimere il parere favorevole del Governo sull'ipotesi di contratto collettivo integrativo per i dirigenti delle professionalità sanitarie del ministero della Salute.

LE LINEE GUIDA SUI TRAPIANTI

Sulla Gazzetta Ufficiale del 21 ottobre 2004 sono stati pubblicati due documenti contenenti le Linee guida sui trapianti. I due documenti sono allegati agli accordi sanciti nella seduta del 23 settembre scorso della Conferenza Stato Regioni. Le Linee guida sono state elaborate in attuazione della legge sui trapianti di organi e sono il risultato dell'accordo tra il ministero della Salute e le Regioni. Il primo accordo riguarda la gestione delle liste di attesa e l'assegnazione degli organi nel trapianto di fegato da donatore cadavere.

Le Linee guida si propongono di uniformare le procedure di trapianto di fegato da donatore cadavere in ambito na-

zionale, di semplificare l'iter procedurale e di migliorare il rapporto costo/beneficio dei servizi sanitari. Il secondo accordo concerne le modalità di disciplina delle attività di reperimento, trattamento, conservazione e distribuzione di cellule e tessuti umani a scopo di trapianto. Le Linee guida individuano gli standard di sicurezza e qualità per i processi di reperimento, valutazione di idoneità, trattamento, conservazione e distribuzione di tessuti e cellule di provenienza umana, allo scopo di assicurare un alto livello di protezione della salute dei cittadini.

Il testo delle linee guida sono pubblicate sul sito www.anaao.it.

L'AGENZIA DELLE ENTRATE SU PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

Con la circolare n. 43 del 2 novembre 2004 l'Agenzia delle Entrate si è pronunciata sul trattamento ai fini dell'Iva delle prestazioni socio-sanitarie e assistenziali rese da soggetti qualificati a beneficio di persone svantaggiate: sono esenti non solo quando effettuate nei confronti degli assistiti, ma anche quando sono effettuate in esecuzione di contratti e convenzioni. Il testo della circolare è pubblicata sul sito www.anaao.it

LA MANOVRA PER IL 2005 È STATA APPROVATA ALLA CAMERA, MA SI PROFILANO ALTRI TRE PASSAGGI PARLAMENTARI

La Finanziaria "sospesa" in attesa del taglio fiscale

Per correggere la manovra l'opposizione aveva presentato alla Camera quasi duemila emendamenti, ma li ha ritirati giudicando il provvedimento "fasullo" in mancanza delle norme sul prelievo fiscale. Il testo sarà quindi modificato in Senato e potrebbe aver davanti un iter ancora molto lungo. E intanto le Regioni protestano per la mancanza di fondi per ripianare i debiti per dell'anno in corso e per il tetto al 2% per le risorse per il 2006 e il 2007

Lo stanziamento "più consistente nella storia del Servizio sanitario nazionale". Così il ministro Sirchia aveva definito il finanziamento previsto nella legge di bilancio dello Stato, che per il 2005 arrivava a 88,2 miliardi di euro. Eppure la cifra non è bastata ad arginare le critiche, a cominciare da quelle provenienti dai presidenti delle Regioni. Ma i rilievi più generali sono sulla tenuta stessa della manovra proposta, soprattutto in vista dei tagli alle tasse che il primo ministro Berlusconi continua ad annunciare. Proprio in attesa che si chiarisca quali e quante saranno le entrate dello Stato, l'opposizione ha giudicato inemendabile la legge finanziaria per il 2005. Così, alla Camera sono stati ritirati gli emendamenti dell'opposizione e della maggioranza e il provvedimento è stato licenziato con 286 voti favorevoli e 196 contrari. "Abbiamo deciso di non entrare nel merito, perché senza il provvedimento fiscale questa è una Finanziaria fasulla", commenta Augusto Battaglia (Ds), secondo il quale i deputati dovranno però avere la possibilità di discutere il provvedimento dopo il passaggio al Senato. Si profila così un doppio passaggio nelle due Aule parlamentari, che potrebbe trattenere i senatori al lavoro anche nelle giornate natalizie. Ma per Fabio Minoli Rota (Fi) "il provvedimento si definirà al Senato". Secondo il deputato forzista "la terza lettura alla Camera sarà formale", pur nel rispetto delle indicazioni espresse in Aula dal presidente Pierferdinando Casini, che ha detto di voler garantire il dibattito parlamentare sulla manovra economica. Il testo della Finanziaria 2005 approvato alla Camera è quello modificato nelle Commissioni della Camera, con l'aggiunta dell'emendamento dell'opposizione all'articolo 1, passato a sorpresa nelle prime ore di discussione in Aula e che prevede una crescita di circa due miliardi di spesa pubblica. La discussione al Senato dovrebbe avvenire nei prossimi giorni, alla luce di maggiori informazioni riguardo al collegato fiscale. Si tratta in sostanza di capire quali e quanti saranno i tagli alle entrate, così da poter definire conseguentemente le uscite. Le modifiche saranno comunque certamente numerose e rilevanti e la terza lettura alla Camera inevitabile. Perché sia "rapida" e "formale", come dichiarato da Minoli Rota, vi potrebbero essere due strade: la rapida votazione sugli emendamenti dell'opposizione, con un compatto voto contrario della maggioranza, oppure una "blindatura" del provvedimento con il ricorso al voto di fiducia. Solo così, senza che venga introdotta alcuna modifica al testo, si potrà evitare il quarto passaggio nell'Aula del Senato.

LA FINANZIARIA 2005 IN SINTESI

Obiettivi generali. Riduzione delle spese della pubblica amministrazione per portare il deficit dello Stato al 2,7% del Pil (nel 2004 è stato del 2,9%): originariamente si parlava di 24 miliardi di euro di "risparmi", ma l'approvazione alla Camera dell'emendamento all'articolo 1 dovrebbe averli ridotti a circa 22 miliardi.

Risorse per il Ssn. Il finanziamento complessivo è di 88,2 miliardi di euro, pari al 2% in più della spesa effettivamente sostenuta per la sanità nel 2004. Rispetto al finanziamento statale dello scorso anno, 81,2 miliardi, l'incremento è di circa l'8,3%.

Regole per le Regioni. Si profila un nuovo patto di stabilità tra Stato e Regioni. Le amministrazioni regionali saranno impegnate ad attivare meccanismi di controllo della

spesa: monitoraggio trimestrale dei bilanci, introduzione della tessera sanitaria (capace di memorizzare anche le prescrizioni), interventi sulla rete ospedaliera, incentivazione dei day-hospital. In caso di sfioramento rispetto ai finanziamenti ricevuti, le Regioni dovranno riportare in pareggio i conti adottando in proprio le misure necessarie, come ticket o addizionali fiscali (sbloccate con questa Finanziaria). Le Regioni che non avranno attivato le misure di contenimento della spesa, non potranno accedere ad alcuni finanziamenti.

Spesa farmaceutica. Si conferma il tetto del 13% rispetto al totale della spesa sanitaria. Se questo tetto non sarà rispettato le Regioni perderanno una quota di finanziamento aggiuntivo (complessivamente un miliardo) e il mancante dovrà essere ripianato per metà dalla Regione "colpevole" e per l'altra metà da tutte le Regioni insieme.

Rinnovi contrattuali. Per il complesso dei rinnovi contrattuali dei dipendenti pubblici sono a disposizione 56 milioni di euro e la crescita delle retribuzioni dovrebbe essere del 3,7%. In questa quota dovrebbero rientrare i contratti della dirigenza medica e sanitaria.

Bambino Gesù. L'ospedale pediatrico situato a Roma, frutto di un accordo extraterritoriale con il Vaticano, riceverà 50 milioni di euro di finanziamento.

LE RICHIESTE DELLE REGIONI

"Le Regioni esprimono un giudizio preoccupato e non favorevole sul disegno di Legge Finanziaria 2005, pur riconoscendo lo sforzo fatto per il fabbisogno sanitario 2005". Con queste parole si apre il documento elaborato dai governatori regionali sulla manovra economica proposta dal governo per l'anno a venire, documento portato in discus-

sione lo scorso 14 ottobre nella Conferenza Stato-Regioni. I problemi posti dagli amministratori regionali, che sono stati presentati sotto forma di emendamenti alla bozza di legge finanziaria, riguardano in particolare il blocco degli investimenti, il finanziamento della sanità per gli anni precedenti e successivi al 2005, le garanzie sull'effettiva disponibilità di cassa dei fondi messi a bilancio e, infine, il nodo del federalismo fiscale. Problemi specifici sono poi stati sollevati dalle Regioni a statuto speciale, allarmate dalla formulazione della legge che "sembra abbandonare il vigente sistema di negoziazione bilaterale".

Finanziamento sanità. Le Regioni ritengono che per il 2005 siano necessari almeno 90,1 mld di euro, contro gli 88,2 proposti dal Governo. Ma le Regioni chiedono soprattutto un adeguato finanziamento del deficit previsto per l'anno in corso, quantificato in almeno 5,5 mld di euro, e giudicano assolutamente inadeguato l'incremento di risorse per il 2006 e il 2007, che la finanziaria blocca ad un +2% annuo.

Liquidità di cassa. I fondi del 2004 non sono ancora stati trasferiti, lamentano le Regioni, perché sono in attesa del parere del Cipe. Questa situazione costringe le amministrazioni locali a contrarre debiti e, quindi, a pagare interessi gravosi che riducono ulteriormente le risorse disponibili.

Federalismo fiscale. Anche se la posizione delle Regioni è fortemente diversificata, con un particolare allarme da parte delle Regioni meridionali che hanno infatti messo a punto un documento specifico sul tema, tutti concordano che la mancata attuazione del decreto 56/2000 sta creando contraddizioni gravi nella situazione finanziaria regionale.

(E.A.)

L'ONAOSI APRE L'ANNO ACCADEMICO 2004-2005

Paci: contribuzione equa e necessaria

L'inaugurazione, lo scorso 30 ottobre a Perugia, dell'Anno Accademico 2004-2005 è stato il primo evento pubblico della Fondazione Onaosi da quando la Finanziaria 2003 ha stabilito l'estensione della contribuzione a tutti i medici odontoiatri, veterinari e farmacisti (prima prevista solo per i sanitari pubblici dipendenti). Un'occasione, dunque, particolarmente importante, che ha permesso al Presidente dell'Onaosi, Aristide Paci, di spiegare le ragioni e i vantaggi di un'estensione contributiva ritenuta "utile, equa e necessaria" per la crescita e il potenziamento delle attività di assistenza e di solidarietà alla categoria dei sanitari, indipendentemente dallo status di dipendente pubblico o meno.

Opinione condivisa dal presidente della Fnomceo, Giuseppe Del Barone, se-

condo il quale medici, veterinari e farmacisti non dovrebbero avere dubbi su quello che è "un atto di solidarietà" che trova realizzazione nell'opera di "un ente di primissimo piano, che lavora in maniera ottimale e risponde ai bisogni degli iscritti nel rispetto di tutte le leggi. Aspetto, quest'ultimo, assicurato anche attraverso il controllo dei ministeri e della Corte dei conti".

Alla platea Paci ha spiegato che l'estensione contributiva è stata una scelta "utile e necessaria perché un'Opera che, per più di cento anni, ha dato assistenza a migliaia di giovani con livelli qualitativi molto elevati, non avrebbe potuto continuare a realizzare tutto ciò con i contributi dei sanitari volontari che, nel migliore dei casi, hanno raggiunto appena 2.750 iscritti. Equa - ha aggiunto

- perché ha consentito di eliminare un'odiosa sperequazione tra sanitari pubblici e privati e di realizzare una generale (e sostanziosa) riduzione della quota contributiva".

Secondo la logica "pagare tutti, pagare meno", infatti, gli importi della contribuzione sono diventati "davvero contenuti ed esigui, e diventano ancora più ridotti grazie alla totale deducibilità fiscale. Ora, con un impegno economico minimale, si potrà accedere a servizi di sempre più rilevante valore".

L'entità del contributo annuale è fissata in relazione all'età anagrafica, con una soglia di reddito al di sotto della quale il contribuente usufruisce di un'ulteriore riduzione. Ma sono all'esame ulteriori riduzioni delle quote per gli specializzandi e i sanitari con redditi bassi.

INTERVISTA A GIOVANNI BISSONI, ASSESSORE ALLA SANITÀ DELL'EMILIA ROMAGNA

“Lo Stato deve finanziare interamente i Lea. Ma intanto occorre chiudere i contratti”

La manovra economica proposta dal Governo per il 2005, secondo Bissoni, contiene “una inaccettabile modifica strutturale al sistema di finanziamento della sanità”, visto che le tasse regionali saranno indispensabili per pagare i Lea. Una scelta che porterebbe immediatamente al taglio dei servizi nelle Regioni del Mezzogiorno e che, oltretutto, viene resa inattuabile dal prolungamento del blocco della fiscalità locale. “Ma non si possono tenere in ostaggio i contratti perché il Fsn è insufficiente” aggiunge Bissoni, augurandosi che possano chiudersi entro la fine dell'anno.

di Eva Antoniotti

Giovanni Bissoni è preoccupato, molto preoccupato per la Finanziaria 2005. Lo preoccupa il fatto che si profili un nuovo sistema, che lasci sulle spalle delle Regioni la responsabilità di reperire i fondi per garantire i Lea, aprendo la strada alla disgregazione del Ssn. “Se per finanziare i Lea diventano strutturali le tasse regionali – spiega Bissoni – è evidente che le differenze tra la capacità fiscale della Lombardia o dell'Emilia Romagna e quella della Sicilia incideranno sui servizi”. Una sorta di federalismo fiscale limitato alla sanità, che potrebbe essere il colpo mortale per il servizio pubblico, quindi.

Se il finanziamento statale per il 2005 arriverà a 90 miliardi di euro, come chiedono le Regioni, si potrebbe parlare invece di un nuovo “anno zero” per i bilanci sanitari?

Occorre fare una premessa importante: le Regioni si sono dette disponibili a ragionare su quella cifra per un accordo provvisorio per il 2005, forme restando che non è sostenibile una proposta che vincoli ad una crescita del 2% annuo per il 2006-2007.

Se la cifra destinata al cosiddetto Fsn fosse quella chiesta dalle Regioni, il 2005 potrebbe essere un anno non disastroso, sempre che si tratti il biennio 2004-2005 insieme, perché in sospeso c'è questa enorme partita degli oneri contrattuali. Se scarichiamo gli oneri contrattuali tutti sul bilancio 2004, allora il 2005, con quella cifra, è un anno su cui si può ragionare. Ma che succede poi quando, a giugno del 2005, presenteremo i disavanzi 2004? È una mina vagante che bisogna affrontare. Abbiamo posto il problema a Siniscalco, chiedendo di tenere un tavolo aperto con il Governo sul tema degli oneri contrattuali. Altrimenti, al di là delle prese di posizione dei presidenti delle Regioni, il sistema crollerà a giugno quando riceveremo i consuntivi delle aziende. La cifra per gli oneri contrattuali, bisogna ricordare, è in totale una quota tra i 5 e i 6 miliardi di euro a livello nazionale, comprendendo il comparto, la dirigenza medica e la medicina convenzionata.

Per come è congegnata questa Finanziaria, se i bilanci sanitari delle Regioni andranno in rosso, saranno le Regioni stesse a dover reperire i soldi per ripianare i disavanzi.

Questo è il punto che le Regioni non accettano. La Finanziaria prevede un patto con le Regioni, ma quel patto non può essere sottoscritto se non vengono prima affrontati complessivamente i problemi finanziari. Così come propone il Governo i Lea non sono più finanziati interamente dal Fsn, ma parte dal Fsn e parte dalle Regioni. Le Regioni, a questo punto, si troverebbero a pagare non solo per compensare le proprie inefficienze o per allargare i Lea, ma il loro intervento di-

venterebbe una parte strutturale del finanziamento del sistema. Questa è una modifica strutturale al sistema di finanziamento della sanità, a mio avviso profondamente negativa perché in questo modo peserà molto la diversa capacità fiscale delle Regioni. Se per finanziare i Lea diventano strutturali le tasse regionali, è evidente che le differenze tra la capacità fiscale della Lombardia o dell'Emilia Romagna e quella della Sicilia incideranno sui servizi.

Questo vorrà dire che i Lea stessi saranno diversi?

A lungo andare è evidente che le diverse capacità fiscali delle Regioni non possono garantire gli stessi livelli essenziali di assistenza.

Se questo è l'obiettivo del Governo, secondo lei perché si è deciso poi di reintrodurre il blocco della fiscalità locale, non previsto nella prima stesura della manovra?

Credo che sia stato reintrodotta per rispondere alle proteste, anche interne alla maggioranza visto che la scadenza elettorale regionale è ormai imminente, di chi accusava l'Esecutivo di tagliare le tasse nazionali obbligando le realtà locali e regionali a reintrodurle. Ma il risultato potrebbe essere anche il tracollo del Ssn. Se si bloccano le tasse regionali in presenza di una sottostima del Fsn, si assisterà al tracollo del Ssn. Se si lasciano le tasse regionali si introduce una grave disparità territoriale, anche tenendo che alcune Regioni – tra cui Veneto, Piemonte, Lombardia e Marche – continuano a poter usare la leva fiscale, perché l'avevano già introdotta.

Così come stanno le cose si apre una contraddizione irrisolvibile. Puntare alla fiscalità regionale come sistema strutturale del finanziamento del sistema comporta una grande sperequazione tra le diverse aree del Paese ma, comunque, non si capisce come questo sia applicabile in presenza del blocco delle imposizioni fiscali regionali che è previsto dalla Finanziaria.

Queste difficoltà incidono sulla possibilità di chiudere le trattative per il rinnovo del Contratto e delle Convenzioni mediche?

Per come il Comitato di settore ha impostato il confronto al tavolo contrattuale, direi che sono due cose distinte. Le Regioni hanno sempre sostenuto che non si possono addebitare ai lavoratori le carenze e le insufficienze del Fsn, quindi il contratto va chiuso anche se, e questo lo sappiamo, questo farà aumentare il disavanzo del Fsn. Ma certo non si possono tenere in ostaggio i contratti perché il Fsn è insufficiente.

Che tempi prevede?

Penso che ci siano le condizioni per chiudere entro l'anno. È doveroso chiudere i contratti, anche perché pro-

lungare così a lungo la scadenza, non può non incidere profondamente sul rapporto tra lavoratori, organizzazione e servizi, perché non dà certezza rispetto al futuro, mette in discussione i diritti. Secondo me, il Ssn ha bisogno di tutto tranne che di introdurre anche tensioni nel rapporto con i lavoratori, quindi quel contratto va chiuso. Peraltro, dopo l'apertura, anche da parte del Comitato di settore, sulla questione di revisione del tabellare, mi sembra che Aran e sindacati abbiano tutti gli elementi per stringere ed entrare nella tornata finale. **Ammesso che si chiuda la trattativa nazionale, si dovrà poi passare alla trattativa decentrata. Come può essere utilizzata senza correre il rischio che si frantumi la realtà nazionale?**

Per quanto riguarda la dirigenza, direi che rischi non ce ne sono perché il contratto che noi facciamo è molto simile ai contratti pre-Titolo V: non abbiamo introdotto grandi spazi di flessibilità e anzi abbiamo evitato che ci sia un terzo livello contrattuale, quello regionale, e quindi il contratto resta articolato in contratto nazionale e tavolo aziendale. Per quanto riguarda la convenzionata, invece, i tempi lunghi sono stati determinati anche dall'esigenza non di rinunciare alla convenzione nazionale e di avere uno spazio significativo per le Regioni che però non è motivato tanto dal Titolo V, quanto piuttosto dal fatto che l'organizzazione dei servizi sanitari regionali trova proprio sul territorio uno degli elementi di massima differenziazione. Insomma, i distretti dell'Emilia Romagna e del Lazio non sono la stessa cosa e poiché si parla di una forte integrazione del medico di medicina generale nell'ambito dei servizi territoriali, è evidente che bisogna tenere conto di queste differenze.

Questo vuol dire che sull'assistenza territoriale i cittadini potrebbero riscontrare differenze di servizi più forti?

La differenza è organizzativa, perché i Lea sono gli stessi per tutti anche sul territorio. Ma che cosa è il distretto e come i medici di medicina generale si integrano nel distretto dipende dall'organizzazione distrettuale: noi, ad esempio, ci siamo dati il sistema dei Nuclei della cure primarie, integrati con il Dipartimento delle cure primarie, ma altre Regioni si sono dati altri sistemi organizzativi. Ma i livelli essenziali dei servizi sono uguali per tutti.

Che ulteriori passaggi prevede per la Finanziaria?

Siamo in attesa di un incontro con Siniscalco, ma gli articoli che appaiono sulla stampa quotidianamente fanno pensare che la situazione sia ancora più difficile di quella dell'ultimo incontro di un mese fa.

RIFLESSIONI SUL MODELLO ORGANIZZATIVO SANITARIO TOSCANO

Come coniugare governo clinico e decentramento amministrativo

La Toscana ha compiuto scelte organizzative fortemente innovative, disegnando un "patto per la salute" destinato a promuovere qualità, efficacia e appropriatezza. Una sfida alla quale l'Anao Assomed sente di dover partecipare

di Carlo Palermo*

In una bella intervista a *Dirigenza Medica* (n° 4, 2004), Ivan Cavicchi affermava la necessità di distinguere con grande nettezza la devoluzione dal federalismo: "La devoluzione è un'idea banale di trasferimento di poteri dal centro alle istituzioni periferiche. Il federalismo è una dottrina sociale che ha come suo caposaldo il valore della comunità. Mentre la devoluzione si limita a togliere poteri alle istituzioni centrali per darli a quelle periferiche, nel federalismo si tolgono poteri al centro, si danno alla periferia perché questa li ridistribuisca nella comunità. Questo vuol dire partecipazione, codecisione, condivisione degli obiettivi e ruolo decisionale degli operatori".

Caratteristica fondamentale del processo di decentramento sanitario è la sussidiarietà: lo Stato deve intervenire nell'organizzazione solo quando il singolo cittadino, o con un processo successivo di deleghe, il comune, la città metropolitana, la provincia o la regione, non sono in grado di svolgere quella determinata funzione (Art. 118 della Costituzione). La sussidiarietà implica pertanto lo sviluppo di forme ed ambiti per il governo e la gestione dei servizi vicini ai luoghi della cittadinanza e della formazione dei bisogni. Un reale decentramento potrebbe quindi portare ad indubbi vantaggi, come la maggiore responsabilizzazione degli erogatori di spesa, che vengono a coincidere con la fonte che finanzia il servizio, e l'utile vicinanza dei cittadini alle istituzioni responsabili della sanità, che favorirebbe i meccanismi di migliore rappresentazione dei bisogni sanitari ed anche di controllo democratico.

In campo sanitario è necessario individuare ambiti territoriali nei quali i problemi siano rilevanti (sotto il profilo dell'incidenza epidemiologica, amministrativa ecc.) e le soluzioni organizzative pertinenti (sotto il profilo dei costi e dell'efficacia). Per il governo della domanda sanitaria è necessario di conseguenza sviluppare una logica di ampia collaborazione tra i diversi livelli di gestione sia in senso orizzontale che verticale, dagli ambiti più circoscritti verso quelli più ampi, declinando la sussidiarietà come integrazione tra livelli successivi di governo.

In sintesi a livello locale è utile sviluppare l'asse orizzontale della sussidiarietà privilegiando il coinvolgimento dei cittadini e delle loro aggregazioni profit e non-profit (volontariato, terzo settore) nella gestione ed erogazione dei servizi, fuggendo da logiche di mercato e ponendo in ogni caso l'attenzione sulla domanda piuttosto che sull'offerta. Nel contempo è necessario sviluppare l'asse verticale, che renda disponibili ranghi più elevati di governo rispetto a quelli locali per favorire un'appropriata convergenza tra le esigenze della domanda e quelle dell'offerta. Si pensi ai problemi dell'alta specialità in ambito ospedaliero e alla necessità di non duplicare inutilmente, in un contesto di risorse finite, centri che hanno costi rilevanti di gestione e che in ogni caso richiedono di svolgere adeguati volumi prestazionali per garantire qualità e buoni outcome clinici.

IL PIANO SANITARIO 2002/2004 DELLA REGIONE TOSCANA

Con il Piano Sanitario Regionale 2002/2004 la Toscana ha sviluppato l'asse orizzontale della sussidiarietà con le Società della Salute (SdS) e l'asse verticale con l'Area Vasta e i Consorzi di Area Vasta. Con la proposta di revisione della Legge Regionale 22, "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale", e con il nuovo Piano sanitario regionale 2005/2007, appena approvati dalla Giunta e passati al Consiglio Regionale per la discussione e la successiva definitiva approvazione, la svolta compiuta viene stabilizzata e i contenuti fortemente innovativi sostanzialmente confermati. Vediamo in sintesi le caratteristiche salienti di questa innovazione organizzativa.

Innanzitutto, attraverso la costituzione delle SdS, è riconosciuto un nuovo ruolo alle Autonomie locali nel governo delle politiche sanitarie e socio-sanitarie delle articola-

zioni territoriali della Toscana (zona-distretto). In concreto la Regione ha scelto di delegare la gestione della parte non ospedaliera della sanità, che rappresenta più di metà del proprio bilancio sanitario (circa il 52%), a società in cui saranno rappresentate non solo le Aziende Usl, ma anche i Comuni e le parti sociali, come associazioni, privato imprenditoriale e privato non profit. La sperimentazione delle SdS è prevista in 18 zone-distretto, su 34, della Toscana e i risultati saranno valutati fra tre anni (l'inizio è previsto entro il 2005, la verifica entro il 2007). Questa sperimentazione poggia su quattro pilastri fondamentali:

1. coinvolgimento della comunità locale, intesa come Comune e articolazioni della società civile, che diventa protagonista della salute e del benessere sociale. Il Comune non assume solo una funzione di programmazione e controllo ma diventa anche gestore insieme all'Azienda Usl dei servizi socio-sanitari territoriali, con lo scopo di arrivare ad una compiuta integrazione sociale e sanitaria, promuovendo anche l'integrazione tra tutela dell'ambiente e tutela della salute. L'attività delle SdS sarà impostata utilizzando lo strumento dei Piani Integrati di Salute.

2. Sviluppo e valorizzazione dell'imprenditorialità no profit. Vi è nella sperimentazione una scelta politica fondamentale verso quelle energie positive presenti nella società civile, ed in particolare nel mondo del volontariato e nel cosiddetto terzo settore, che vengono coinvolte nel processo gestionale pubblico, con l'obiettivo di arricchire il sistema locale della salute in un quadro di qualità e di permettere l'ampliamento delle potenzialità di offerta per settori assistenziali attualmente carenti o non previsti.

3. Controllo dei costi. Le SdS sono finanziate dalle Aziende Usl con parte della quota capitolaria, corrispondente ai servizi definiti nei contratti d'erogazione, e dai Comuni con i fondi corrispondenti ai servizi sociali che si impegnano ad erogare. Le SdS non hanno in ogni caso scopi lucrativi e sono tenute a garantire l'equilibrio economico tra costi e ricavi.

4. Correlazione tra domanda ed offerta di prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche erogate in ambito ospedaliero, la loro quantità e modalità di erogazione è obbligatoriamente concertata dalla SdS con i soggetti erogatori, sulla base dei bisogni e dei volumi attesi. La SdS è tenuta ad attivare accordi bilaterali con i principali ospedali erogatori, in primo luogo con l'ospedale di riferimento della zona - distretto. Per quanto riguarda le prestazioni ospedaliere, le SdS dovranno garantire il rispetto dei volumi di prestazioni definiti dalla programmazione regionale e locale, nell'ambito delle proprie funzioni di controllo della domanda.

L'Azienda Usl assicura la coerenza della programmazione e la continuità assistenziale, nell'ambito dei percorsi assistenziali, fra ospedale e territorio. L'eventuale superamento dei tassi di ospedalizzazione programmati comporta l'analisi e la valutazione delle sue cause al fine di provvedere alla loro rimozione.

In secondo luogo, mediante la realizzazione dei Consorzi di Area Vasta, trasformati nella nuova legge in Enti per i Servizi tecnico-amministrativi di Area Vasta (Estav), viene consolidata la seconda fase del processo di aziendalizzazione. Attraverso l'aggregazione di alcune funzioni non sanitarie, come gestione dei magazzini farmaceutici, gestione del patrimonio, acquisti di beni e servizi, Cup, uffici paghe e contributi, organizzazione della formazione, reclutamento del personale, informatizzazione, si punta a risparmiare circa il 10% delle spese sostenute oggi in questi settori. Le risorse risparmiate dovrebbero essere reinvestite nella prevenzione, nella qualità del sistema e per aumentare i servizi ai cittadini.

Il terzo elemento di novità è quello che interessa più da vicino il mondo ospedaliero: è previsto che la programmazione sanitaria non sia solo regionale e locale, ma che si sviluppi anche una programmazione e una riorganizzazione

La programmazione cooperativa



zioni territoriali della Toscana (zona-distretto). In concreto la Regione ha scelto di delegare la gestione della parte non ospedaliera della sanità, che rappresenta più di metà del proprio bilancio sanitario (circa il 52%), a società in cui saranno rappresentate non solo le Aziende Usl, ma anche i Comuni e le parti sociali, come associazioni, privato imprenditoriale e privato non profit. La sperimentazione delle SdS è prevista in 18 zone-distretto, su 34, della Toscana e i risultati saranno valutati fra tre anni (l'inizio è previsto entro il 2005, la verifica entro il 2007). Questa sperimentazione poggia su quattro pilastri fondamentali:

1. coinvolgimento della comunità locale, intesa come Comune e articolazioni della società civile, che diventa protagonista della salute e del benessere sociale. Il Comune

dei servizi orientata alle cosiddette Aree Vaste. La Toscana, infatti, è stata divisa in tre macroaree interprovinciali, incentrate sulle tre Aziende ospedaliero-universitarie, Firenze, Pisa e Siena. In base ai dati d'attività, in quest'ambito territoriale trova soddisfazione il 90-95% delle richieste di prestazioni sanitarie dei cittadini residenti. Per questo motivo l'Area Vasta è stata individuata come il livello ottimale per gli interventi strategici. Lo scopo principale è quello di evitare che vi siano sprechi di risorse con duplicazioni o sovrapposizioni d'offerte nello stesso territorio relativamente alle attività ad alto contenuto tecnologico e professionale e ad elevata complessità organizzativa, che richiedono investimenti rilevanti.

LA PROGRAMMAZIONE AFFIDATA AI MEDICI

Il piano sanitario regionale 2002/2004 al punto 2.4.2 individua i settori specialistici in cui dovrà avviarsi la programmazione e la concertazione di Area Vasta: cardiologia e cardiocirurgia, neurologia e neurochirurgia, oncologia, emergenza-urgenza, nefrologia e dialisi, riabilitazione, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, materno-infantile, radiologia e diagnostica per immagini. È anche esplicitato che l'attività di base rimane compito dell'Azienda Usl e che l'Azienda ospedaliero-universitaria tende a costituirsi come polo di riferimento per le attività di alta specializzazione, che integra con le aziende sanitarie locali del bacino di riferimento al fine di assicurare una qualificazione diffusa delle attività e l'avvio di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci (Tabella 1).

TABELLA 1 - AMBITI DI CONCERTAZIONE DI AREA VASTA PREVISTI DAL P.S.R. 2002/2004, PUNTO 2.4.2.

- Attività relative a funzioni operative a carattere regionale nonché il potenziamento di attività che richiedono investimenti rilevanti
- L'attività di base è compito dell'azienda sanitaria; l'intesa interaziendale costituisce obbligo nel caso le attività riguardino l'azienda USL e l'Azienda ospedaliera con bacino d'utenza nello stesso territorio provinciale
- L'azienda ospedaliera tende a costituirsi come polo di riferimento per le attività di alta specializzazione, che integra con le aziende USL del bacino, al fine di assicurare una qualificazione diffusa dell'attività e l'attivazione di percorsi assistenziali appropriati ed efficaci
- Per l'implementazione di procedure innovative e per l'avvio di attività che comportano l'uso di tecnologie nuove ed ad alto costo

Il dato rilevante ed innovativo è che la programmazione nel settore dell'alta specialità è affidata alla componente professionale, attraverso degli organismi denominati Dipartimenti di coordinamento tecnico di Area Vasta. La delibera di costituzione dei Dipartimenti, concertata con le Oo.Ss. mediche, dispone che tali strutture di programmazione siano costruite in modo democratico, tra parti dotate di pari dignità, prevedendo la partecipazione di diritto dei responsabili delle strutture complesse e anche una componente elettiva indicata dai Consigli dei Sanitari delle singole Aziende, meccanismo che garantisce la prevalenza dei dirigenti medici e delle altre figure professionali del Ssr. Alla guida del Dipartimento è posto un Collegio direttivo costituito da 3 Direttori di Struttura complessa del Ssr, da un Ordinario universitario e da un Direttore sanitario. Le funzioni del Dipartimento dovranno essere di programmazione dell'alta specialità nell'Area Vasta e di elaborazione dei criteri di accreditamento delle strutture e di valutazione dei risultati (Tabella 2). Si esclude quindi una formalizzazione gestionale a questo livello, optando per un ruolo alto di "authority", con funzioni di indirizzo organizzativo, professionale, culturale e di governo clinico nel settore dell'alta specialità, che per i costi elevati richiede necessariamente una concertazione nella macroarea interprovinciale.

SEGUIRE IL PROCESSO DI INNOVAZIONE

Un così profondo processo di innovazione organizzativa non può garantire fin dal suo avvio in modo integrale i concreti esiti del cambiamento. È indispensabile pertanto

saper individuare punti critici che necessitano di un attento monitoraggio e puntuale verifica in corso d'opera, per poter mettere in campo interventi correttivi quando necessari. Molto si è discusso in merito a questi argomenti all'interno del mondo sanitario e delle Oo.Ss. mediche della Toscana e le criticità emerse sono le seguenti:

1. Da una programmazione, governo e gestione unica del sistema sanitario, si passa nei fatti ad un sistema basato sulla concertazione tra soggetti diversi sotto il profilo giuridico (SdS e Azienda Usl), anche se fortemente integrati negli organismi di governo e nei processi di programmazione. L'introduzione di logiche di gestione diverse potrebbe determinare una rottura trasversale tra sistema ospedaliero e sistema territoriale. La frammentazione del ciclo assistenziale, in sostanza, potrebbe avere effetti negativi sul "prodotto" salute, in termini di qualità e costi.
2. Lo spostamento dei centri decisionali verso l'Area Vasta rischierebbe di ampliare questa frattura nei processi d'integrazione ospedale/territorio. La difesa dell'integrazione è necessaria per motivi epidemiologici ed assistenziali. Le malattie che dovremo sempre più affrontare in futuro sono quelle degenerative e neoplastiche, malattie croniche che evolvono attraverso fasi successive di riacutizzazione e quiescenza, per la cui gestione ottimale è richiesta la piena integrazione ospedale/territorio. Non possiamo di conseguenza accettare un ospedale concepito come puro "erogatore" di prestazioni, guidato da "luoghi" lontani, perché questo svilisce il suo ruolo sociale di struttura fortemente radicata nel territorio, posta a garanzia del percorso assistenziale e della continuità del trattamento ospedaliero/riabilitativo/territoriale. Come è stato scritto recentemente da Livia Turco e Rosy Bindi: "I nuovi bisogni di salute e sicurezza esigono interventi sanitari e sociali integrati, un approccio globale senza il quale non c'è reale presa in carico della persona".
3. Le SdS si occupano della sanità extraospedaliera, integrando politiche sanitarie territoriali, socio-assistenziali e ambientali. I comuni riacquisiscono un importante ruolo di programmazione e di controllo, ma non sviluppano pienamente il ruolo di programmazione e verifica sulle attività ospedaliere di base (cosiddetto I° e II° livello). È singolare che il Sindaco intervenga nella programmazione e gestione delle politiche socio-sanitarie in ambito territoriale, ma non possa interessarsi compiutamente, per esempio, della verifica di come funziona il Pronto Soccorso del proprio ospedale di zona.
4. Rischiamo di trovarci di fronte ad un trasferimento in ambiti interprovinciali dei problemi non risolti tra mondo ospedaliero e universitario all'interno delle Aziende integrate. Sarebbe imprudente non considerare i dubbi relativi all'eticità dei comportamenti e alla reale adesione a logiche di difesa del Ssr, che recenti indagini giudiziarie hanno sollevato su settori delle Facoltà di Medicina della

TABELLA 2 - FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO DI COORDINAMENTO TECNICO

- Le finalità e gli obiettivi del Dipartimento sono:**
- L'apporto pieno delle strutture operative e delle risorse professionali presenti nelle diverse Aziende dell'Area ai compiti attribuiti dalla normativa vigente alle Aree Vaste
 - L'elaborazione di programmi integrati di attività che si relazionino ai quadri epidemiologici di area ed ai fabbisogni di attività, in particolare relativi all'alta specializzazione, definendo i livelli di offerta di servizi necessari nonché le modalità di gestione integrata dei percorsi assistenziali individuali
- Il Dipartimento ha competenze in merito a:**
- Valutazione epidemiologica dei bisogni del bacino di riferimento
 - Valutazione delle necessità di intervento e formulazione di proposte in merito al dimensionamento dell'offerta pubblica e privata nell'area
 - Predisposizione di percorsi assistenziali integrati che facilitino l'accesso e la fruizione di tali servizi
 - Contestualizzazione di linee guida e protocolli operativi elaborati a livello regionale o prodotti autonomamente
 - Formulazione di proposte su criteri di accreditamento e di valutazione dei risultati
 - Ottimizzazione dell'impiego delle risorse disponibili così come definite dai Comitati di Area Vasta di cui alla DGR 765/02
- Formulazione di proposte e strumenti di verifica circa le modalità di utilizzo del personale delle Aziende in forma integrata in relazione ai percorsi assistenziali attivati, alla dislocazione territoriale dei servizi ed alla tipologia di attività svolta

Sussidiarietà verticale e orizzontale nel modello organizzativo toscano



Toscana.

5. Una gestione ospedaliera centralizzata in ambito di Area Vasta e un'organizzazione gerarchizzata, con al vertice le strutture delle Aziende ospedaliero-universitarie, soffocherebbero quella sana concorrenza orizzontale che le attuali Aziende Usl garantiscono.

In un modello organizzativo di stampo "neocentralistico" e burocratizzato, lo sviluppo di elevate professionalità nella periferia del sistema sarebbe in qualche modo ostacolato, se non bloccato, con rilevanti danni per i pazienti e per la qualità dell'intero Ssr. Infatti, da un lato, si rischia che negli ospedali delle Aziende Usl di vada incontro ad una "colonizzazione" universitaria attraverso il controllo degli incarichi dirigenziali di struttura complessa, dall'altro, si potrebbe avere una limitazione della crescita professionale dei medici ospedalieri "periferici", sostenuta sia da una centralizzazione delle casistiche verso gli "Ospedali d'eccellenza", ben oltre la reale necessità dell'alta specialità, sia da un rallentamento dei processi di trasferimento negli ospedali di zona e provinciali delle nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche, nonostante il tumultuoso sviluppo scientifico renda oggi assolutamente dinamico il concetto di "alta specialità".

6. Gli Estav, centralizzando a livello di Area Vasta alcune funzioni, come l'acquisto di beni e servizi, possono determinare un reale risparmio di scala. Lo scorporo di altre funzioni (informatizzazione, formazione, reclutamento del personale) potrebbe determinare, se non accuratamente calibrato, uno svuotamento delle capacità organizzative autonome delle Aziende sanitarie, con il rischio di verticalizzare e burocratizzare il sistema. Rimane inspiegabile la previsione che le SdS per l'acquisto di beni e servizi non debbano sottostare alle regole degli Estav.

IL CONTROLLO DEMOCRATICO DEL SISTEMA

Se questo processo di riorganizzazione, ancora fluido e incerto negli esiti concreti, necessita di essere prudentemente monitorato e rivisto, se necessario, prioritario rimane comunque l'obiettivo di promuoverne un controllo democratico, sia da parte del mondo professionale sia da parte dei cittadini e dei loro rappresentanti politici, ampliando i livelli di partecipazione e di corresponsabilità decisionale. Vediamo in che modo. È oramai evidente che il cronico sottofinanziamento del Ssn sta lentamente determinando una pericolosa centralizzazione delle politiche sanitarie regionali, finalizzate al "controllo" degli erogatori di spesa. Nel "Rapporto Sanità 2003", edito dalla Fondazione Smith Kline e dedicato al governo dei sistemi sanitari in tempi di devolution, è scritto: "La comunità, in quanto mix tra enti locali e aggregazioni spontanee che interpretano le soggettività del territorio, deve svolgere anche un ruolo nelle scelte di allocazione delle risorse: i criteri di appropriatezza e le indicazioni della medicina basata sull'evidenza sono largamente insufficienti per determinare scelte con forte rilievo sulla qualità di vita del cittadino ed elevato impatto economico. Il coinvolgimento delle comunità locali permette anche di sfuggire a tenta-

zioni programmatiche che troppo spesso rischiano di fallire in quanto viziato dall'errore di voler imporre un "ordine" dove invece la funzione di guida deve limitarsi a "governare il disordine", cioè ad aiutare la crescita di chi localmente esprime idealità, volontà e disponibilità di servizio in ambito sanitario". Nel contesto organizzativo toscano che ho cercato prima di delineare, è il ruolo stesso delle attuali Aziende sanitarie che rischia di essere messo in crisi, sospese come sono tra "concentrazione" nell'Area Vasta e "frantumazione" nelle SdS. Forse è utile allora che le Aziende sanitarie diventino strumento delle Autonomie locali. Queste ultime, in particolare i Comuni, dovrebbero assumere il ruolo della committenza, sia all'interno dei processi di programmazione e pianificazione, sia nel corso dei processi di verifica e rettifica dell'organizzazione dei servizi, assumendosi anche l'onere della responsabilizzazione economica quale naturale conseguenza del processo di sussidiarietà. Quindi le Aziende sanitarie dovrebbero diventare lo strumento degli Enti locali, attraverso il quale governare e gestire i processi economici di produzione e consumo per il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione di riferimento, nel rispetto delle risorse assegnate, che in ogni caso devono essere adeguate ai Livelli essenziali d'assistenza (Lea). Questo nuovo rapporto istituzionale rafforzerebbe le Aziende sanitarie nello sviluppo delle attività ospedaliere di I° e II° livello legandole alle esigenze della comunità locale e darebbe maggior garanzia nei processi d'integrazione socio-sanitaria e tra territorio e ospedale, riportando ad unicità i processi di programmazione, governo e gestione sanitaria, oltre che offrire una maggiore indipendenza rispetto a "poteri forti" che si muovono nel campo sanitario. È ovvio che, per evitare di ripercorrere la strada dei Comitati di gestione, si debba assicurare alle Aziende sanitarie la più ampia autonomia gestionale ed organizzativa senza la quale è impossibile perseguire efficienza ed adattamento a realtà assai complesse ed in continua evoluzione. Si tratterebbe in concreto di affiancare un Consiglio di Amministrazione (CdA) al Direttore generale. Un CdA che non deve interferire nella gestione, ma che assume la funzione di promuovere e vigilare che la gestione dell'Azienda sanitaria affidata al Direttore generale e al suo board tecnico (Collegio di Direzione), corrisponda alla programmazione generale (regionale e di Area Vasta) e locale. Le attività di alta specializzazione (III° livello) è opportuno che siano governate in un ambito interprovinciale di Area Vasta per far meglio corrispondere domanda ed offerta. L'obiettivo dovrà essere quello di creare reti integrate di servizi che devono tendere a combinare le esigenze di facile accessibilità alle strutture sanitarie con la qualità, l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'efficienza. La centralizzazione di alcune funzioni dovrebbe avvenire solo per la reale alta specialità (cardiochirurgia, cardiologia interventistica, neurochirurgia, trapianti, terapie oncologiche avanzate e poco altro). Il modello delle reti integrate prevede che ad una determinata soglia di complessità si trasferisca la

sede dell'assistenza da unità ospedaliere periferiche ad unità centrali di riferimento ad elevata complessità organizzativa (hub). Le unità periferiche (spoke) non vengono espropriate sotto il profilo professionale e culturale in quanto partecipano alla gestione globale del paziente garantendone la selezione, l'invio e la ripresa in carico. Siamo di fronte quindi ad un'organizzazione complessa, sviluppata orizzontalmente, in cui una pluralità di soggetti autonomi, che offrono una gamma di servizi tra loro integrati, si lega attraverso intensi rapporti di collaborazione, al fine di raggiungere determinati obiettivi di salute. La caratteristica principale che contraddistingue un network risiede nella sua capacità di mantenere un elevato grado di autonomia a livello di ciascuna struttura aderente. Il concetto di rete integrata ha una rilevante implicazione di politica sanitaria, in quanto nega la competizione fra singole unità operative della rete e ne richiede la cooperazione, secondo diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito. Il controllo democratico, come disegnato nel modello toscano, favorisce lo sviluppo omogeneo e dinamico della rete, attivando processi di complementarità fra le strutture, per cui un servizio può svolgere il ruolo di *hub* per una determinata patologia e di *spoke* per un'altra, garantendo dimensioni e composizione ottimali delle unità operative, dal punto di vista funzionale ed economico (questo argomento è ampiamente sviluppato nel documento dell'Anmco "Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia", pubblicato nel novembre 2003 su Italian Heart Journal).

PIANO SANITARIO REGIONALE 2005/2007 E GOVERNO CLINICO

Il Psr 2005/2007 e la proposta di revisione della legge 22 affrontano e risolvono finalmente, come richiesto con forza dalle Oo.Ss. mediche, il problema della concreta partecipazione della dirigenza medica ai processi di programmazione e di governo delle Aziende sanitarie. Il Governo Clinico viene posto al centro delle attività aziendali. In proposito il Psr definisce il Governo Clinico, riprendendo la definizione del ministero della Sanità britannico, come "un sistema attraverso il quale medici e amministratori sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi prestati e della creazione di meccanismi atti a garantire elevati standard di assistenza in un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza delle prestazioni e più efficaci approcci alla qualità".

I valori cui si deve ispirare l'azione di Governo Clinico, richiamati nel Psr 2005/2007, sono i seguenti:

- l'appropriatezza complessiva degli interventi sanitari, che integra efficacia, efficienza e opportunità disegnando la componente della qualità assistenziale che fa riferimento a validità tecnico scientifica, accettabilità e pertinenza (rispetto a persone, circostanze e luogo nonché stato attuale delle conoscenze) delle prestazioni sanitarie;
 - l'appropriatezza clinica, che riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario tale che la probabilità del beneficio superi i potenziali rischi;
 - l'appropriatezza organizzativa, che si riferisce al livello di strutturazione organizzativa del sistema tale da renderlo adeguato allo svolgimento di interventi sanitari appropriati in termini di sicurezza del paziente e di economicità nell'uso delle risorse;
 - la qualità gestionale, cioè l'insieme degli strumenti delle tecniche e dei metodi che consentono di orientare tutte le fasi della procedura clinica secondo principi di efficienza e di razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse impiegate;
 - la qualità professionale, definita in termini di risposta efficace ai bisogni nonché di selezione e successiva adozione delle tecniche strumentali e cliniche e delle procedure diagnostiche e curative che i professionisti sanitari considerano le più idonee a far fronte a quei bisogni ottenendo il miglior risultato per il paziente.
- Sul versante delle strutture organizzative il Governo Clinico è articolato su due livelli, regionale e aziendale. A livello regionale funzionano: il Consiglio Sanita-

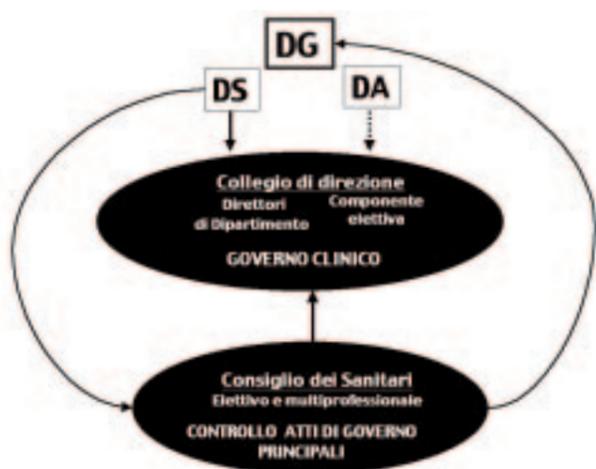
rio, eletto attraverso gli Ordini dei Medici e altri Collegi professionali, che esprime pareri sugli atti di governo regionale aventi contenuti tecnico-professionali; la Commissione Formazione, con compiti analoghi a quella nazionale; la Commissione per il Risk Management; l'Istituto Regionale dei Tumori, che coordina ed indirizza il lavoro di tutte le strutture oncologiche della Regione; il Centro Sangue; l'Organizzazione Toscana Trapianti; la Commissione Terapeutica Regionale, con compiti simili a quella della Cuf. A livello delle Aziende sanitarie si allarga la partecipazione dei dirigenti medici e delle altre professionalità alla conduzione aziendale con la previsione di organismi con funzioni consultive del Governo Clinico. Il Consiglio dei Sanitari diventa un organismo totalmente elettivo, a maggioranza medica, sede di confronto multiprofessionale e di controllo dei principali atti aziendali. Il Consiglio dovrà esprimere un parere obbligatorio sugli atti di programmazione locale e ospedaliera (Piani Attuativi), sulla relazione sanitaria aziendale, che rappresenta lo strumento di valutazione e di monitoraggio dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale, sullo statuto aziendale, nonché sulle materie individuate dallo statuto aziendale che rivestano caratteristiche di particolare rilevanza rispetto all'organizzazione e al funzionamento dei servizi. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Consiglio dei Sanitari. Il Consiglio dei Sanitari indica inoltre la componente elettiva dei Dipartimenti di coordinamento tecnico di Area Vasta e quella nel Collegio di Direzione. Il Collegio di Direzione diventa un organo di cui la direzione aziendale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali, concorre inoltre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. I sindacati medici hanno ottenuto la partecipazione, accanto ai componenti di diritto (Direttori di dipartimento), di una quota elettiva espressa attraverso il Consiglio dei Sanitari. Nelle Aziende ospedaliere-universitarie, dove in ogni caso dovrà essere garantita la parità tra la parte ospedaliera e quella universitaria, la quota elettiva sarà intorno al 30-35% dei componenti del Collegio di Direzione. Per quanto di mia conoscenza, è la prima volta che in Italia si prevede una quota elettiva nel Collegio di Direzione. Lo stesso disegno di legge del ministro Sirchia sulla "Clinical governance", strombazzato in dichiarazioni stampa come l'atto che finalmente libererà i medici ospedalieri dal "giogo" delle direzioni aziendali, prevede solo la presenza dei Direttori di dipartimento, escludendo la rappresentanza del resto del mondo professionale medico. Se correliamo ciò con la proposta di modifica dell'età di pensionamento (70 anni per gli ospedalieri, 72 per gli universitari), nelle Aziende sanitarie si rischia di passare da una monarchia assoluta ad una gerontocrazia oligarchica.

CONCLUSIONI

Nel panorama sanitario italiano, la Toscana si caratterizza per scelte organizzative fortemente innovative e dinamiche, ispirate a valori di universalità, equità, partecipazione e sostenibilità economica. All'interno di un sistema complesso di programmazione "cooperativa", di strutture organizzative articolate in Aree Vaste, Aziende sanitarie e Società della Salute, si cerca di affermare un patto per la salute che persegua logiche di qualità, efficacia e appropriatezza. La sfida è stata raccolta dalle Oo.Ss. mediche e dall'Anaa Assomed in particolare. La centralità del Governo Clinico e la crescita dei livelli di partecipazione dei medici pubblici alla programmazione e al governo dell'intero sistema rappresentano un successo perseguito con tenacia. Rimane ancora aperto il grande tema della separazione gestionale tra rete ospedaliera e attività socio-sanitarie del territorio.

*Segretario Anaa Assomed Toscana

Livelli di partecipazione dei Dirigenti medici al Governo Clinico e alla gestione aziendale



LA SANITÀ NEL PIEMONTE

Piemonte

In attesa di un nuovo Piano sanitario regionale

UNA RETE OSPEDALIERA DI VECCHIA CONCEZIONE, PROBLEMI ECONOMICI, CIRCA 10 MILA POSTI LETTO TAGLIATI IN SETTE ANNI, UN CAMBIO IN CORSA DELL'ASSESSORE ALLA SANITÀ, LA CRISI DELL'OSPEDALE MAURIZIANO E DI QUELLO VALDESE E IL PIANO SANITARIO REGIONALE CHE CONTINUA A MANCARE

di Stefano Simoni

Non è certo rosea la situazione della sanità piemontese, impegnata nello sforzo di riprendersi dai pesanti problemi che l'hanno investita negli ultimi due anni. L'elemento più critico è la mancanza di programmazione, in questo senso l'ultimo Piano regionale sanitario risale al 1997. Il 2002 sembrava l'anno buono per l'emanazione del nuovo Psr datato 2003-2005. Ma la cronaca ha avuto il sopravvento e così nel dicembre del 2003 l'assessore Antonio D'Ambrosio è stato sostituito da Valter Galante e ciò ha determinato un ulteriore slittamento dei tempi. A questo punto, realisticamente, il Piemonte per avere un documento di programmazione pluriennale dovrà aspettare la prossima tornata elettorale che si svolgerà in primavera. Occorre partire da queste vicende per raccontare la situazione piemontese. Nella gestione organizzativa della Sanità piemontese resta centrale il ruolo della sanità pubblica, almeno nelle dichiarazioni del Presidente della Regione, Enzo Ghigo che in merito ha dichiarato: "Non ho nulla in contrario a sviluppare il settore privato, ma ben inteso questo non deve essere fatto a scapito del pubblico: fino a quando sarò presidente la Sanità piemontese sarà principalmente pubblica". "Si deve sempre tenere presente - ha dichiarato ancora Ghigo - l'interesse di due soggetti: i cittadini e le strutture ospedaliere pubbliche. Le strutture private devono rendersi disponibili alle necessità di programmazione del settore pubblico".

AZIENDE SANITARIE LOCALI

Le Aziende sanitarie locali piemontesi si articolano in 66 distretti sanitari, le cui sedi sono nella maggior parte dei casi coincidenti con le sedi delle preesistenti Unità socio-sanitarie locali. Fanno eccezione le Asl 6, 19, 21 e 22, dove i territori dei distretti sono inferiori a quelli delle ex Usl e le Asl 9 e 17, dove invece i distretti hanno ambiti territoriali più estesi rispetto alle ex Ussl. I distretti, subentrando nella maggior parte dei casi negli ambiti territoriali delle ex Ussl, hanno mantenuto un'articolazione logistica diffusa sul territorio, con sedi sub-distrettuali e sportelli per i cittadini dislocati nei Comuni già sedi di distretto prima della riforma del 1995.

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'8 luglio del 2002 vennero istituiti con delibera della Giunta regionale i "quadranti", ovvero aree vaste all'interno delle quali si sarebbero dovute sviluppare le sinergie tra le Asl. Sotto questo profilo le conferenze di quartiere prevedono la partecipazione delle rappresentanze istituzionali dei cittadini: i presidenti delle conferenze dei Sindaci, il presidente della provincia e le organizzazioni sindacali. A due anni di distanza dall'emanazione del provvedimento, il coordinamento tra le Asl è risultato essere debole dal punto di vista organizzativo e non ha prodotto i risultati sperati.

OSPEDALI

Gli ospedali sono quelli che hanno maggiormente accusato la crisi che ha investito la Regione, in particolare

il pronto soccorso hanno vissuto condizioni difficili. Secondo la denuncia presentata dal gruppo dei Ds in Consiglio comunale, si sono vissute situazioni di sovraffollamento con malati lasciati per intere giornate in barella. All'origine del problema sarebbe la riorganizzazione ospedaliera portata a termine attraverso pesanti tagli nei posti letto voluti dai vertici della Regione. A queste difficoltà vanno aggiunte quelle di natura economica dell'ospedale Mauriziano e degli ospedali valdesi. Nonostante questi problemi che rendono difficile lo svolgimento della professione medica, in un'ideale classifica fra le Regioni italiane sugli 'indici di performance sanitaria' (presentata la scorsa primavera dal Censis su dati di Istat, ministero della Salute e Regioni) il Piemonte si è classificato al terzo posto dopo Friuli Venezia Giulia e Lombardia con risultati analoghi anche per quanto concerne la prevenzione. Un recente provvedimento presentato dal presidente Ghigo la scorsa estate ha cercato di contrastare il problema delle liste d'attesa per accedere alle Case di cura. A questo proposito, 20 milioni di euro sono stati assegnati alle Asl e agli enti gestori dei servizi socio-assistenziali per predisporre progetti individuali allo scopo di privilegiare il mantenimento dell'an-

ziano non autosufficiente nella sua abitazione. Sempre sul fronte delle iniziative è da segnalare l'abolizione dei ticket per gli over 65 con basso reddito e per l'accesso ai Pronto soccorso per gli ospedali torinesi. "L'abolizione del ticket - ha spiegato l'assessore alla sanità, Valter Galante - è consentita da una sempre migliore applicazione del triage, oggi attivo nell'86% dei Dea e del pronto soccorso del Piemonte, percentuale che ci colloca al primo posto in Italia. Fra il 2002 e il 2003 il triage ha permesso di dimezzare i passaggi impropri, che si ritiene si possano azzerare nel 2005".

Piemonte

Popolazione: 4.291.000

Aziende Usl: 22

Aziende Ospedaliere: 7

Medici dipendenti: 8.898 circa

Medici di base e Pls: 4.350 circa

Intanto arriva il riordino del Ssr

Assessore Galante, l'ultimo Piano regionale in Piemonte è stato votato nel 1997. Pensa che si arriverà ad avere un nuovo Piano sanitario regionale adeguato alla situazione attuale?

L'Assessorato è da tempo impegnato alla predisposizione di una legge di Piano sanitario; quello che si sta cercando di fare è però cambiare il modello. Non vogliamo più una legge fatta di 247 pagine, com'è l'attuale, dove il confine tra le disposizioni precettive e quelle di indirizzo è estremamente labile. In legge deve andare quello che è necessario, cioè gli indirizzi e i principi. Con le altre forme amministrative e con l'intervento e la collaborazione del Consiglio regionale, delle Autonomie locali e degli organismi rappresentativi, devono essere realizzate le parti operative attraverso gli opportuni strumenti di governo. Una programmazione sanitaria derivante principalmente da una legge pone numerosi vincoli statici e l'iter amministrativo per il suo raggiungimento e la sua stesura è estremamente laborioso, si potrebbe dire che quasi sempre "nasce vecchio". Lo sforzo della nuova legge di piano deve, invece, essere quello di determinare basi di azione che siano durature.

Nella competente commissione regionale è già stata presentata una "legge di riordino" del Ssr, che oltre a ridisegnare gli assetti istituzionali delle aziende regionali contiene anche gli elementi strategici per indirizzare i conte-

nuti dei successivi documenti di Piano sanitario. I tempi di approvazione in Consiglio sono molto stretti, in ogni caso il suo dispositivo dovrebbe risultare utile alla prossima legislatura.

Non c'è il rischio che i tagli di posti letto nelle strutture pubbliche, realizzati in una situazione programmatica non ancora del tutto definita, avvantaggino le strutture private?

Stiamo operando scelte precise anche in periodi di ristrettezze, s'investe per creare una rete nuova e per dare nuove risposte cliniche ai cittadini. Per gli ospedali si faranno modelli organizzativi basati sui dipartimenti e sulla complessità delle prestazioni. È in quest'ottica che nasceranno le Molinette 2, l'ospedale unico del Canavese, quello di Novara, quello unico Novi-Tortona, quello di Alba-Bra e, prossimo all'avviamento, quello di Asti. Siamo una delle Regioni più avanti nella realizzazione di strutture ex articolo 20: abbiamo investito un miliardo di euro, circa la metà del valore patrimoniale di ciò che possediamo. Recentemente abbiamo anche approvato lo stanziamento di 38 milioni di euro per dotazioni e lavori in dieci aziende sanitarie. Con il privato accreditato poniamo vincoli di programmazione: accordi con un budget a tetto e verifiche della "produzione", concordata di volta in volta all'interno dei quadranti.

Mancano i soldi e la programmazione

Dottor Cavallero, poco meno di due anni fa la fotografia della sanità in Piemonte era più o meno questa: assenza di Piano sanitario regionale, conti abbastanza in ordine e un'operazione di riassetto ospedaliero in corso. Oggi qual è la situazione?

I problemi economici cominciano ad essere pesanti, sono stati tagliati molti posti letto (circa 10 mila in sette anni) e il piano sanitario continua a mancare. L'ultimo è del 1997 e questo è dovuto al fatto che in Regione ci sono stati diversi problemi, di varia natura, che hanno fatto sì che si determinasse questa situazione.

In Piemonte non possiamo più andare avanti senza una chiara progettazione. Le criticità restano le stesse, continua a mancare un patto per la salute in grado di coinvolgere operatori e comunità locali. Inoltre, mentre nel pubblico sono stati tagliati molti posti letto, senza una contropartita adeguata, nel privato la situazione è rimasta pressoché invariata.

A fronte di questi tagli sul versante ospedaliero c'era quantomeno da aspettarsi un potenziamento della medicina del territorio. È stato fatto?

L'incremento del territorio è stato minimo e in definitiva sono emersi problemi anche in questo settore per il mantenimento di un buon livello di sanità. La mancanza di programmazione, assunta come scelta ideologica, fa sì che l'atteggiamento della Regione sia tale per cui si decide di volta in volta, anzi, spesso ci viene detto che la programmazione "è un vecchio vizio centralista". Noi invece, come Anaa Assomed e come professionisti, preferiremmo avere una programmazione, delle regole chiare per poterci muovere in maniera coerente e consapevole nel medio e lungo periodo. Sappiamo benissimo che la sanità è destinata ad essere sconvolta periodicamente, non c'è mai nulla di definitivo, però stiamo vivendo troppo in una condizione di precarietà che non favorisce l'espressione della professione.

In questo arco di tempo la sanità del Piemonte, per le note vicende, ha subito un passaggio di consegne, dal-

l'assessore D'Ambrosio all'attuale assessore Galante. Quali sono i rapporti che intercorrono tra voi e la controparte politica?

È giusto dare atto all'assessorato di una apertura e disponibilità al colloquio nei nostri confronti. Un esempio su tutti: l'approvazione di una legge regionale sulle assicurazioni in base al quale si stabilisce un principio importante: la non rivalsa, in caso di colpa. Grazie a questo provvedimento, che tenta di mettere ordine in un settore importante e drammatico, il Piemonte diventa la prima Regione in Italia che assume una posizione chiara, tale da consentire agli operatori di lavorare con una certa serenità e tranquillità. È anche vero, però, che se a livello di principio è stato fatto un enorme passo in avanti a livello attuativo bisogna fare quasi tutto. Infatti, il regolamento di questa legge, che risale al marzo 2004, non è stato ancora emanato.

A livello nazionale le organizzazioni di categoria stanno per arrivare alla stretta contrattuale. Come affronterete il livello regionale di contrattazione che sta acquistando sempre maggior peso?

Noi abbiamo ancora un accordo positivo sulle risorse aggiuntive regionali.

La contrattualistica va avanti, c'è questa legge, a cui accennavo prima, sulle assicurazioni. La crisi dell'assessorato ha fatto sì che siamo di fronte ad una macchina che non funziona al meglio e non riesce a dar corpo alle piccole cose interessanti che sono state fatte. Per rispondere alla sua domanda, in questo momento il nostro problema è più di natura professionale.

Quali sono i vostri problemi di natura professionale?

Noi vorremmo avere delle garanzie precise sulla qualità. Se manca un piano generale e se non c'è un patto fra gli operatori delle comunità locali e in più si assiste ad una continua ristrutturazione, lei capisce bene che lavorare diventa quasi un'impresa. Se non c'è una mission globale, dei parametri delimitatori condivisi sia finanziari che economici, si continua ad andare avanti con crisi periodiche. È un po' come vivere alla giornata. Noi, per il nostro

lavoro quotidiano, dobbiamo avere delle garanzie che poi a nostra volta dobbiamo dare al cittadino, utente e paziente. Garanzie per programmare il proprio futuro e le proprie legittime aspirazioni.

Tra le iniziative di maggior spicco della regione emergono: l'abolizione del ticket per gli over 65 a basso reddito; l'abolizione sempre del ticket al pronto soccorso e il tentativo di ridurre le liste d'attesa. Quale la sua opinione in proposito?

Non mi risulta un diffuso miglioramento significativo sotto il profilo delle liste d'attesa. Certo parzialmente il ticket è stato ridotto, ma è anche vero che il Piemonte è ai livelli più alti di tassazione sia per quanto riguarda l'addizionale Irpef che la contribuzione del cittadino. Diciamo che un passo in avanti è stato fatto, ma altri problemi come quelli degli ospedali locali: il Mauriziano in crisi, gli ospedali valdesi che sono di fatto falliti e la mancanza di un protocollo d'intesa tra Università e Regione, hanno fatto sì che i risultati non siano esaltanti.

Per concludere, nonostante la nuova Giunta, il percorso per una maggiore efficienza è dunque ancora lungo.

Direi di sì. I problemi sono tanti. Principalmente la rete ospedaliera è vecchia, fatta quando il tasso di ospedalità era di 6 letti ogni 100 mila abitanti. I tagli non sono stati concordati al punto da sembrare quasi estemporanei. Non ci sono stati accorpamenti di Asl, ma al tempo stesso è stato istituito un coordinamento tra Asl limitrofe che è debole da un punto di vista organizzativo.

Quello che mancano sono le grandi idee. Credo che dovremo attendere i nuovi assetti politici, dopo le regionali, per avere un modello di sanità su cui discutere a livello globale. Chiunque vinca le prossime elezioni dovrà affrontare i problemi di questa sanità e dell'organizzazione della rete con gli operatori, con i cittadini e con le comunità locali. Quella piemontese è una realtà complessa, frammentata che, per estensione, rappresenta il secondo territorio nazionale.

INTERVISTA A VALTER GALANTE ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE PIEMONTE

A fronte di questi tagli sul versante ospedaliero la medicina del territorio è stata potenziata?

È stata potenziata l'assistenza domiciliare, che nel 2003 è cresciuta dell'11%. I posti nei centri diurni per anziani sono cresciuti dai 141 del 1999 ai 279 del 2003. Cresciute anche semiresidenzialità e residenzialità per i disabili. La prima è passata da 2.917 del 1999 ai 3.396 casi dello scorso anno; la seconda, nello stesso periodo, dai 1.560 ai 2.157 casi. Tutto questo tenendo conto dell'aumento enorme di richieste per le cure domiciliari che, sempre nel periodo 1999-2003, sono passate dalle 16.768 alle attuali 69 mila (+297%).

L'aumentato servizio di cure domiciliari ha prodotto, nello stesso arco temporale, una riduzione del 15,1% dei ricoveri ordinari. E intanto il day hospital ha fatto registrare un aumento del 109,5%. Le prestazioni ambulatoriali sono aumentate del 19,7% e nei centri diurni per anziani i posti sono cresciuti del 58,5%.

Qual è la situazione dei conti della sanità piemontese?

La nostra Regione è tra quelle con la più alta percentuale di popolazione anziana, uno dei parametri che determinano l'aumento della spesa sanitaria. Se andiamo ad analizzare i costi pro capite, vediamo che il Piemonte ha incrementato questa spesa, che nel 2000 ammontava a 1.299 euro, ed è salita nel 2003 a 1.431, a fronte di una spesa lombarda di 1.411, di 1.446 del Veneto, di 1.531 dell'Emilia, di 1.440 del Lazio, mentre la media nazionale è di 1.402.

Il Piemonte ha intrapreso due iniziative sul fronte del-

l'esonazione del ticket. La prima: per chi ha di 65 anni ed è a basso reddito, la seconda più recente: ai pronto soccorso degli ospedali non si dovrà più pagare il ticket. Che risultati stanno dando queste iniziative?

Nei casi dell'estensione dell'esonazione del ticket per i farmaci a cittadini ultra 65enni con basso reddito, i monitoraggi effettuati non hanno fornito dati di rilievo. Inoltre, la Regione è in procinto di ristrutturare l'intero sistema della compartecipazione alla spesa farmaceutica, modulando sulla effettiva sostenibilità economica delle famiglie, eventualmente utilizzando lo strumento dell'ISEE.

Per quel che concerne il ticket del pronto soccorso, al momento non si incrementano aumenti di flusso, né significative difficoltà da parte delle strutture di attivare percorsi ambulatoriali urgenti in appoggio alle visite di PS. Si sta lavorando essenzialmente su due fronti: uno interno agli ospedali con l'emanazione di linee guida per il triage, ai quali si affiancano percorsi ambulatoriali, l'altro, sul territorio attraverso il controllo delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche, anche al fine di evitare il ricorso improprio agli ambulatori.

La Regione ha stanziato 20 milioni di euro che saranno assegnati alle Asl e agli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, per predisporre progetti individuali che privilegino il mantenimento dell'anziano non autosufficiente nella sua abitazione. State ottenendo i risultati sperati?

Abbiamo recentemente presentato il monitoraggio su co-

me sono stati distribuiti i 20 milioni euro, deliberati nello scorso mese di agosto e finalizzati a fornire risposte agli anziani non autosufficienti, valutati ed inseriti nelle liste d'attesa dall'Unità di Valutazione Geriatrica di ogni Asl, intervenendo innanzitutto nei confronti di quei soggetti presenti nelle liste d'attesa al 31 dicembre 2003.

Sulla base della prima rilevazione effettuata congiuntamente dalle Asl e dagli Enti gestori è emerso che, rispetto ai 6 mila 878 soggetti presenti in lista d'attesa al 31 dicembre 2003, 1.132 anziani sono già stati inseriti in Rsa o Raf con i normali fondi a budget, mentre nei confronti di 894 anziani sono stati attivati, sempre con normali risorse di bilancio, interventi non di tipo residenziale, quali, ad esempio, lungoassistenza, interventi economici, letti di sollievo, semiresidenzialità.

Per altre 1.165 persone anziane sono intervenute circostanze (decesso, trasferimento etc.) che, comunque, hanno comportato la cancellazione dalla lista d'attesa. Risulta quindi che al 20 agosto 2004 rimanevano ancora 3.687 anziani non autosufficienti, già presenti nelle liste d'attesa al 31 dicembre 2003, a cui non era stata offerta risposta alcuna e nei confronti dei quali si stanno attivando, attraverso i fondi aggiuntivi stanziati con la delibera dell'agosto 2004, le procedure per offrire loro un intervento. Senza dimenticare che ulteriori 10 milioni di euro sono stati reperiti in fase di assestamento di bilancio e saranno utilizzati, ancora nel 2004, per la corresponsione di interventi economici a sostegno della domiciliarità, sempre nei riguardi di anziani.

LA SANITÀ NELLA SARDEGNA

Accolta la sfida per costruire una sanità Doc

UNA REGIONE CARATTERIZZATA NEGLI ULTIMI ANNI DA DIFFICILI VICENDE POLITICHE, CHE HANNO LASCIATO IL SISTEMA SANITARIO IN UNO STATO DI "INERZIA, ABBANDONO E MANCANZA DI REGOLE". MA, ORA, IL NEOASSESSORE E I PROFESSIONISTI CHE OPERANO NEL SISTEMA VOGLIONO DIMOSTRARE CHE LA SANITÀ SI PUÒ MIGLIORARE.

di Lucia Conti

Si è chiusa nel giugno 2004, con l'elezione di Renato Soru a presidente della Regione, la più lunga e difficile crisi politica nella storia dell'autonomia sarda, iniziata il 7 luglio con una mozione di sfiducia all'allora presidente della Regione, Mauro Pili (Fi) che, dopo aver tentato per due volte di ricomporre un nuovo governo, si è dimesso dall'incarico nell'agosto 2003. A settembre dello stesso anno fu la volta di Italo Masala (An), a cui infine successe Soru (Coalizione di centro sinistra) nelle elezioni per il rinnovo del Consiglio regionale della primavera scorsa.

Tre Governatori in due anni, ai quali sono corrisposti altrettanti assessori alla sanità: Giorgio Oppi (fino all'agosto 2003), Roberto Capelli (fino al giugno 2004) e oggi Nerina Dirindin, docente di Economia sanitaria ed ex direttore della programmazione al ministero della Sanità di Rosy Bindi.

Insomma, un percorso politico che non ha certo facilitato l'organizzazione del sistema sanitario in una Regione già di per sé anomala in quanto, se durante i mesi invernali la popolazione è di circa 1 milione e mezzo, in estate il flusso di turisti fa sì che la domanda sanitaria aumenti in maniera esponenziale.

Nelle pagine dedicate alla Sardegna, due anni fa, avevamo lasciato il sistema sanitario regionale in stato di deterioramento, con un bilancio gravemente in passivo; un altissimo tasso di migrazione sanitaria soprattutto verso Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto; lunghe liste di attesa e un'assistenza territoriale che non decollava.

Il tutto in assenza di un Piano sanitario regionale, di cui l'ultima traccia risale al 1985.

Oggi, comunque, qualcosa sta cambiando. A cominciare dagli interlocutori. Se infatti nelle pagine della nostra rivista dedicate alla Sardegna due anni fa, nonostante i numerosi tentativi, né Oppi né alcun delegato dell'assessorato si rese disponibile a parlare con noi, stavolta abbiamo potuto contare sulla disponibilità dell'assessore Dirindin a rispondere alle nostre domande. Segno di una maggiore attenzione verso la materia sanitaria e il confronto con i cittadini e le categorie professionali. Anche Soru, del resto, aveva scelto la sanità come primo argomento "tecnico" della sua campagna elettorale, definendo un settore che "se funziona, fa funzionare meglio l'intera Regione".

E il primo obiettivo è stato centrato: il presidente Soru, l'assessore Dirindin e i rettori delle Università di Sassari e Cagliari, Alessandro Maida e Pasquale Mistretta, hanno sottoscritto in ottobre un Protocollo di intesa con il quale si gettano le basi per le istituzioni delle Aziende miste di Sassari e Cagliari.

L'accordo segna l'avvio di una collaborazione fra Servizio sanitario, aziende ospedaliere e Università e ha anche permesso lo sblocco dei corsi universitari per le professioni sanitarie che le Università avevano interrotto in segno di protesta nei confronti della Regione.

RIQUALIFICAZIONE DEGLI OSPEDALI

Migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria prima di tutto riconvertendo e riqualificando le strutture decentrate. "La riqualificazione va vista in un'ottica di rete ospedaliera integrata nella quale non tutte le strutture hanno lo stesso ruolo", aveva affermato Soru durante la campagna elettorale. L'assessore Dirindin aveva poi assicurato che "nessun ospedale, né piccolo né grande, verrà chiuso in Sardegna. Ma bisogna eliminare gli sprechi e riorganizzare la rete, attrezzandola perché tutti gli ospedali possano garantire un'adeguata qualità di assistenza". "Quello delle riconversioni delle piccole strutture ospedaliere", secondo Dirindin, "è un falso problema, perché la gente non vuole la risposta sotto casa, ma una risposta di qualità".

Dai dati della prima rilevazione regionale sulla qualità dei servizi offerti dai presidi ospedalieri, risalente al 2001, emerge che in Sardegna solo tre Aziende hanno un Cup operativo, con un grado di copertura che si attesterebbe all'80% nell'Azienda Usl n.4 di Lanusei, al 75% in quella di Carbonia ed è limitato a poco meno del 30% nell'Azienda Ospedaliera Brotzu. Inoltre, dall'indicatore sull'effettuazione di almeno una campagna di prevenzione delle malattie cardiovascolari (utilizzato per verificare l'attenzione delle Aziende all'attività di prevenzione primaria) emergeva che solo 3 Aziende (Brotzu, Usl n.1 di Sassari e n. 3 di Nuoro) avevano effettuato una campagna, nell'arco dell'ultimo anno, su quella che è la prima causa di morte tra la popolazione.

LA SPESA SANITARIA

Secondo Soru, l'attuale livello di spesa pubblica sanitaria nell'Isola è in linea con quella nazionale, "tuttavia esiste un notevole divario nella qualità del servizio erogato". E per migliorarlo è necessario evitare sprechi e disconomie, attraverso un utilizzo più razionale dei fondi messi a disposizione. "Riqualificare la spesa - spiega Soru - presuppone innanzitutto una programmazione sulle aree principali della sanità, e soprattutto quelle nelle quali è più evidente lo spreco, come la spesa farmaceutica, che da sola rappresenta il 16% della spesa sanitaria, cresciuta nell'ultimo anno del 17% contro un trend nazionale di senso inverso".

Per ripianare il buco della sanità (149 mln di euro), nel mese di settembre la Giunta Soru ha presentato una proposta di assestamento del bilancio regionale che prevede tagli per circa 133 milioni di euro sulla spesa totale del 2004. In particolare, il 70% sarà ricavato da tagli alle spese su capitoli di bilancio che presentano rilevanti residui di stanziamento, mentre per il restante 30% si procederà alla riduzione delle spese di investimento. La

quota restante necessaria a coprire la totalità del disavanzo, pari a 15 milioni di euro, provverrà dai fondi di riserva.

Tutti gli assessori hanno comunicato che i tagli individuati dalla Giunta non si distribuiscono indistintamente sui capitoli di bilancio degli assessorati, ma si concentrano su quelli che, prevedibilmente, presentano un minore impatto sulla qualità della vita dei cittadini e sulle prospettive di sviluppo della Regione. Tuttavia, l'Opposizione alla Giunta Soru ha risposto al programma di assestamento con circa 100 emendamenti, perché "quella che è stata presentata come una manovra ininfluente - hanno sottolineato in una conferenza stampa i capogruppo di Centro Destra - incide profondamente sul futuro della Sardegna".

PIANO SANITARIO REGIONALE

La Sardegna attende da 19 anni il varo di un nuovo Piano sanitario. Quello attualmente in vigore, infatti, risale al triennio 1983-1985. Dirindin ha comunque assicurato che sarà pronta entro Natale una bozza del Piano sanitario regionale e del Piano socio-assistenziale la cui elaborazione è entrata nel vivo con una serie di 9 incontri nel territorio organizzati dall'assessorato con operatori, associazioni, sindacati e amministrazioni. Al primo appuntamento, che si è svolto lo scorso 25 ottobre a Lanusei, hanno fatto seguito quello del 29 ottobre ad Alghero, 8 novembre a Carbonia, 12 novembre a Ghilarza, 15 novembre ad Olbia, 19 novembre a Sanluri, 22 novembre a Sorgono e 5 dicembre a Quartu Sant'Elena. L'ultimo appuntamento, di natura più spiccatamente politica, è fissato per l'11 dicembre a Cagliari.

Intanto, l'assessorato rende noto che il Piano sanitario regionale si articolerà in tre passaggi fondamentali: il primo riguarderà un'analisi dei bisogni e lo stato attuale dell'offerta di servizi sanitari; il secondo affronterà in maniera specifica i principi guida e i criteri che guideranno la redazione del Piano; il terzo capitolo spiegherà quali obiettivi si vogliono raggiungere, e in maniera più specifica, gli obiettivi di sistema, i traguardi di efficacia e i relativi parametri di obiettivo, e gli strumenti da mettere in campo per ottenere i risultati prefissati.

Sardegna

Popolazione: 1.643.000

Aziende Usl: 8

Aziende Ospedaliere: 1

Medici dipendenti: 3.600 circa

Medici di base: 1.600 circa

Urgente la riorganizzazione della rete ospedaliera

**INTERVISTA A MARCELLO ANGIUS
SEGRETARIO REGIONALE
ANAAO ASSOMED SARDEGNA**

Dottor Angius, da pochi mesi la Sardegna ha un nuovo assessore alla Sanità che, tra i suoi primi progetti, ha predisposto la redazione del Psr.

Il Piano, in Sardegna, è assente da quasi 20 anni. Una mancanza che ha avuto un grosso impatto sulla gestione della materia sanitaria nella nostra Regione, perché le singole attività sono state messe in opera solo in considerazione al fabbisogno momentaneo o all'emergenza e questo chiaramente ha determinato la mancanza di una visione globale dello stato di salute della Sardegna. Tuttavia, credo che prima del Psr sarebbe importante realizzare la ristrutturazione della rete ospedaliera.

Qual è l'attuale situazione della rete?

Siamo su un'isola e per gli abitanti è difficile spostarsi in maniera rapida a causa delle barriere geografiche-territoriali non solo in altre Regioni d'Italia, ma anche all'interno della Sardegna stessa. E anche una volta raggiunta la sede in cui ricevere cure, il cittadino è costretto a sostenere alti costi alberghieri. Ma la Sardegna è una delle Regioni a più basso Pil e quindi la possibilità dei sardi di usufruire di servizi del sistema sanitario nazionale anche in altre Regioni è limitata dai costi. La migrazione sanitaria però è, a volte, indispensabile, a causa della mancanza di alcuni servizi sull'Isola non a causa dell'incapacità dei professionisti ma proprio per l'assenza di programmazione. È il caso ad esempio della radioterapia, dove le liste d'attesa in Sardegna sono troppo lunghe poiché il centro in grado di operare è uno solo. Inoltre, la mancanza di programmazione ha determinato degli squilibri in alcune delle attività esistenti. In Sardegna, ad esempio, ci sono un certo numero di piccoli ospedali che, seppur poco funzionali per carenza di attrezzature, politica-

mente parlando è difficile pensare di chiudere perché certe zone sono troppo isolate e difficilmente collegabili ai centri di riferimento cioè con gli ospedali più grandi.

In assenza di rapidità di trasporto, non si può pensare di lasciare queste realtà prive di strutture di assistenza, nonostante che le linee guida delle società scientifiche nazionali ed internazionali propongano, ad esempio, che un'ostetricia in cui si svolgano meno di 1000 parti all'anno non sia abbastanza efficace e sicura sia per pazienti che per gli operatori. Questo vale anche per molti altri reparti di varie specialità.

Allora che tipo di soluzione propone?

Non si può chiudere "tout court" gli ospedali, ma determinate strutture potrebbero essere riconvertite in Rsa (salvaguardando le attività indotte), attivando, nel contempo, all'interno di quella stessa struttura, dei poliambulatori o day hospital o day surgery che possano consentire la pronta e precisa diagnosi ed eventualmente anche alcuni tipi di terapie. Devono essere altresì attivati i collegamenti di questi presidi ai grossi centri di Cagliari, Sassari, Nuoro, Oristano attraverso sistemi di trasporto i più rapidi possibili (ambulanze, elisoccorso ecc). Non è possibile pensare che, in Sardegna, se una persona viene colpita di infarto in una zona che non sia limitrofa ai capoluoghi di provincia debba rischiare di essere soccorsa troppo tardi.

Dovremmo, allora, avere almeno 4 grossi poli dove poter confermare le diagnosi e instaurare provvedimenti terapeutici più complessi, predisponendo che, una volta ricevute queste cure, il paziente possa svolgere l'eventuale riabilitazione in strutture decentralizzate più vicine alla propria residenza. Inoltre, è a nostro parere necessario sviluppare le at-

tività di prevenzione e attivare servizi periferici "ad hoc" in considerazione del fatto che in Sardegna si registra un'alta incidenza di diabete e, negli ultimi anni, anche di obesità. È indispensabile inoltre far proseguire ed istituzionalizzare il sistema di monitoraggio della popolazione che permetta la diagnosi in età scolare dei soggetti portatori di talassemia al fine di limitare al massimo la recrudescenza di questa terribile malattia. Tutto questo, però, non può essere lasciato all'iniziativa di una singola Asl ma deve essere creato un sistema di tipo Agenzia regionale sanitaria che provveda a pianificare, programmare e monitorare a livello centrale.

Una caratteristica della Sardegna è anche l'aumento di popolazione durante l'estate.

Nel periodo estivo la popolazione in Sardegna arriva anche a raddoppiare, con una distribuzione abbastanza omogenea. Ma non possiamo pretendere di creare strutture o assumere personale per un numero di abitanti che è presente solo 2 mesi.

Cosa fare, allora?

Bisognerebbe aprire la strada a sistemi premianti nei confronti dei dipendenti, così che siano incentivati ad aumentare la loro mole di lavoro. La Sardegna, del resto, ha già stipendi di posizione al minimo limite storico e nessuna Asl ha fatto nulla per aumentarli.

Questo perché i direttori generali pensano solo al "pareggio di bilancio" e quindi al risparmio, trascurando il criterio aziendale della gestione appropriata delle risorse umane. Per non parlare poi della libera professione intramoenia sulla quale non si è investito né si sono attrezzate le strutture per renderla praticabile.

**INTERVISTA A NERINA DIRINDIN
ASSESSORE ALLA SANITÀ REGIONE SARDEGNA**

La forza della Sardegna è nel desiderio di cambiare

Assessore Dirindin, perché ha deciso di accettare l'incarico impegnativo di assessore alla Sanità della Sardegna?

Mi è parso di vedere in questa Regione una voglia di cambiamento che si fatica a vedere in altre realtà. Inoltre, in questo momento di grande confusione istituzionale e di grande difficoltà nei rapporti tra Nord e Sud, credo che sarebbe un segnale importante per tutto il Ssn se da una Regione come la Sardegna arrivasse la prova che si può migliorare la sanità.

Che situazione ha trovato, entrando in assessorato?

Il presidente Soru si è impegnato per il cambiamento proprio perché prima c'erano un'inerzia, un abbandono, una mancanza di regole totali.

Ovviamente questo non vuol dire che la politica non fosse presente, ma lo era solo dove c'erano degli interessi particolari da difendere.

In ogni caso, il sistema, mediamente, risponde in maniera accettabile ai bisogni della gente, grazie all'abnegazione degli operatori che cercano di fare del loro meglio. Certo, ci sono alcune realtà particolarmente in decadenza e in difficoltà, molto antiquate e disordinate, ma c'è anche qualche punta di buonissimo livello, di cui questa Regione è giustamente fiera.

Quali obiettivi si è data?

Occuparmi anzitutto della programmazione in senso concreto, cioè di predisporre un Piano sociale e sanitario al quale già stiamo lavorando. Il problema, però, è darsi i

tempi necessari in modo che sia realmente attuato. Parallelamente, dovremo riordinare tutti quei settori dove mancano le regole. L'immagine che ho della situazione è quella di essere entrata in una casa molto in disordine. Magari ci sono dei bellissimi pezzi, ma nascosti da un gran polverone. Il primo problema è quindi mettere in ordine quello che c'è, a cominciare dalle professionalità da valorizzare e dai settori che meritano di essere sostenuti. E poi bisognerà correggere le storture che si sono consolidate nel tempo.

Quali sono i settori su cui occorre intervenire con più urgenza?

Tutte le regole - organizzazione, accreditamento, accordi contrattuali - nel migliore dei casi sono provvisorie, altrimenti sono ancora soltanto sulla carta. In questa Regione molto spesso sono stati votati dei provvedimenti soltanto per adempiere a degli obblighi o per tamponare un'emergenza, senza poi seguirli nella loro attuazione. In questi casi la parte che si è concretizzata è solo quella in cui qualcuno spingeva per interesse.

È difficile pensare che questo abbia creato un sistema equilibrato.

Il Piano interverrà anche sul riordino della rete ospedaliera?

In Sardegna abbiamo un eccesso di posti letto per acuti su cui bisognerà lavorare. Siamo consapevoli, però, che la riduzione dei posti letto deve essere preceduta da un potenziamento dei servizi sul territorio, altrimenti

rischia di essere inaccettabile per gli operatori e soprattutto per i cittadini.

Le trattative nazionali per il rinnovo delle Convenzioni e dei Contratti per i medici sono vicine alla conclusione. Avete già preso contatto con i sindacati in vista della successiva fase regionale?

Abbiamo incontrato in varie occasioni le rappresentanze sindacali, anche quando abbiamo sottoscritto, dopo tanti anni, un protocollo di intesa con l'Università. C'è un dialogo e ho già incontrato i medici di medicina generale per gli accordi preliminari.

Penso che, su questo fronte, il futuro riguarderà l'intera organizzazione territoriale. Non senza qualche problema, perché in Sardegna non si è proceduto all'effettiva attivazione dei Distretti e l'assistenza ospedaliera ha, ancora oggi, un peso superiore a quello che dovrebbe avere in una realtà dove la sanità è governata con criteri moderni.

Come siete riusciti a siglare un Protocollo con l'Università in pochi mesi?

È stata una grande fatica ma è un risultato importante, anche perché in Sardegna le due Università, per protesta contro la Regione, avevano sospeso la formazione degli infermieri e di tutte le professioni sanitarie.

Per questo motivo la prima cosa che ho fatto con il presidente Soru è stata incontrare le università, che hanno voluto darci fiducia. Le abbiamo convinte che il Protocollo sarebbe stato uno strumento agile nel quale si fissano i punti per un corretto rapporto fra sanità pubblica e università.

DIPENDENTI PUBBLICI

Il congedo per dottorato

di Francesco Maria Mantovani*

La legge 13 agosto 1984 n. 476 ("Norme in materia di borse di studio e dottorato di ricerca nelle Università"), stabilisce che il pubblico dipendente ammesso ai corsi di dottorato di ricerca è collocato, a domanda, in congedo straordinario per motivi di studio senza assegni per il periodo di durata del corso, usufruendo della borsa di studio ove ricorrano le condizioni richieste (art. 2, comma 1). La successiva legge 28 dicembre 2001, n. 448, ha in parte integrato la suddetta disposizione, stabilendo che il pubblico dipendente, qualora sia ammesso al corso di dottorato senza borsa di studio, ovvero rinunci alla stessa, conserva il trattamento economico, previdenziale e di quiescenza in godimento da parte dell'amministrazione pubblica presso la quale è instaurato il rapporto di lavoro (art. 52, comma 57).

Tale disciplina è stata estesa anche ai titolari di borse di studio post dottorato ad opera della legge 30 novembre 1989, n.398 ("Norme in materia di borse di studio universitarie"). Il congedo straordinario per il borsista rappresenta una ipotesi tipica di diritto rispetto al quale la pubblica amministrazione non ha alcun potere discrezionale, essendo tenuta ex lege a disporre la collocazione in congedo del richiedente per tutta la durata del dottorato di ricerca, normalmente tre anni (ciò è riconosciuto anche nella circolare 4 novembre 2002 n. 120 del Miur che tuttavia si riferisce esclusivamente alle Amministrazioni scolastiche).

Campo di applicazione soggettivo

Nessun problema interpretativo si pone in ordine ai destinatari del diritto al congedo, rientrando nell'ampia accezione di pubblico dipendente tutti i lavoratori a titolo professionale di un ente pubblico, ivi compresi i medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale.

Anche il vincitore di concorso che non può assumere servizio, perché già ammesso al dottorato di ricerca, ha diritto ad essere collocato in congedo straordinario (circolare n. 4 dicembre 1984 n. 376 dell'allora ministero della pubblica istruzione). Il diritto al congedo va inoltre esteso anche concesso in caso di ammissione a dottorati all'estero (parere del Consiglio universitario nazionale del 7 gennaio 2004). Da ultimo, la più recente giurisprudenza ha esteso il beneficio dell'aspettativa e della conservazione della retribuzione anche al pubblico dipendente a tempo determinato, il quale sia titolare di dottorato di ricerca senza borsa di stu-

dio (Tribunale di Caltagirone, ordinanza 11 maggio 2004). È dunque superata la precedente posizione della pubblica amministrazione, che escludeva dal campo di applicazione dei benefici i dipendenti assunti in via temporanea per esigenze straordinarie e circoscritte nel tempo, limitando il predetto beneficio solo in capo al personale di ruolo (in tal senso la citata circolare n. 376/1984 del Miur).

Durata

Il periodo di congedo non è commisurato all'intera durata del dottorato, poiché il dipendente può in qualsiasi momento rinunciarvi (vedi la citata circolare n. 120/2002, del Miur). In tal caso il dipendente riprende il normale servizio presso la sede di titolarità e riprende a godere del corrispondente trattamento economico, previdenziale e di quiescenza. Il dovere di riprendere immediatamente il servizio naturalmente riguarda anche il dipendente che venga escluso dal dottorato (sempre la circolare n. 120/2002, del Miur).

Trattamento previdenziale

Il periodo di congedo straordinario è utile ai fini della progressione di carriera, del trattamento di quiescenza e di previdenza. Pertanto ogni pubblico dipendente ammesso al corso di dottorato di ricerca mantiene l'iscrizione previdenziale all'Ente competente, con versamento dei contributi a totale carico dell'amministrazione di appartenenza. Siffatta interpretazione è confermata dalla giurisprudenza che ha ritenuto fondato l'obbligo per l'amministrazione (nel caso di specie scolastica) di regolarizzare la posizione assicurativa e previdenziale, mediante versamento dei contributi omessi, per il periodo di durata del corso di dottorato di ricerca, svolto dal ricorrente in qualità di pubblico dipendente (Tar Campania 29 maggio 1997 n. 1353). La contribuzione è rapportata alla retribuzione annua contributiva goduta dal dipendente al momento della concessione del congedo straordinario (circolare 9 novembre 1999 n. 265 dell'allora ministero della pubblica istruzione).

Dimissioni dal rapporto di lavoro

Una disposizione particolare è dettata per l'ipotesi di dimissioni da parte del pubblico dipendente che, ammesso al dottorato senza borsa, abbia conservato il trattamento economico erogato dall'amministrazione di appartenenza. In caso di dimissioni nei due anni successivi al conseguimento del dottorato, il dipendente è tenuto a restituire gli importi corrisposti dall'amministrazione durante il periodo di congedo straordinario (art. 52, comma 57, legge n. 488/2001). La norma ha un'evidente funzione di fidelizzazione, essendo diretta ad evitare che il migliore trattamento economico erogato dall'Amministrazione sia fruito dal dipendente che si dimette dall'impiego pubblico poco dopo aver conseguito il titolo di dottore di ricerca.

In altri termini, la disposizione vuole garantire che l'amministrazione si giovi della migliore preparazione acquisita dal dipendente mediante la frequenza al corso di dottorato. Si deve invece escludere che l'obbligo di restituzione degli importi corrisposti dall'Amministrazione abbia ad oggetto la contribuzione versata durante il periodo di aspettativa in aggiunta al trattamento economico. Tale trattamento di previdenza e quiescenza spetta, in via generale, a tutti i pubblici dipendenti ammessi al dottorato di ricerca, compreso chi usufruisce della borsa di studio.

In altri termini, la disposizione vuole garantire che l'amministrazione si giovi della migliore preparazione acquisita dal dipendente mediante la frequenza al corso di dottorato.

Si deve invece escludere che l'obbligo di restituzione degli importi corrisposti dall'Amministrazione abbia ad oggetto la contribuzione versata durante il periodo di aspettativa in aggiunta al trattamento economico. Tale trattamento di previdenza e quiescenza spetta, in via generale, a tutti i pubblici dipendenti ammessi al dottorato di ricerca, compreso chi usufruisce della borsa di studio.

Svolgimento di attività lavorativa

Il pubblico dipendente, che non intenda usufruire del periodo di aspettativa, può comunque continuare a svolgere la propria attività lavorativa. In assenza di un espresso divieto da parte delle norme di diritto positivo, la contraria indicazione era sostenuta da parte della pubblica amministrazione sulla base dell'assunto che "una seria ed elevata formazione scientifica è talmente impegnativa ed assorbente da impedire, di fatto, una contestuale attività lavorativa" (circolare ministeriale 5 febbraio 1986 n. 357).

La posizione dell'amministrazione è tuttavia superata dalla giurisprudenza che ammette la possibilità di svolgimento dell'attività lavorativa, purché compatibile con l'attività formativa programmata dal collegio docenti del dottorato (Tar Lombardia 3 febbraio 1986 n. 34).

Del resto, la possibilità di svolgimento di attività lavorativa è avvalorata dall'abrogazione dell'originario divieto, a carico dei dottorandi, di svolgere attività professionali e consulenze retribuite a favore sia di enti pubblici che privati (art. 79, comma 3, del Dpr 11 luglio 1980, n. 382, abrogato dall'art. 8, comma 3, della legge 30 novembre 1989, n. 398).

*Servizio Tutela lavoro
Anaa Cref

segue dalla prima

Giù le mani dal contratto dei medici

motivi il tentativo di aggressione al nostro contratto deve essere respinto facendo appello a tutte le forze politiche interessate alla sopravvivenza del Ssn di cui i medici e gli altri operatori sono parte fondamentale. Noi abbiamo ripetutamente riconosciuto in passato il ruolo positivo svolto da quei partiti della maggioranza che si sono mostrati più sensibili ai temi della tutela della salute ed alle condizioni di chi nel sistema opera. Questa funzione di moderazione degli istinti più brutalmente liberticidi di altre parti politiche è stato apprezzato ed ha portato anche a significativi consensi elettorali. Questa nuova, violenta scossa che il Presidente del Consiglio vuole imprimere all'azione di governo, va nella direzione opposta: spinge all'arricchimento individuale (soltanto di quei pochi che già sono ricchi), ma impoverisce lo Stato e indebolisce il sistema di welfare. Ne soffriranno ricerca, scuola, sanità e gli strati più deboli della popolazione. Speriamo che le parti più moderate della maggioranza sappiano resistere alle lusinghe del potere e non lo scambino con la rinuncia alla tutela degli interessi veri del Paese. Questo chiediamo alle forze politiche, ma noi dobbiamo fare la nostra parte. Il 9 dicembre al Teatro Valle di Roma l'Anaa Assomed, insieme agli altri dirigenti del pubblico impiego aderenti alla Cida, manifesterà pubblicamente a favore dei rinnovi contrattuali e in particolare per l'incremento delle disponibilità economiche per il II biennio. Se però l'emendamento fiscale che sarà presentato entro il 29 novembre conterrà attacchi inammissibili al nostro contratto, accentueremo la nostra protesta fino ad azioni sindacali di sciopero. Accanto all'impegno sui contratti continua inin-

terrotta la nostra attività di politica sanitaria volta alla difesa della unicità del Ssn e al suo adeguato finanziamento. Non siamo più soli in questa azione. Ancora oggi risuonano nell'aria le parole del Presidente Ciampi che esortano politici e Paese a preservare il sistema sanitario nazionale quale insostituibile baluardo di equità e civiltà. Recentissime sono, inoltre, le denunce nell'annuale rapporto Ceis di Tor Vergata che parlano di iniquità crescenti nella fruizione di alcuni servizi e definiscono elevatissimo il numero delle famiglie che si sono impoverite per far fronte a gravi eventi morbosi di un loro componente. Ma non basta dire che vogliamo tutelare ed implementare il Ssn: come medici che vi lavorano dobbiamo individuarne limiti, difetti e proporre adeguate soluzioni. Tutte le sigle sindacali dei medici dipendenti e convenzionati, continuando nel percorso comune intrapreso un anno fa, hanno elaborato su questi aspetti un documento comune che presenteranno alla stampa e al mondo politico in una conferenza stampa il 1 dicembre. Il 7 dicembre, inoltre, i consigli nazionali dei sindacati e movimenti di operatori e cittadini che fanno parte del Comitato Solidarietà e Salute si riuniranno solennemente a Roma per presentare una riflessione comune sull'attuale stato del Ssn. Come potete ben vedere l'azione della nostra Associazione continua a svolgersi su due piani paralleli. Contratto e impegno per la sanità pubblica. La fatica è tanta, i risultati modesti ma non insignificanti, il metodo costante: ricerca dell'unità più ampia possibile con chi condivide le nostre opinioni e i nostri obiettivi. Amici e colleghi, manteniamo alta la nostra attenzione e vigilanza. Dobbiamo esser bravi professionisti e cittadini attenti. Il rispetto di noi stessi esige oggi l'assunzione di responsabilità che non si possono delegare ad altri.

Serafino Zucchelli

IL PUNTO

L'immaginazione al potere:
la birra fa buon sangue

di Alberto Andrion

Dalle nostre parti, nei paesi mediterranei, è ancora adesso in uso il detto – variamente modulato a seconda delle realtà regionali – “il vino fa buon sangue”. La notizia secondo cui nella Repubblica Ceca, vale a dire in piena mitteleuropa per eccellenza, è stato riesumata l'antica e millenaria certezza della buona relazione esistente tra vino e sangue, adattando il tutto alla birra, non può che riempirci di piacere. Infatti, la strada di una vera integrazione europea non potrà che fondarsi sulla messa in comune, soprattutto, delle piccole cose a partire dalle convinzioni della vita quotidiana. Tutto questo è politicamente corretto? Tutto questo si inserisce a tutto tondo e senza sbavature nell'attuale *state of the art* delle convinzioni scientifiche su ciò che fa bene o che fa male alla salute? Probabilmente (anzi, certamente) no. Tuttavia, di fronte alle dichiarazioni dell'Oms che critica il governo ceco sul prezzo della birra meno caro delle bevande analcoliche (la Coca Cola?) si rimane un poco interdetti e, per dirla tutta, è forte il desiderio di partire per la Cechia a scolarsi una buona e schiumosa pilsen. D'altronde, anche da noi non c'è da stare allegri se alcuni soloni della medicina riescono ad occupare l'attenzione discettando su cancerogenesi, polenta e pesto alla genovese. Vogliamo le prove scientifiche? Un suggerimento per il ministro prof. Sirchia: finanzia una indagine epidemiologica caso-controllo che veda, da un lato, i consumatori di maxi Coke, Big Mac, prime-rib steak & sauces e, dall'altro, i consumatori di polenta e osei, trenette al pesto, accompagnati da due bicchieri di vino (o, per testare l'integrazione europea, anche birra). Quando arrivano i risultati li legga subito e li comunichi poi al prof. Veronesi, per un brindisi.

REPUBBLICA CECA

Dopo l'"Oil for Food"
la "Beer for Blood"

Due boccali da mezzo litro di birra offerti ad ogni donatore di sangue o di midollo che aderirà all'iniziativa “Beer for blood”. È l'idea dell'originale campagna concepita da un direttore di giornale e lanciata lo scorso ottobre dal ministro ceco per lo sviluppo Jiri Paroubek durante il famoso Festival della birra di Praga dedicato al Santo patrono San Vecenslao.

“Lo spunto mi è venuto parlando con molti medici che lamentano carenze di stock di sangue negli ospedali” ha spiegato uno dei promotori dell'iniziativa Jaroslav Novak, direttore di un giornale dedicato alla più amata delle “bionde” (i cechi con i loro 162 litri pro capite l'anno sono i più grandi consumatori di birra al mondo).

Critiche alla “Beer for blood”, cui hanno aderito anche il Vojenska Hospital di Praga e il Registro nazionale dei donatori di midollo osseo, sono giunte dall'Organizzazione mondiale della sanità che in un recente rapporto ha rimproverato al governo ceco di non fare abbastanza per fronteggiare l'abuso di alcol e ha sottolineato come la birra sia spesso meno cara delle bevande analcoliche.

“Non trovo vi sia nulla di strano nell'offrire della birra come incentivo per promuovere la donazione e mi auguro che questa iniziativa serva a incrementare gli stock di sangue” afferma invece il direttore della Divisione di Ematologia del Vojenska Hospital, Milos Bohonek, mentre il ministero della Sanità, tramite un suo portavoce, ha preso le distanze dalla campagna: “il ministero sostiene la donazione di sangue senza offrire alcunché in cambio”.

USA

Accreditamento Ecm:
nuove regole per limitare l'influenza dell'industria farmaceutica

L'Accreditation Council for Continuing Medical Education, l'organismo statunitense incaricato di accreditare i corsi Ecm, la cui frequenza è obbligatoria per la maggior parte dei medici Usa, ha annunciato che introdurrà delle modifiche nelle procedure di accreditamento Ecm per limitare l'influenza dell'industria farmaceutica. Le nuove regole, già approvate dai sette componenti il Consiglio, tra cui la American Medical Association, riguarderanno i circa 700 provider accreditati.

L'aggiustamento di rotta nel campo dell'Educazione continua in medicina, frutto di un processo maturato nel corso di un decennio, verte essenzialmente sui rapporti che spesso i relatori o gli autori dei corsi Ecm hanno con le ditte farmaceutiche. Sinora questi “legami commerciali” (peraltro sempre palesati) non hanno mai impedito loro di discutere liberamente nei corsi Ecm dell'impiego sperimentale o fuori indicazione dei farmaci – impieghi non approvati dalla Food and Drug Administration; d'ora in poi, invece, anche se ne potranno ancora discutere, saranno tenuti a circoscrivere la loro trattazione alla medicina basata sulle evidenze, la cosiddetta “Evidence based medicine” (Ebm). L'obiettivo delle nuove linee guida è infatti quello di evitare che i relatori o gli organizzatori delle attività formative con un qualche coinvolgimento finanziario-commerciale con l'industria farmaceutica abbiano l'opportunità di controllare i

contenuti dell'Ecm.

Le nuove regole diverranno operative a partire dal prossimo maggio 2005 per i nuovi eventi ed entro il gennaio del 2006 saranno obbligatorie per tutti i corsi Ecm, fatta esclusione per quelli già programmati.

La formazione Ecm, che prevede un utilizzo sempre più esteso di internet, viene fornita da aziende e centri ospedalieri, associazioni professionali e aziende di comunicazione sanitaria, ed è spesso finanziata da aziende farmaceutiche, elettromedicali o biotech, più di rado da cliniche, case di cura e strutture ospedaliere private.

Murray Kopelow, a capo dell'Accreditation Council, ha spiegato sulle pagine del Bmj che allo stato attuale i provider devono accertare se vi siano eventuali conflitti di interesse e, in caso affermativo, risolverli ed esporli ai corsisti, mentre nel prossimo futuro saranno tenuti anche a verificare che i relatori e gli autori esponano solo casi basati sulla medicina delle evidenze, come gli studi sottoposti a peer review o le informazioni provenienti dalla Cochrane, inclusi gli studi positivi e negativi.

Nelle linee guida viene sottolineato come i provider di Ecm “debbono essere guidati dal primario interesse pubblico... essere sempre scevri da interessi commerciali, trasparenti e attenti a tenere l'attività formativa distinta dalla promozione commerciale”. Ed ancora come siano i provider, e non le aziende

farmaceutiche, a dover determinare i contenuti del programma Ecm e i compensi per i relatori, gli organizzatori o gli autori. I bilanci inoltre dovranno essere messi a disposizione dell'Accreditation Council.

L'obiettivo delle nuove linee guida, come si è detto, è quello di far emergere eventuali interessi commerciali che i provider sono comunque tenuti a risolvere, sostituendo relatori o autori oppure esigendo che si astengano dal trattare tematiche che rientrino nell'ambito dell'attività per la quale hanno ricevuto finanziamenti. Eventuali relazioni di tipo economico-commerciale dovranno essere dichiarate nei materiali del corso.

Sempre in quest'ottica, un altro punto importante cui si è voluto dar rilievo è l'impegno a tener distinto l'aspetto formativo dalle attività promozionali. Nei materiali cartacei dei corsi non potrà apparire all'interno di un articolo una pubblicità attinente l'attività formativa, sebbene possa comparirvi tra un articolo e l'altro. Anche gli stand espositivi dovranno essere separati dalle attività Ecm.

“La sponsorizzazione per pagare semplici pasti o eventi sociali poco costosi nell'ambito dei corsi Ecm è stata consentita per anni, tuttavia i provider non potranno più organizzare pranzi/cene o iniziative sociali più lunghe, importanti o costose dell'attività Ecm proposta”. In breve, sandwich e caffè sono ammessi, champagne e caviale no.

UE

Il personale dei servizi di ambulanza è coperto dalla direttiva sull'orario di lavoro

Un'altra pronuncia della Corte di Giustizia europea sulla normativa europea sull'orario di lavoro che avrà un impatto diretto sui servizi di emergenza medica e sull'applicazione delle 48 ore settimanali riguarda il caso della Croce Rossa tedesca (vedi *Dirigenza Medica* 4/03) che gestisce un servizio di protezione civile con ambulanze e altri autoveicoli attrezzati per le emergenze mediche.

Nello specifico, l'orario medio settimanale del personale ivi impiegato è stato aumentato, tramite accordo collettivo, da 38,5 a 49 ore; nell'orario sono incluse almeno 3 ore al giorno durante le quali il personale deve essere a disposizione, sul posto di lavoro, pronto ad intervenire immediatamente in caso di necessità.

Alcuni dipendenti dei servizi di ambulanza si sono quindi rivolti al Tribunale tedesco, che ha poi rimesso il caso alla Corte europea, sostenendo che, in applicazione della direttiva europea, l'orario di lavoro non può eccedere le 48 ore settimanali. La Corte di Lussemburgo ha confermato che la normativa europea copre il personale dei servizi di ambulanza durante i periodi di inattività in

attesa di chiamata in quanto rientrano in un servizio di protezione civile e il loro ruolo è quello di fornire un primo trattamento medico. La loro attività non può essere perciò considerata alla stregua di quei servizi indispensabili a rispondere alle emergenze nel campo della sanità pubblica o in caso di catastrofi, che per loro natura non si prestano a nessuna pianificazione oraria e sono escluse dal tetto massimo delle 48 ore.

I giudici europei hanno poi precisato che ogni deroga alle 48 ore settimanali impone il consenso individuale di tutti gli impiegati, espresso liberamente e in forma esplicita, per cui non è sufficiente un accordo collettivo.

In linea con le precedenti pronunce, i giudici europei hanno ulteriormente ribadito il principio che il tempo trascorso in pronta reperibilità sul posto di lavoro deve essere considerato nella sua interezza come orario di lavoro. Tuttavia la validità di questa interpretazione potrebbe essere messa in discussione da una proposta legislativa avanzata di recente (vedi *Dirigenza Medica* n. 7/04) che intende fare una distinzione tra reperibilità e cosiddetti

“periodi di inattività” che non verrebbero conteggiati, contrariamente a quanto avviene attualmente, nel normale orario di lavoro.

Per i giudici della suprema Corte europea la normativa sull'orario di lavoro ha “effetto diretto”, è sufficientemente chiara e non si presta a controverse interpretazioni, i cittadini dell'Unione possono quindi farla valere nelle opportune sedi nazionali qualora ritengano che le amministrazioni o gli enti non ne applichino correttamente le disposizioni.

I tribunali nazionali dovranno tenerne conto anche nei contenziosi tra privati per garantire non venga superato il limite orario massimo settimanale delle 48 ore.

Quanto al caso tedesco della Croce Rossa, il tribunale nazionale dovrà dare applicazione all'interpretazione fornita dalla Corte europea nel senso che i datori di lavoro che vogliono che il personale addetto ai servizi di ambulanza lavori più di 48 settimanali dovranno ottenere il consenso dei singoli lavoratori, consenso che deve essere reso liberamente e in forma esplicita.

G IURISPRUDENZA *sentenze e ordinanze*

Tar Puglia

Il medico ospedaliero non è "secondo" al medico di base

Con delibera n. 1661 del novembre 2003, la Giunta regionale pugliese ha emanato, in attuazione dell'articolo 15 decies della 502 del 1992 il regolamento per le prescrizioni e il monitoraggio in materia di assistenza sanitaria. Con tale regolamento è stata data approvazione, fra l'altro, alle Linee guida sulle modalità prescrittive ed indirizzi sull'appropriatezza delle prestazioni, stabilendo che i medici ospedalieri devono essere dotati di un ricettario unico regionale specificatamente contrassegnato, che può essere utilizzato per prescrivere eventuali indagini specialistiche atte a rispondere "al quesito diagnostico posto" dal medico curante; tuttavia, tale ricettario non "può essere utilizzato per la prescrizione farmaceutica" prevedendo, in caso di mancato rispetto di tali indicazioni e del verificarsi di una non corretta prescrizione, l'addebito degli oneri a carico del medico ospedaliero. Il regolamento stabilisce, inoltre, che il medico ospedaliero, nella proposta di prescrizione farmaceutica indirizzata al medico di assistenza primaria, è tenuto ad indicare "esclusivamente il principio attivo e non il nome commerciale della specialità medicinale", ad esclusione di casi di urgenza e di dimissione ospedaliera. Solo in queste ipotesi, infatti, viene richiesta al Pronto soccorso la trascrizione della terapia sul ricettario unico regionale in dotazione e perciò prevista la possibilità di prescrizione farmaceutica da parte dei medici ospedalieri. Viene tuttavia fatta salva la possibilità del medico curante di verificare la corrispondenza tra la diagnosi e le limitazioni prescrittive emanate dalla Cuf e nei casi in cui riscontri l'incongruità o prescrizioni non appropriate al quadro clinico dell'assistito, il riconoscimento del pieno titolo a modificarle e a non procedere alla prescrizione di detti farmaci.

Tali disposizioni sono state impugnate dall'Anaa Assomed della Regione Puglia, rappresentata in giudizio dal segretario regionale, Salvatore Della Tommasa. "Il regolamento - ci spiega il segretario regionale - non solo è in palese violazione degli articoli 15 e 15 decies della 502/1992 che sanciscono rispettivamente l'autonomia tecnico-professionale dell'attività dei medici ospedalieri, presupponendo implicitamente che il medico ospedaliero non possa essere limitato nell'esercizio della prescrizione dei medicinali, ed il pieno titolo in capo a quest'ultimi di utilizzare il ricettario del Ssn nel prescrivere medicinali sia all'atto delle dimissioni ospedaliere, sia in occasione delle visite ambulatoriali e non soltanto nei casi di urgenza, come illegittimamente stabilito dal Regolamento Regionale impugnato, ma soprattutto è contrario ai principi generali in materia di professione medica e al principio del buon andamento dell'amministrazione". Infatti ai sensi dell'articolo 15 decies dlgs n. 502/1992 i medici ospedalieri "quando prescrivono o consigliano medicinali ai pazienti all'atto delle dimissioni ospedaliere o in occasione di visite ambulatoriali sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale", rispettando il divieto sul ricettario del Servizio sanitario nazionale di medicinali non rimborsabili dal Servizio sanitario e, nella prescrizione con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, le condizioni e limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco.

Inoltre, considerando che molti farmaci contengono più principi attivi, e che in molte circostanze il medico ospedaliero conosce meglio del medico generico la patologia di cui è affetto il paziente, anche per il semplice motivo che è stata attentamente diagnosticata, esaminata e curata durante la permanenza ospedaliera, risulta inopportuno impedire al medico ospedaliero di specificare, oltre al principio attivo, anche il nome commerciale del farmaco di cui ha bisogno il paziente. Illogica, inoltre, la disposizione regolamentare che obbliga i medici ospedalieri a richiedere al Pronto soccorso la trascrizione della terapia sul ricettario unico regionale in dotazione, perché comporta esclusivamente un aggravio di lavoro al pronto soccorso, ed un'attesa del paziente all'atto delle dimissioni, ma soprattutto inutile, dato che l'attività del medico di pronto soccorso si limiterebbe ad una semplice trascrizione di quanto già prescritto in altra sede.

Le esigenze di contenimento della spesa farmaceutica, segnalate dall'amministrazione resistente, vengono egualmente soddisfatte atteso che il farmacista è obbligato a consegnare all'assistito il farmaco avente il prezzo più basso, ma con la stessa composizione e gli stessi principi attivi di quello indicato nella ricetta, tranne nel-

l'ipotesi in cui il medico (sia generico che ospedaliero) apponga sulla ricetta l'indicazione che il farmaco prescritto non può essere sostituito; in tal caso "la differenza fra il prezzo più basso ed il prezzo del farmaco prescritto è a carico dell'assistito con l'eccezione dei pensionati di guerra titolari di pensione vitalizia".

"Sono molto soddisfatto del risultato ottenuto - commenta Salvatore Della Tommasa - Abbiamo vinto sia sul piano della legittimità, in quanto il Tar, in forza di quanto previsto dallo Statuto nazionale e dal regolamento regionale dell'Anaa, ha affermato la legittimazione attiva della nostra Associazione alla impugnazione del regolamento normativo, per tutelare le prerogative e le posizioni professionali dei medici ospedalieri in materia di prescrizione medica, ma soprattutto sul piano del merito. Credo fermamente che il medico ospedaliero non possa essere "secondo" al medico di base e la delibera regionale era assolutamente lesiva dell'autonomia del primo. Voglio precisare, inoltre, che il regolamento regionale e le linee guida sono stati redatti dopo accordi raggiunti al tavolo delle trattative tra la Regione Puglia, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta con l'esclusione di tutte le sigle delle Oo.Ss. dei medici ospedalieri, primi destinatari del regolamento. Pertanto nel ricorso ci siamo battuti per recuperare la professionalità e la dignità del medico ospedaliero ed i giudici, con la sentenza pronunciata, hanno soltanto riconosciuto le nostre ragioni".

Corte di Cassazione

Il medico non risponde del paziente autolesionista

Il "ragionevole dubbio di non colpevolezza" non consente la condanna del medico. È quanto pronunciato dalla Corte di Cassazione, quarta sezione penale con sentenza n. 34369, depositata lo scorso agosto. Nel caso in esame, un paziente a rischio (soggetto sessantacinquenne, iperteso, diabetico, obeso, forte fumatore, bevitore e portatore di insufficienza respiratoria cronica), dopo l'asportazione di un tumore sottomandibolare, trasferito in terapia intensiva, e successivamente, nella stessa giornata, nel reparto di otorinolaringoiatria, si era più volte alzato dal letto togliendosi la maschera di ossigeno per mettersi a fumare ed era morto a diciotto ore dall'operazione, nonostante il pronto intervento del personale infermieristico che lo riconduceva immediatamente a letto e lo sottoponeva a ossigeno.

I giudici di primo e secondo grado avevano ritenuto il medico penalmente responsabile per inosservanza delle regole dell'arte medica, avendolo dimesso troppo presto dalla terapia intensiva. Ad avviso del primo giudice, infatti, le regole della buona pratica professionale avrebbero imposto di trattenere il paziente in terapia intensiva almeno quarantotto ore, sia perché in tal modo si sarebbe impedito al malato di alzarsi dal letto, sospendere l'ossigeno e fumare, sia perché vi sarebbe stato un costante monitoraggio delle sue condizioni, impossibile nel reparto ordinario. Di avviso contrario la Corte di Cassazione che individua dei limiti oltre il quale l'intervento del sanitario non può essere preteso, ravvisabili in "atti autolesivi o imprudenti del paziente". Il medico, infatti, non poteva ritenere "prevedibile" e quindi "evitabile" l'imprudente comportamento del paziente, essendo la pericolosità dell'atto compiuto da quest'ultimo "in re ipsa", senza bisogno di nessuna avvertenza o specifica raccomandazione. La Corte, recependo il principio innovativo sancito dalle sezioni unite nel 2002, chiarisce che il legame tra la condotta del medico e la morte del proprio assistito deve essere processualmente certa; in caso contrario il giudizio si conclude con l'assoluzione dell'imputato. Nel caso in esame, la sentenza impugnata, è giunta all'affermazione di colpevolezza dell'imputato omettendo qualsiasi analisi finalizzata ad accertare il nesso causale tra la condotta del medico, ipotizzata come colposa (precoce dimissione del paziente dal reparto di terapia intensiva) e l'evento. Ed è proprio in "presenza di atti autolesivi ed imprudenti del malato", spiega la Corte, "che le opportune valutazioni sul legame tra operato del sanitario e morte del paziente" devono a maggior ragione, imporsi.

Pagina a cura di Paola Carnevale

DIRIGENZA MEDICA

Il mensile dell'Anaa Assomed

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

direttore
Serafino Zucchelli

direttore responsabile
Silvia Procaccini

comitato di redazione:
Alberto Andron, Piero Ciccarelli,
Antonio Delvino,
Mario Lavecchia

coordinamento editoriale
Cesare Fassari

hanno collaborato:
Arianna Alberti, Eva Antoniotti, Paola Carnevale, Lucia Conti,
Carlo Melchionna, Carlo Palermo, Stefano Simoni,
Claudio Testuzza, Franco Verde
Progetto grafico e impaginazione:
Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

Editore
Italtromo Esis Publishing
Via dei Magazzini Generali 18/20, 00154 Roma
Telefono 065729981 - fax 0657299822
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 2004

MEDICI IN PENSIONE

Per i pensionati è ancora possibile il riscatto

Una recente circolare dell'Inpdap, l'istituto previdenziale per i pubblici dipendenti, la numero 38 dell'11 giugno 2004, è intervenuta sui termini per la presentazione delle domande di riscatto del personale delle amministrazioni statali. Il personale in oggetto, cessato dal servizio, per motivi diversi dai limiti di età, possono già oggi esercitare la facoltà di riscatto o computo di periodi o servizi in costanza di attività lavorativa ed anche entro il termine di 90 giorni dalla data di risoluzione del rapporto di lavoro. Qualora, invece, il personale delle amministrazioni statali sia cessato dal servizio per il raggiungimento dei limiti di età, (previsti per la cessazione dal servizio), la domanda di computo o di riscatto doveva essere presentata almeno due anni prima della risoluzione del rapporto d'impiego. Questa condizione era stata introdotta dal legislatore (Dpr n. 1092/1973) per consentire all'amministrazione statale di determinare l'importo della pensione, comprensiva di tutti i periodi e servizi, già all'atto del collocamento in quiescenza.

La primitiva legislazione ha trovato, nel tempo, diverse integrazioni e modifiche soprattutto nel merito delle tipologie di periodi o servizi non coperti da contribuzione. Tipologie di riscatto particolarmente innovative nell'ordinamento pensionistico dei pubblici dipendenti.

Da ciò la necessità di rivedere i termini di scadenza delle domande. Infatti l'Inpdap ha previsto che dalla data di emanazione della circolare (11/6/04) tutte le istanze volte alla valorizzazione dei periodi o servizi riscattabili dovranno essere considerate utilmente prodotte, indipendentemente dalla causa di cessazione, purché presentate in attività di servizio o, comunque, entro 90 giorni dalla data di risoluzione del rapporto di lavoro o della morte dell'iscritto.

In particolare le nuove tipologie di riscatto ammesse a valutazione sono:

- i periodi di aspettativa chiesti per seguire il coniuge che svolge attività lavorative all'estero (ex legge 26/1980, così come integrata dalla legge 333/1985);

- i periodi successivi al 31 dicembre 1996, nella misura massima di tre anni, in cui il rapporto di lavoro si interrompa o si sospenda in base a norme di legge o di contratto;
- i periodi intercorrenti tra un rapporto di lavoro e l'altro in caso di lavori discontinui, stagionali o temporanei, per periodi successivi al 31 dicembre 1996;
- i periodi di non effettuazione della prestazione lavorativa, successivi al 31/12/96, non coperti da contribuzione obbligatoria, nei casi di lavoro parziale di tipo verticale, orizzontale o ciclico;
- i periodi lavorativi prestati all'estero presso Paesi non legati all'Italia da convenzioni internazionali in materia di sicurezza sociale;
- i periodi di astensione facoltativa per maternità collocata temporalmente al di fuori del rapporto di lavoro;
- il diploma di laurea; il diploma universitario (conseguibile con corso non inferiore a due anni e non superiore a tre); il diploma di specializzazione; il dottorato di ricerca.

Ricordiamo, infine, che per gli iscritti alle ex Casse degli Istituti previdenziali (Cassa pensioni sanitari, Cps, Cassa per i dipendenti degli enti locali, Cpdel) vi è la possibilità di presentare la domanda di riscatto, quale dipendente di ruolo, dalla data di assunzione ovvero entro il 90° giorno dalla data di cessazione dal servizio, indipendentemente dalla sua motivazione.

Se il dipendente non è di ruolo, dopo un anno di iscrizione all'istituto previdenziale ed entro e non oltre il 90° giorno dalla cessazione. Esiste, poi, la possibilità, nel caso di morte del dipendente, che avvenga in attività di servizio o entro 90 giorni dalla sua cessazione, di presentare la domanda da parte dei superstiti, aventi diritto a pensione, entro 90 giorni dalla data del decesso.

Claudio Testuzza

PREVIDENZA

Un silenzio assenso da attendere per i Fondi

La recente legge delega di riordino del sistema previdenziale, fra i vari temi di intervento che si propone, ha individuato un'importante questione nel futuro della previdenza complementare.

La tematica non è affatto nuova. Il decreto legislativo n. 124 del 21 aprile 1993, in attuazione della delega della legge 421/92, ha disciplinato le forme di previdenza per l'erogazione dei trattamenti pensionistici complementari del sistema obbligatorio pubblico, al fine di assicurare più elevati livelli di copertura previdenziale. Con l'introduzione di tale normativa e con i successivi interventi legislativi si è consolidato un sistema previdenziale basato su tre pilastri: previdenza obbligatoria, previdenza complementare, forme pensionistiche individuali. La condizione di necessità di integrare i trattamenti obbligatori è, poi, diventata ancora più forte con l'entrata in funzione del sistema di calcolo previdenziale "contributivo", che prevede un trattamento pensionistico nettamente inferiore a quello realizzato con il precedente sistema "retributivo". Tuttavia, specie nel pubblico impiego, nonostante le indiscusse potenzialità dello strumento dei Fondi pensione, non si è ancora avuta una sua realizzazione e percezione dell'importanza della stesso. Ci sono voluti ben quattro anni dal varo della legge di riforme previdenziale "Dini" (n. 335/95), per raggiungere l'accordo Aran-Sindacati sulla previdenza integrativa nel pubblico impiego. Ma a tutt'oggi, tranne per i dipendenti della scuola, le iniziative in questo senso languono. Il perché di questa situazione di stallo viene fatto ricadere su vari fattori: tutti importanti, ma non, a nostro avviso decisivi.

Intanto non è stato ancora dato, anche se prevista dalla stessa legge delega previdenziale, una garanzia di vantaggio fiscale tale da sollecitare i dipendenti a produrre versamenti nel settore. Infatti esiste un' anacronistica imposizione sui rendimenti. Condizione, questa, che impedisce ad una maggiore massa di risparmio di confluire nei fondi. Così da poter far ottenere, al lavoratore, un rendimento minimo garantito assieme ad un possibile vantaggio sulla base della bontà degli investimen-

ti. Nell'ambito del servizio pubblico, poi, coloro che sono stati assunti prima del 2001, sono soggetti alla "buonuscita", diversamente denominata, a seconda le varie categorie

(Ips: indennità premio di servizio per i medici dipendenti dalle Asl), che pur essendo costituita anche da contributi da parte del lavoratore, e non solamente del datore di lavoro, come avviene, invece, per il Ffr, mostra, tuttavia, un appeal non indifferente essendo calcolata sugli stipendi dell'ultimo anno e assoggettata ad un trattamento fiscale vantaggioso. Peraltro, l'eventuale passaggio al Fondo, da parte degli attuali sottoposti al regime di "buonuscita", comporta, inevitabilmente, anche il passaggio al Tfr.

Resta da considerare che comunque l'intervento di una previdenza integrativa si fa, e si farà, sempre più necessario. La riforma previdenziale, approvata a fine luglio, si indirizza fortemente verso questo fine. Infatti la previsione di un silenzio/assenso dell'utilizzo del Tfr, maturando, verso i Fondi, qualora il lavoratore non richieda di rimanere nell'attuale regime, dovrebbe favorire il loro impiego nella previdenza complementare.

Le nuove norme, in questo importante e delicato settore, prevedono – e appare utile sottolinearlo, per ridimensionare l'ansia che ha colpito numerosi colleghi – decreti di attuazione che il Governo ritiene di poter produrre nei prossimi mesi. Decreti che dovranno contenere tutte le specificità del come si realizzerà questo silenzio/assenso, ma soprattutto, occorrerà che specifichino, correttamente, quali sono le condizioni che debbono ispirare l'eventuale scelta dell'interessato. Sino ad allora, come giustamente ha tenuto a sottolineare lo stesso istituto previdenziale (Inpdap), non vi è nessuna scadenza né alcuna necessità di scelta, che, tuttavia, sarà compito anche dell'associazione chiarire a tempo debito con specifiche comunicazioni.

Claudio Testuzza

AREA METROPOLITANA DI NAPOLI

Chiusura-riconversione degli ospedali: un dovere per la politica, un'occasione per il sindacato

di Carlo Melchionna* e Franco Verde**

Nei mesi scorsi la stampa ha riportato a più riprese, la necessità, indicata dai tecnici, di chiudere o riconvertire presidi ospedalieri ed in tal senso appaiono pragmatiche la dichiarazione del Direttore Generale Asl NA 1, Angelo Montemarano, (*Il Corriere del Mezzogiorno* 25.9.04): "(...) adesso la gente deve capire che ospedali piccoli e incompleti possono addirittura essere pericolosi. Occorre invece concentrare l'eccellenza in poche strutture, riconvertendo la miriade di piccoli ospedali che esistono in Campania" e la dichiarazione del Direttore sanitario soprintendente del polo ospedaliero San Donato Milanese (*Il Corriere del Mezzogiorno* 25.9.04): "(...) bisogna tagliare i rami secchi, perché l'ospedale del futuro concentra grandi tecnologie e grandi investimenti. L'ospedale ideale oggi deve avere dai 400 ai 600 posti letto, e il ricovero, anche nei casi acuti, non deve durare più di sei giorni, secondo un target mondiale. Strutture più piccole non dovrebbero ospitare i pazienti ricoverati in fase acuta, e andrebbero utilizzate come centri di riabilitazione, day hospital o day surgery". Da anni sosteniamo questi tesi, insieme a pochissimi altri, tra cui Angelo Montemarano, ma la soddisfazione di vederle riportate ancora una volta viene soppiantata dall'amarrezza legata alla difficoltà di vedere realizzato uno schema che ormai diventa, non solo una scelta tecnica, ma una necessità sociale. Cosa giova di più alla collettività? Piccoli ospedali sottoutilizzati, incompleti, doppiati di altri presidi o - viceversa - la

tipologia di ospedale indicata da Montemarano e Polissero? È evidente che questa è la tipologia. Ma a chi tocca porre in essere questi schemi? Non certamente ai tecnici, i quali già si sono espressi. Questo fardello grava sulle spalle della politica quale amministratrice della cosa pubblica e del sindacato quale rappresentante dei legittimi interessi dei lavoratori.

La politica

Negli ultimi trent'anni nell'area metropolitana di Napoli ricordiamo la chiusura dell'ospedale San Camillo e la riconversione degli ospedali Elena d'Aosta e Loreto Crispi. Scelte tecniche, non obbligate come oggi, ma rivelatesi felici per la lungimiranza di chi le propose e le attuò, scelte che furono contrastate fortemente dalle realtà politiche territoriali e dalle lobbies di tutte le categorie degli operatori. Cosa faranno oggi i nostri amministratori di fronte alle proposizioni meramente tecniche indicate nello schema che illustrano il Direttore generale di Napoli 1 e il Direttore sanitario soprintendente del polo ospedaliero San Donato Milanese?

Avranno il coraggio di decidere, rischiando l'impopolarità e spiegando ai propri elettori la portata innovativa e tutelante per quelle comunità o - viceversa - destra, sinistra e centro faranno a gara nel conservare l'esistente, arrivando fino ai girotondi bipartisan, issando bandiere bianche con sopra disegnati bianchi conigli, sotto la spinta dei paladini della conservazione, diventan-

do essi stessi paladini della conservazione?

Il sindacato

La questione legata alla riconversione-chiusura degli ospedali può rappresentare occasione importante per il sindacato. Qual è la strada maestra su cui il sindacato, quello medico, confederale ed autonomo, può rivitalizzarsi, liberandosi dalle secche di un contenzioso giornaliero a cui è costretto dalle difficoltà in cui versa la sanità pubblica? A nostro giudizio, si apre un percorso in cui strategia e diritti dei lavoratori si possono e si devono embricare. Tale strada è rappresentata dalla capacità di non inseguire la difesa dello status quo, opponendosi ai trasferimenti, mobilità delocalizzazioni in altri presidi o nel territorio, opposizione che può soltanto acuire degrado di strutture con conseguente disagio per pazienti ed operatori. Il sindacato non deve subire altresì la chiusura-riconversione degli ospedali, ma deve fare propria e sostenere questa tesi con convinzione e determinazione, stimolando innanzitutto la classe politica ad agire in questa direzione. Il reperimento di risorse potrà consentire investimenti in nuove strutture e soprattutto in nuove tecnologie, capacità di competere con il privato, possibilità di verificare l'efficacia delle prestazioni, introducendo controlli e verifiche obiettive con conseguenti incentivi o comminatorie per gli operatori (verifiche che attualmente spesso sono impossibili per carenze di strutture e tecnologie), sottraendo gli operatori al rischio di degradazione professionale secondario, al degrado strutturale e tecnologico, sempre più ingravescente negli ospedali. È questo il ruolo moderno ed innovativo di un sindacato riformista che non si limita al quotidiano ed al particolare, ma alla capacità di guardare lontano, tutelando gli interessi degli operatori e dei propri iscritti anche rischiando in termini di adesioni.

*Segretario Regionale Anaa Assomed

**Coordinatore Interaziendale Provinciale di Napoli Anaa Assomed

CORSO NAZIONALE Napoli 17-18 dicembre 2004

Risk management in sanità

Presentazione del corso

Il Corso, riservato a 50 medici dirigenti dipendenti del Ssn, si propone l'obiettivo di fornire conoscenze sulla definizione del rischio clinico in ambito sanitario.

Il Corso, articolato in quattro Sessioni, si pone come obiettivo far acquisire le competenze necessarie per lo svolgimento delle funzioni di gestione, in modo integrato, efficace ed efficiente, delle attività finalizzate alla prevenzione del rischio nelle aziende sanitarie. Attraverso le varie relazioni, viene presentato un quadro di riferimento completo sul rischio clinico e viene fornito un quadro analitico degli elementi che maggiormente influenzano i sistemi di gestione del rischio.

Al termine di ciascuna Sessione è previsto l'utilizzo di una metodologia didattica di tipo "attivo" al fine di favorire il confronto e la partecipazione attiva in aula.

Infine, la verifica dell'apprendimento prevede, al termine del progetto formativo, la distribuzione di un questionario con domande inerenti i punti salienti oggetto della trattazione dei docenti presenti in aula.

Programma

VENERDÌ 17 DICEMBRE 2004

09.00	Registrazione dei partecipanti, firma d'ingresso, consegna materiale didattico e compilazione questionario iniziale di valutazione
09.30	Presentazione del corso

I SESSIONE - DEFINIZIONE E DIMENSIONI DEL PROBLEMA MALPRACTICE

10.00	Caratteristiche e costi del fenomeno malpractice nei moderni sistemi sanitari
10.45	Il glossario del rischio: errore medico, rischio clinico, evento avverso
11.15	Anatomia dell'errore: errore umano, errore organizzativo, errore manageriale, catena dell'errore
12.00	Presentazione di un caso
12.15	Audit a piccoli gruppi con "auditor"/tutori sul caso presentato, con discussione e analisi finale dei risultati
13.30	Pausa pranzo

II SESSIONE - STRUMENTI E FINALITÀ DELLA GESTIONE DEL RISCHIO

14.30	Fattori di rischio per eventi indesiderati nella pratica clinico-assistenziale
15.15	Il risk management: organizzazione e ruolo nelle Aziende Sanitarie

16.15	Prevenzione e gestione degli eventi indesiderati: i soggetti coinvolti, gli strumenti linee guida, clinical audit, procedure sicurezza etc., la formazione, il technology assessment
17.15	Coffee break
17.30	Modalità e criticità della rilevazione degli eventi indesiderati: raccolta dati, sistema informativo e incident reporting
18.15	Presentazione di un modello di rilevazione degli eventi indesiderati
18.30	Audit a piccoli gruppi con "auditor" tutori sul modello presentato con discussione in aula dei risultati dell'audit

SABATO 18 DICEMBRE 2004

III SESSIONE - IL CONTENZIOSO MEDICO LEGALE

09.00	Registrazione partecipanti, firma d'ingresso
09.00	La medicina difensiva
09.45	La Medicina legale e la malpractice: perizie e periti
10.30	La giurisprudenza e la malpractice: responsabilità civile e penale
11.15	Coffee break
11.30	Illustrazione di una sentenza della Corte di Cassazione su una causa di malpractice sanitaria
11.45	Audit a piccoli gruppi con "auditori" tutori e discussione finale in aula con i relatori.
13.30	Colazione di lavoro

IV SESSIONE - LA TUTELA DEL RISCHIO PROFESSIONALE

14.30	Le criticità della tutela assicurativa: premi, risarcimenti, coperture
15.15	Gli obblighi assicurativi delle aziende sanitarie e dei professionisti
15.45	L'arbitrato: l'esperienza di Trento
16.30	Audit a piccoli gruppi con "auditor" tutori sull'esperienza presentata
17.30	Test finale di apprendimento, questionario di gradimento e consegna attestati di frequenza al corso

INFORMAZIONI

Via Barberini, 3 - 00187 Roma
telefono 06 4820154 - fax 06 48903523
e-mail: fondazionepietropaci@libero.it

SEDE DEL CORSO

HOTEL SANTA LUCIA Via Partenope, 46 - 80121 Napoli
Telefono 081 7640666
Fax 081 7648580