

IN COMMISSIONE AFFARI SOCIALI IL NUOVO TESTO DEL DDL

GOVERNO CLINICO

COLPO DI MANO DEGLI UNIVERSITARI

LE OSSERVAZIONI DELL'ANAAO ASSOMED

La cornice legislativa degli assetti gestionali del Ssn disegnata dal Dlgs 502/92 e s.m. non ha impedito alla politica di invadere la sfera della sanità per promuovere e mantenere un capillare controllo del consenso o ad certa cultura aziendalista di sopraffare i valori della professione. In non poche realtà, la cascata delle responsabilità di governo si è infatti tradotta in una rigida catena di comando che ha sacrificato sull'altare del pareggio di bilancio le ragioni di ordine clinico ed anche quelle di una efficiente gestione, come il disastro dei conti dimostra.

L'Anaa Assomed ribadisce il suo accordo con la volontà di procedere alla definizione di un diver-

so equilibrio che realizzi l'integrazione delle competenze e dei poteri nelle Aziende sanitarie. Occorrono, a tal fine, proposte capaci di individuare organismi aziendali rappresentativi dei professionisti che, in autonomia e responsabilità, orientino e supportino il management aziendale nelle scelte tecniche, e di definire procedure di selezione e verifica delle carriere meno discrezionali ed autoritarie alleggerendo l'insopportabile deriva burocratica verso la quale è oggi sospinta la pratica dell'appropriatezza clinica. È questo un presupposto, a nostro parere, del governo clinico, inteso come espressione di un sistema pluridisciplinare e pluriprofessionale di indirizzo e governo delle attività tecnico sanitarie fina-

lizzato all'efficacia, appropriatezza e sicurezza delle prestazioni pur nell'ambito di risorse definite. Pur esprimendo soddisfazione per il recepimento nel testo unificato di alcune delle osservazioni già avanzate, l'Anaa Assomed ribadisce la propria decisa contrarietà in ordine alla ipotesi di inserire un componente universitario nelle Commissioni per l'affidamento dell'incarico di direzione di strutture complesse del Ssn, sia pure "soltanto" per le Aziende Integrate, che però rappresentano una quota importante della rete ospedaliera e comprendono le strutture dotate di più elevata complessità tecnologica e densità di risorse professionali. *segue a pagina 4* ➔

la sintesi del Ddl "governo clinico" pag. 4-6

Sommario I

PATTO PER LA SALUTE

Il Governo presenta la sua proposta. Prima risposta negativa delle Regioni *pagine 2-3*

SANITÀ USA

Intervista a Gino Gumirato, l'esperto italiano che lavora con lo staff di Obama *pagine 7-8*

CONTRIBUTI

I medici in difesa del Ssn. Dopo la rottamazione. Quali psichiatri. *Iscaro, Zuccarelli, Rosini alle pagine 9-12*

Recapitata sul tavolo delle Regioni la proposta di Palazzo Chigi per il **PATTO PER LA SALUTE**

REGIONI: È UN "PATTO DEI TAGLI"

Ancora tagli ai posti letto, ridimensionamento del personale, finanziamenti in calo per l'anno a venire sul 2009 e imposizione dei ticket nelle Regioni che sgarrano i conti, chiamando dunque i cittadini a pagare. Anche quelli finora esenti. Sono le principali novità contenute nel Patto per la Salute 2010-2011 elaborato dal Governo. Ma le Regioni sono pronte a dare battaglia

↳ Lucia Conti

Valutate nel dettaglio tutte le proposte formulate dal Governo per il rinnovo del Patto per la Salute valido per il biennio 2010-2011, le Regioni hanno deciso di rinviare al mittente la bozza di intesa pervenuta agli inizi di settembre. Il no delle Regioni è stato netto ed è frutto di una "24 ore" romana lo scorso 24 settembre, nella quale tutti i governatori si sono espressi negativamente sulla bozza del Ministro Sacconi, decidendo contestualmente di riscriverla da cima a fondo entro le prossime due settimane. E il tempo stringe, considerando che la scadenza dell'intesa è stata decisa per legge entro e non oltre il 15 ottobre prossimo.

La distanza abissale tra Regioni e Governo resta comunque quella sui conti: 7 miliardi in meno del necessario per le Regioni. Una cifra contestata dal Governo che ha ribadito che i soldi per la sanità ci sono e in quantità addirittura maggiori.

Insomma, al momento, siamo di fronte ad una vera e propria impasse che, avverte l'Assessore lombardo alle Finanze Romano Colozzi "può tradursi in uno scontro istituzionale in cui tutti perderebbero". Spiega infatti il presiden-

te della Conferenza delle Regioni, l'emiliano Vasco Errani, "O col Governo troviamo una linea di equilibrio che garantisca i livelli di assistenza, oppure dovrà essere chiaro che quei livelli non sono sostenibili".

Che le cose potessero finire in questo modo, del resto, se ne era avuta avvisaglia già dalla settimana precedente, quando con un gesto clamoroso, le Regioni avevano disertato l'abituale confronto

con il Governo sul ddl finanziaria.

La disponibilità al dialogo è poca, quella al compromesso pressoché nulla e a nervi così tesi non sarà facile migliorare la situazione. "Non ci siamo" è stato il commento a caldo di Errani, alla vista della bozza del Governo. Alcune questioni critiche erano già state poste dalle Regioni molti mesi fa, a partire dall'insufficienza dei fondi, ma il Governo non ha fat-

to passi indietro: aveva detto che non ci sarebbe stato un soldo in più e così è. Ma se "è vero che l'inflazione si è ridotta praticamente a zero", Errani ribadisce che le cifre del 2010-2011 sono comunque "sottostimate". Critiche al documento arrivano anche sul piano formale: "Quell'impianto non funziona - ha osservato - in primo luogo perché in quanto Regioni non siamo subordinati al Governo, in secondo luogo

perché su una materia come quella sanitaria non si può avere un atteggiamento solo ragionieristico. Stiamo parlando di un diritto costituzionale alla salute". Di opinione simile è il coor-

La proposta del Governo in pillole

IL FONDO SANITARIO NAZIONALE

103.998 milioni di euro per il 2010 e 106.318 per il 2011. Questo è quanto lo Stato è disposto a mettere sul piatto per finanziare la sanità. Una cifra ben inferiore a quella richiesta dai presidenti delle Regioni, secondo i quali per la tenuta della sanità sarebbe necessario un finanziamento statale di almeno 108 milioni di euro per il 2010 e 110 per il 2011.

COSTI STANDARD: PROVE DI FEDERALISMO FISCALE

Standard dei posti letto,

standard del costo del personale, standard di struttura, standard di appropriatezza, standard di efficienza, standard di salute. La parola standard compare in continuazione nella bozza del Governo. E dovrebbe essere proprio questo criterio a legittimare le cifre di finanziamento stanziato dal Governo. L'utilizzo dei costi standard, infatti, dovrebbe portare le Regioni a contenere i propri costi senza rinunciare, anzi migliorando, l'efficienza dei propri sistemi sanitari.

CHIUSURA OSPEDALI PICCOLI E/O INEFFICIENTI

"Si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con un numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato nella Regione (o al valore medio delle Regioni) in equilibrio economico e con il migliore risultato". In pratica la bozza del Governo invita a chiudere i piccoli ospedali con una quota e un potenziale di operatività sotto un livello minimo di efficienza.

TAGLIO DEI POSTI LETTO

Da 4,5 per mille posti letto attuali, 1 dei quali per la lungodegenza, si dovrà scendere al 4 per mille e allo 0,7 per mille per la lungodegenza. Sarà però possibile un aumento dei posti letto, fino a un massimo del 3%, nelle Regioni che presentano una popolazione ultra 75enni molto consistente. Ma anche la mobilità influirà sul taglio. In caso di accordi tra le Regioni per la mobilità sanitaria, l'aumento dei posti letto in una dovrà essere



Sacconi:
I soldi per il patto ci sono, più che negli anni precedenti

Errani:
Non è vero, mancano sette miliardi e i Lea sono a rischio

dinatore degli assessori regionali alla Sanità, Enrico Rossi: "È un patto di economia più che di salute". "La preoccupazione è grande", aggiunge Rossi, osservando come ancora una volta il go-

verno agisca "con iniziative unilaterali. La tendenza è quella di invadere il campo delle funzioni regionali con l'obiettivo di smantellare il servizio pubblico". "Negli atti del Governo – prosegue

Rossi – sembra di scorgere quanto già scritto nel Libro Bianco del ministro Sacconi, e cioè di trascurare la sanità pubblica e impoverirla, per aprire maggiori spazi all'investimento privato".

Anche per Colozzi, oltre ad essere assessore alle finanze della Lombardia è anche coordinatore della Commissione Affari finanziari della Conferenza delle Regioni, "la proposta pervenuta dal Governo

nei giorni scorsi non va nella direzione auspicata e concordata" e così il nuovo Patto per la Salute rischia di essere "la tomba del federalismo fiscale" piuttosto che la sua attuazione.

compensato con il taglio nell'altra caratterizzata da mobilità passiva. Razionalizzazione anche dell'assistenza per i pazienti anziani non autosufficienti. Nelle singole Regioni la dotazione a carico del Ssn di posti letto di residenzialità per questi pazienti non dovrà superare il parametro di un posto letto per 100 ultra65enni e di tre posti letto per 100 ultra 75enni.

TAGLI DEL PERSONALE

I risparmi arriveranno anche attraverso un ridimensionamento del numero del personale, anche quello operante nelle aziende ospedaliere universitarie a

carico anche parziale del Ssn. Di conseguenza, andranno a diminuire anche i fondi della contrattazione integrativa per i contratti collettivi nazionali. Anche questo ridimensionamento avverrà sulla base di alcuni standard. Per cominciare, "si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Ssn (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità del personale) superiore al valore della Regione (o al valore medio delle Regioni) in equilibrio economico e con il migliore

risultato. Ma le unità dovranno anche seguire uno standard "personale per posto letto" e uno "personale per popolazione assistita".

TICKET A CASCATA SE LA REGIONE VA IN ROSSO

Le Regioni che al secondo trimestre avranno le casse in disavanzo dovranno attivare adeguate forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, compresi quelli a qualsiasi titolo esenti, per un importo di manovra pari ad almeno il 75% dello squilibrio rilevato. Il costo dei ticket aumenterà automaticamente (o

nuovi ticket dovranno entrare automaticamente a regime) nel caso in cui lo scostamento superi il 5% rispetto all'andamento programmatico di spesa rivelato nel monitoraggio trimestrale o il 3% rispetto alla verifica del IV trimestre.

Le manovre riguarderanno, in particolare:

- Ticket sui farmaci
 - Ticket sulla specialistica ambulatoriale
 - Ticket su prestazioni in day hospital
 - Ticket sulle spese alberghiere per ricoveri ospedalieri.
- Previsto inoltre che le Regioni possano incrementare le tariffe pagate dai cittadini per le prestazioni in intramoenia.

PIANI DI RIENTRO: SCATTA D'OBBLIGO SE IL BUCO SUPERA IL 7%

Obbligo di sottoscrivere un Piano di rientro (o di prorogarlo in caso già attivato) per le Regioni che superano del 7% lo standard dimensionale di disavanzo sanitario strutturale. L'obbligo è previsto anche in caso di disavanzo inferiore per le Regioni con scarsa capacità fiscale di Irap e Irpef o in caso di inadempienza regionale. Ancora da definire il fondo transitorio di accompagnamento per i ripiani, ma in ogni caso i Piani di rientro già in essere e le risorse ad essi destinati non potranno essere promulgati oltre i 3 anni.

Le norme contenute nel **TESTO BASE** all'esame della **COMMISSIONE AFFARI SOCIALI**

Governo clinico, ANCORA NON CI SIAMO

Ci sono ancora poche luci e troppe ombre nel nuovo testo base sul governo clinico approvato alla fine di luglio alla Affari Sociali della Camera e in discussione in questi giorni in Commissione.

Nonostante assegni al Collegio di direzione un ruolo di primo piano nella pianificazione e programmazione delle attività gestionali organizzative aziendali, e introduca nuovi criteri di nomina dei Dg, contiene proposte penalizzanti per i medici ospedalieri. È "l'ennesima dimostrazione dell'atteggiamento punitivo di Governo e maggioranza nei confronti dei medici ospedalieri" denuncia l'Anao Assomed (di seguito le osservazioni del sindacato).

In particolare sono da respingere al mittente le disposizioni che prevedono un tutore esterno a garanzia della trasparenza dei concorsi per primario ospedaliero, e la pre-

senza del docente universitario che scappa alla rottamazione e viene chiamato a risolvere la "questione morale" della invadenza della politica nella sanità. "Come affidare ad una volpe la guardia di un pollaio" ha sottolineato Carlo Lusenti, segretario nazionale dell'Anao Assomed.

Questi in estrema sintesi i punti fondamentali del testo all'esame della Commissione. **Principi fondamentali (Art. 1)** Sono le Regioni, nel rispetto della Legge, a disciplinare il governo della attività cliniche che nelle strutture sanitarie è attuato con la partecipazione del Collegio di Direzione.

Collegio di Direzione (Art. 2) Diventa organo dell'Azienda al pari della direzione generale. I suoi pareri saranno inoltre obbligatori: sull'atto aziendale, sui programmi di ricerca e formazione, sugli obiettivi della contrattazione integrativa aziendale e sul piano aziendale di formazione di

medici e sanitari.

Nel Collegio di Direzione delle Aziende miste è assicurata la paritaria rappresentatività della componente medico-ospedaliera e di quella universitaria.

Direttori generali (Art. 3)

Restyling per requisiti e criteri di valutazione dei Dg. I

Le osservazioni dell'Anao Assomed sul Ddl "governo clinico" all'esame della Commissione Affari Sociali

➔ segue da pag. 1

Le ragioni per le quali l'Anao Assomed, insieme peraltro con tutte le Oo.Ss. della Dirigenza Medica, respinge con forza la eventualità prospettata sono da ricercare nella assenza di qualsivoglia motivazione di ordine logico, normativo o organizzativo.

I 110mila medici ospedalieri considerano una norma del genere niente altro che una espressione della strategia colonizzatrice della Facoltà di Medicina, un nuovo esempio di subordinazione al mondo accademico, una impropria esondazione di uno stato giuridico nell'ambito delle prerogative dell'altro, tale da contraddire in maniera clamorosa il principio della pari dignità delle due componenti nel difficile processo di integrazione auspicato. Insomma, un ulteriore tassello

di una strategia di invasione della Facoltà di Medicina (che fa capo al Ministero della Istruzione) nel campo della funzione assistenziale propria degli Ospedali (che fanno capo alle Regioni) con il pretesto della didattica e della ricerca (unici ruoli istituzionali della Università), un grimaldello che mira alla utilizzazione della direzione di strutture complesse come ricompensa di mancate carriere accademiche. Senza alcuna forma di reciprocità, visto che una componente ospedaliera non è prevista nei concorsi universitari o di analogia, visto che la nomina dei Direttori universitari di struttura complessa non prevede alcuna commissione o selezione ma una investitura diretta tramite intesa tra Rettore e Direttore generale. Altro che

rapporto fiduciario!

È appena il caso di notare, poi, che la presenza universitaria non ha certo garantito in passato la oggettività delle scelte e che forte ed attuale è la polemica sui concorsi gestiti dal personale universitario che certo non è ontogeneticamente immune da vizi (vedi in ultimo "L'Espresso" n. 2 2009 e "Il Giornale" 29 ottobre 2008).

Ci sembrano, invece, maturi i tempi, e favorevole la occasione, per abolire l'obbligo della specializzazione per accedere alla Dirigenza medica del Ssn, vista l'eccessiva lunghezza del percorso formativo post laurea che condanna i giovani medici alla perdita della massima tutela previdenziale, e la sostanziale inefficacia dell'attuale organizzazione dell'attività di gran parte

delle scuole di specializzazione. Tra l'altro restituendo agli Ospedali ed al Ssn un ruolo formativo professionalizzante.

Altri punti sui quali intendiamo richiamare l'attenzione riguardano:

DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE

La nomina diretta dei Direttori generali da parte della autorità politica ha reso possibile il ramificarsi nelle Aziende sanitarie di interessi impropri, anche di tipo spartitorio nei confronti del "middle management" tecnico professionale, cui sono stati piegati, in molte occasioni, il riconoscimento del merito e delle competenze professionali.

Condividiamo dunque la volontà di elevare la asticella della qualità professionale dei Direttori generali attraverso sia il superamento di uno specifico percorso formativo, anche per i Direttori in carica, che la individuazione di sistemi di valutazione, in itinere ed al termine dell'incarico, su obiettivi comprensibili, raggiungibili e misurabili, e non solo di natura economica.

bandi di concorso e curriculum degli aspiranti saranno resi pubblici dalle Regioni che utilizzeranno a questo scopo i propri siti internet.

I manager dovranno aver frequentato un corso di formazione in sanità pubblica e organizzazione aziendale organizzato dall'Agenas o a livello regionale o interregionale in collaborazione con le Università o con altri soggetti pubblici o privati accreditati. Saranno valutati da una commissione regionale in base a linee di indirizzo approvate dalla Conferenza Stato-Regioni. Conferme e bocciature dovranno essere motivate e pubblicate on line.

Introdotta anche precisazione sulle remunerazioni dei Dg: è stabilito che dovranno guadagnare il 20% in più dei primari della loro Azienda, integrato di un'ulteriore quota, fino al 20%, previa valutazione da parte della Regione dei risultati di gestione ottenuti e degli obiettivi raggiunti.

Aumentano anche le retribuzioni di Direttori sanitari e amministrativi che saranno l'85% di quelle dei manager. **Incarichi di struttura complessa (Art. 4)**

Regole nuove per la nomina dei primari. Sarà necessario un avviso pubblico tre mesi prima che il posto si liberi, e la selezione sarà affidata a una commissione composta da tre membri (erano cinque nell'ultimo testo Cfr. DM n. 2/09) – presieduta dal Direttore sanitario e composta da due medici specializzati nella stessa disciplina – scelti per sorteggio da un elenco nazionale, e con strumenti di valutazione previsti nel contratto. La commissione presenterà poi al Dg una terna all'interno della quale il manager pescherà il vincitore con provvedimento "motivato". Nelle Aziende integrate è prevista la presenza di un componente universitario nella Commissione per l'affidamento dell'incarico di struttura complessa. Gli inca-

ricchi di direzione di struttura semplice sono attribuiti sempre dal Dg, su proposta del Direttore di struttura complessa, sentito il Collegio di dipartimento.

Valutazione dei primari e dei direttori di Dipartimento (Art. 5) È stabilito che gli strumenti di valutazione, definiti dalle Regioni, devono prevedere il raggiungimento della quantità di prestazioni necessarie per centrare gli obiettivi assistenziali concordati con il Dg e la valutazione delle strategie adottate per contenere i costi. Strumenti che devono comunque essere presenti anche nel Ccnl

Dipartimenti (Art. 6)

Spazio ai dipartimenti: diventano il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

Il Direttore di dipartimento è nominato dal Dg nell'ambito di una terna proposta dal Comitato di dipartimento, sentito il Collegio di Direzione. **Responsabilità dei direttori di**

Dipartimento (Art. 7)

Competono ai Direttori di dipartimento ampie responsabilità di indirizzo e valutazione delle attività clinico-assistenziali e tecnico-sanitarie per garantire agli assistiti accesso ai servizi. Organizza e gestisce i posti letto da attribuire alle strutture semplici e complesse, sentito il Collegio di direzione e d'intesa con il Comitato di dipartimento.

Età di quiescenza (Art. 8)

Il limite di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Ssn, così come avviene per gli universitari, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età. A richiesta si può lavorare fino ai 70 anni.

Libera professione ed esclusività di rapporto (Art. 9)

Nuove regole per la libera professione dei medici. Il testo prospetta tre opzioni: quella di chi non ha l'esclusiva del rapporto di lavoro; l'intramoenia nelle strutture aziendali; l'intramoenia allar-

gata negli studi dei professionisti o in strutture non convenzionate con il Ssn. Tutte le attività esterne non devono comportare oneri per l'Azienda né per il professionista nei confronti dell'Azienda stessa.

Regole uniche per tutti: la Lp si fa solo fuori orario di servizio e, se all'esterno, mai in strutture convenzionate; non deve superare il numero di ore di attività istituzionale e la tariffa sarà contrattata dal singolo in base a un accordo quadro con i sindacati; le prenotazioni saranno gestite dal Cup con spazi e liste separate, pagamento e ripartizione degli incassi secondo linee guida regionali.

Libera professione intramoenia degli operatori sanitari non medici (art. 10).

Anche gli operatori non dirigenti, quindi infermieri e tecnici, avranno l'intramoenia con modalità analoghe ai medici. (E.M.)

Non tralasciando anche di introdurre un limite di età.

Insomma, l'attribuzione dell'incarico di Direttore generale deve essere una scelta responsabile da ancorare ad un contesto di garanzie tecnico professionali valutate, magari, da uno specifico Soggetto Tecnico autorevole e terzo che, mediante procedure trasparenti e verificabili, propone al decisore politico una rosa ristretta di candidati con le migliori caratteristiche tecnico professionali per ciascun specifico incarico.

Questa attività di selezione deve prevedere misure di pubblicità accessibili al pubblico, anche utilizzando siti internet, sistemi trasparenti di valutazione e verifica relativi al possesso di requisiti idonei tra i quali privilegiare le attività svolte in ambito sanitario e socio sanitario, la pubblicazione dei curricula dei candidati, la definizione preventiva, sentite anche le comunità locali, dei criteri di valutazione e verifica della

loro attività, in particolare connessa al raggiungimento di obiettivi definiti di efficienza, efficacia e qualità dei servizi sanitari.

COLLEGIO DI DIREZIONE

Ribadiamo piena condivisione con la individuazione del Collegio di Direzione tra gli organi della Azienda sanitaria, per garantire al management aziendale il valore aggiunto di quelle competenze tecnico professionali senza le quali appare oggi improbabile un efficace governo della qualità ed appropriatezza delle attività sanitarie.

La funzione di "organo" deve, però, per non ridursi a pura petizione di principio, essere sostanziata di specifiche e nuove competenze.

L'esercizio di un ruolo di governo da parte dei professionisti richiede il coinvolgimento diretto nella definizione degli obiettivi di qualità del servizio e nella valutazione degli esiti; la valorizza-

zione prioritaria dei percorsi clinico assistenziali integrati, delle linee guida, delle procedure di sicurezza di pazienti e di operatori, della ricerca applicata e delle innovazioni gestionali ed organizzative; il sistematico utilizzo di audit qualificati preposti alla valutazione della qualità percepita dei servizi resi; la implementazione di una cultura dell'errore come elemento di auto apprendimento dei professionisti in una ottica proattiva.

I pareri obbligatori, alcuni dei quali potrebbero anche avere carattere vincolante, devono essere espressi: sull'atto aziendale, sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio, sul piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare; sulla stipula o rinnovo di convenzioni, accordi contrattuali o di collaborazione a qualunque titolo, con soggetti pubblici e privati attinenti alle modalità di erogazione e/o alla diversa finalizzazione delle attività sanitarie e socio sanitarie

ad alta integrazione sanitaria; sullo sviluppo ed innovazione delle tecnologie sanitarie e sulla valutazione del loro impatto sui livelli di efficacia e costi delle prestazioni rese; sui programmi di formazione continua ed aggiornamento professionale correlate all'Ecm; sulle attività relative alla prevenzione e gestione del rischio clinico ed alla sicurezza degli operatori; sui programmi finalizzati allo sviluppo della ricerca pura ed applicata; sulle attività dedicate alla promozione e verifica dell'appropriatezza tecnico professionale e gestionale delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria; sulla modalità di esercizio e di controllo della libera professione intramoenia.

Il Collegio di Direzione potrebbe esprimere altresì il proprio "gradimento", a carattere non vincolante, sulla proposta di nomina del Direttore sanitario se quest'ultimo è chiamato a presiederlo.

Concordiamo anche con la volontà di determinare una composizione del Collegio non interamente riconducibile alle scelte del Direttore generale sia restringendone il potere di nomina dei Direttori di Dipartimento all'interno di una terna proposta dal Comitato di Dipartimento sia prevedendo una quota elettiva accanto alla presenza di diritto dei Direttori di Dipartimento tra i quali, nelle Aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, deve essere assicurata la parità numerica tra la componente medica ospedaliera e quella universitaria. La attuale situazione, in cui la componente universitaria prevale nella direzione dei Dipartimenti, e quindi nella composizione dei Collegi di Direzione, pur essendo numericamente di gran lunga minoritaria nelle dotazioni organiche, non è giustificabile né ulteriormente tollerabile.

segue a pag. 6

Le osservazioni dell'Anao Assomed sul Ddl "governo clinico" all'esame della Commissione Affari Sociali

➔ segue da pag. 5

Riteniamo, comunque, eccessiva la attribuzione al Direttore di Dipartimento anche di responsabilità clinica.

Una quota elettiva andrebbe prevista anche nei Comitati di Dipartimento.

Nel Regolamento dovrebbero altresì essere definite le modalità di individuazione, su base elettiva, la durata in carica e le attribuzioni del Presidente del Collegio.

CONSIGLIO AZIENDALE DELLE PROFESSIONI

Nella prospettiva di riconoscimento delle autonomie ed attribuzione di responsabilità vanno altresì rivisitati compiti e funzioni del Consiglio dei sanitari, meglio definito come Consiglio delle Professioni Sanitarie, quale occasione e luogo nel quale sistematicamente ricondurre e ricomporre le conflittualità tipiche dei sistemi complessi.

AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI

Pur considerando il testo proposto sostanzialmente rispettoso delle disposizioni contrattuali riteniamo ridondante il parere del Collegio di Direzione in merito all'affidamento di incarichi professionali che nelle Aziende di maggiori dimensioni potrebbe interessare centinaia di professionisti e richiedere conoscenza diretta di curricula e competenze.

DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA

In questo ambito la totale discrezionalità di scelta del Dg, oggi vigente quale espressione del rapporto fiduciario, va commisurata ad un altro sistema di valori, tipico dei mondi professionali, che guarda al riconoscimento delle competenze e del merito. L'Azienda sanitaria è speciale anche per questo ed una soluzione ottimale per la scelta dei Direttori di struttura complessa non può che esprimere una sintesi alta dei diversi sistemi di valori in campo al fine di irrobustire la tutela della qualità dell'assistenza e contrastare la devastante erosione della fiducia e dell'affidabilità del sistema tra i

cittadini e tra gli stessi professionisti.

Per tali motivazioni, a nostro giudizio, è anche giusto abolire l'articolo 15 septies del Dlgs 229/99, in questi anni rivelatosi più spesso occasione di equivoci ed abusi che di positive opportunità, assumendo che gli incarichi di direzione possono essere attribuiti esclusivamente secondo le procedure e i requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484. Se l'obiettivo è garantire trasparenza, imparzialità di giudizio, e valorizzazione del merito tecnico-professionale occorre introdurre nel sistema attuale sostanziali elementi di discontinuità a cominciare dal bando di selezione che deve specificare le caratteristiche delle competenze professionali e i requisiti curriculari richiesti in ragione della tipologia delle attività sanitarie da garantire, come definite nella programmazione strategica aziendale.

La Commissione di selezione, presieduta dal Direttore del Dipartimento nel quale è inserito l'incarico da attribuire, dovrebbe essere costituita da altri tre Direttori di struttura complessa, appartenenti alla stessa disciplina, indicati dal Collegio di Direzione mediante pubblico sorteggio effettuato tra il personale dei Servizi sanitari compresi in elenchi nazionali, a tal fine predisposti ed aggiornati presso il Ministero della Salute, escludendo quindi la possibilità di una componente universitaria.

Se non si vuole, poi, un ritorno al passato dei tradizionali concorsi pubblici, dimostratisi tutt'altro che immuni da pressioni ed ingerenze esterne, si possono prevedere tre tappe distinte:

1) nella prima, la Commissione effettua la valutazione dei curricula dei candidati secondo i criteri e le procedure di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, eventualmente da aggiornare in successivi atti regolamentari;

2) nella seconda, la Commissione seleziona sulla base di tale valutazione di merito tecnico-professionale riferito all'incarico da conferire, tre candidati mo-

tivando adeguatamente le proprie decisioni e rendendone noti, sui siti internet aziendali, i curricula, con i quali, integrata dal Direttore generale, conduce un successivo colloquio di valutazione attitudinale, concernente la verifica delle competenze in materia di organizzazione e gestione delle risorse per gli obiettivi da conseguire, da effettuare in base a criteri generali e comuni definiti in sede di Conferenza Permanente dello Stato-Regioni e Province autonome;

3) esperite tali procedure, la Commissione integrata completa il processo di selezione individuando, con parere concorde della maggioranza dei suoi cinque componenti, il candidato cui il Direttore generale conferisce l'incarico con motivazione scritta. Ciò tiene conto anche del fatto che il carattere distintivo dell'incarico di direzione di struttura complessa è, a nostro parere, l'esercizio di funzioni tecnico professionali in regime di autonomia, per cui non appare ulteriormente invocabile la necessità di un rapporto fiduciario con il Direttore generale, a differenza del management intermedio, rappresentato dai Direttori di Dipartimento, ove gli aspetti di coordinamento e controllo dei processi operativi appaiono prevalenti.

E per i Direttori di Unità Operative Assistenziali universitari occorre pensare ad analoghi meccanismi selettivi, (rose di candidati) pur nel rispetto della autonomia universitaria, a supporto della intesa tra Rettore e Di-

rettore generale, escludendo investiture automatiche e duplici di ruoli giuridici.

ETÀ DI QUIESCENZA

Se è condivisa la volontà di prevedere una disciplina omogenea per il personale ospedaliero dipendente e quello universitario con compiti assistenziali, come peraltro auspicato da un ordine del giorno approvato dalla Camera dei Deputati, crediamo preferibile raggiungere l'obiettivo modificando il limite previsto per il personale universitario dalla legge 230/2005, prevedendo un aumento solo ai fini del raggiungimento del massimo di anzianità contributiva. Infatti, in mancanza di una riforma delle politiche di ingresso dei medici nel Ssn che ne abbassino l'età di accesso, l'innalzamento della età di quiescenza, in combinata con il ricorrente blocco del turnover, contribuisce al progressivo invecchiamento del Ssn, restringendo gli sbocchi occupazionali dei giovani, ed all'irrigidimento delle carriere.

In ogni caso il limite di età non può essere soggetto a restrizioni discrezionali in merito alla concessione del biennio di cui all'art. 16 del Dlgs 503/93 o al raggiungimento del massimo di contribuzione (40 anni) o a discriminazioni tra tipologia di incarichi, quali quelle previste dalla L. 102/2009.

LIBERA PROFESSIONE

Innanzitutto, non può non essere rilevato che tale materia meglio potrebbe essere discussa se collocata in sede diversa da un Ddl sul governo clinico. Certo è che un sistema che trasferisce l'opzione all'esercizio della attività intramoenia dal medico alla Azienda aumenta i gradi di libertà dell'esercizio della attività libero professionale deve, nel contempo, preoccuparsi di preservare la esistenza della indennità di esclusività, impedendone utilizzi diversi e non precludendo, in maniera forse definitiva, ogni ipotesi di un suo incremento.

CONCLUSIONI

L'Anao Assomed chiede agli onorevoli deputati di voler modificare il testo in discussione sia per gli aspetti legati alla intramissione del mondo universitario, lesivi della professionalità dei medici ospedalieri, che per quelli ostativi di una efficiente organizzazione e si dichiara da subito disponibile ad un confronto costruttivo auspicando che il dibattito parlamentare possa trovare, a partire da codesta Commissione, soluzioni soddisfacenti alle criticità evidenziate, per potere condividere senza riserve una volontà politica che intende muoversi lungo linee di indirizzo che mirano a valorizzare la componente professionale medica presente nelle Aziende sanitarie.



Intervista al **CONSULENTE ITALIANO** che sta lavorando **CON LO STAFF DI OBAMA**

Sanità Usa: LA POSTA IN GIOCO

Una bella storia, quella di Gino Gumirato, 43 anni, padovano, economista esperto di management dei sistemi sanitari, con una lunga esperienza come direttore amministrativo, prima a Viterbo, poi a Piacenza e a Chioggia. Dopo aver avviato, come Direttore generale, il risanamento della Asl 8 di Cagliari e aver presentato le proprie dimissioni, "per ragioni personali", all'assessore Dirindin e al presidente Soru, nel dicembre dell'anno scorso per lui si apre una nuova avventura, con una chiamata nello staff economico del presidente Obama, appena insediato alla Casa Bianca. Gumirato la racconta semplicemente, con understatement molto anglosassone: "Anni fa, alla London School of Economics, avevo conosciuto Peter Orszag, che oggi è responsabile del dipartimento amministrazione economica nello staff del presidente Obama. Quando hanno creato il gruppo di lavoro per la riforma hanno deciso di affiancare alle decine di esperti americani anche dieci esperti internazionali. Orszag si è ricordato di me, ci siamo visti a Londra e mi ha chiesto di collaborare. Ho accettato, però ho scelto di rimanere in Italia, di non diventare americano e vado a fare solo il consulente".

Dottor Gumirato, ci aiuti a capire questa riforma che potrebbe rivoluzionare la sanità degli Stati Uniti.

In premessa, occorre dire che ci sono diversi testi pronti, sviluppati più o meno ampiamente da 160 a 20 articoli, che saranno usati in relazione a come verrà valutato l'impatto al Congresso. Ci sono però alcuni punti fermi, a cominciare dalla volontà di dare copertura assicurativa a tutti. Dunque non solo ai 46 milioni circa di cittadini che non hanno l'assicurazione, ma anche a tutte le persone sotto assicurate, underinsured. Nel popolo degli ultra sessantacinquenni i sotto assicurati, che sono persone

Gino Gumirato è uno dei dieci esperti internazionali chiamati da Obama per mettere a punto la sua riforma della sanità. Ha deciso di raccontarci come stanno veramente le cose

↳ Eva Antoniotti

assolutamente a rischio in casi gravi, sono 25 milioni. Quindi si tratta di dare copertura assicurativa a circa 71 milioni di persone, a diversi livelli.

Il meccanismo principale della riforma è la costituzione di un market place delle assicu-

no dicendo che nessuno può obbligarle ad arruolare dei cittadini se loro non lo vogliono. La creazione di un organismo federale, l'Agenzia, potrebbe risolvere il problema, diventando essa stessa una sorta di assicurazione federale che con il compito di piaz-

dente, mentre un'impresa grande ne pagava circa 1.300. C'è quindi uno svantaggio grave per le piccole imprese e questo è uno dei motivi per cui Obama ne fa una questione di sicurezza economica dell'intero sistema. Il suo ragionamento è questo: la de-

ter vivere di rendita, scompariremo dal mercato. E conclude: voi, paladini del mercato, non state tutelando i vostri imprenditori e io sono costretto a salvarli, perché se lasciamo le cose come stanno tutte le imprese con meno di 50 dipendenti, che rappresentano il 28-29% dell'occupazione negli Stati Uniti, rischiano di fallire nel breve periodo.

Lo slogan con cui il presidente riassume la situazione è che la riforma non è una parte del problema, ma è piuttosto una parte della soluzione.

Nella riforma, stando alle notizie pubblicate finora, ci sono interventi importanti anche in materia di farmaci.

L'obiettivo è la riduzione della quantità di farmaci consumati e del prezzo dei farmaci. Anche qui ci sono più versioni della riforma e non è esclusa la creazione di un'istituzione federale che riunisca i molti organismi oggi esistenti su questa materia. Attualmente, oltre alla Food and Drug Administration, ci sono decine di Agenzie tecniche e meno tecniche che si occupano di farmaci, ma nessuna con il compito di tenere sotto controllo il prezzo e la quantità dei farmaci consumati. Su questo terreno negli Usa non hanno mai fatto nulla di quello che è stato fatto in Italia e nella gran parte dei Paesi Europei.

In sostanza fino ad oggi il governo federale è intervenuto solo per verificare la sicurezza dei prodotti farmaceutici. L'unico controllo vero è stato quello della Fda che è un controllo scientifico prima della messa in commercio di un farmaco. Un controllo molto serio, riconosciuto a livello mondiale, ma poi non si faceva altro. Questo ha prodotto discrepanze enormi nei consumi e nei prezzi tra Stati, tra città, tra ospedali. Il costo dei farmaci negli Usa rappresenta l'11% dell'intera spesa sanitaria, che però complessivamente è quasi il 18% del Pil. In Italia il costo dei farmaci è del 13%, ma la spesa

↳ I quattro cardini della riforma di Obama

- 1) Assicurazione sanitaria per tutti, compresi i 46 milioni di cittadini attualmente senza copertura e i 25 milioni di "sotto assicurati", attraverso un market place delle assicurazioni sotto il controllo federale o l'istituzione di un'Agenzia federale ad hoc
- 2) Controllo sul consumo e sul prezzo dei farmaci
- 3) Controlli di qualità e uniformità delle tariffe per prestazioni nel Medicare e nel Medicaid
- 4) Tassazione del 10% delle donazioni dei privati ad istituzioni sanitarie

razioni, ovvero un meccanismo che prevede una copertura assicurativa federale nel caso in cui il cittadino non riesca a trovare tra le tante forme assicurative che ci sono nel mercato quella che gli va meglio e quella che riesce a coprire dal punto di vista economico. Il market place potrebbe realizzarsi attraverso un'Agenzia federale di controllo e questo, ovviamente, è il punto maggiormente in vista dalle assicurazioni.

Eppure il sistema pubblico comprenderebbe servizi, a nome del cittadino, comunque presso le assicurazioni.

Questo è un tema dibattuto, perché le assicurazioni stan-

zare le polizze presso il mercato oppure farle direttamente. Le assicurazioni sostengono che questo sia un distorcimento del mercato, perché lo Stato, o meglio il Governo federale offre prestazioni al cittadino ad un prezzo stabilito, che è di 1.840 dollari, al di là dei meccanismi del libero mercato.

In media quanto costa un'assicurazione sanitaria negli Usa? I costi in realtà sono molto variabili. Infatti, il 90% delle assicurazioni è pagata dalle imprese e il costo dipende dalla grandezza delle imprese. Nel 2006 una azienda con meno di 50 dipendenti pagava in media 2.100 dollari per dipen-

stra, che dice di voler salvaguardare il mercato, ha lasciato che si creasse una situazione in cui il mercato stesso ha talmente drogato i costi sanitari che oggi le piccole imprese rischiano di andare fuori mercato, perché un'impresa che ha un differenziale di costo, per le sole assicurazioni, così grande non può sopravvivere nel mercato a livello globale. Per questo le piccole imprese, che non possono rinunciare ad un giusto guadagno, oggi stanno rinunciando ad investire in tecnologia e ricerca scientifica. Ma Obama avverte: questa cosa può reggere per tre, cinque, otto anni, ma se pensiamo di po-

sanitaria è l'8,5% del Pil. Questo significa che loro consumano i due terzi di farmaci in più rispetto a quanto consumiamo noi, oltretutto con dati dal punto di vista epidemiologico assolutamente peggiori dei nostri in termini di aspettativa di vita, mortalità infantile ecc...

Si parla anche di una messa sotto osservazione del Medicaid, che attualmente fornisce assistenza alle famiglie più povere.

Ci sono decine di esempi sulla mala gestione del Medicaid. Per esempio, il 33% degli ultra sessantacinquenni che ha avuto un ricovero per acuti in un ospedale del Medicaid, viene ricoverato una seconda volta entro un mese. Questo è un indicatore chiaro di cattiva gestione. Inoltre è importante intervenire sulle tariffe di rimborso, estremamente eterogenee nei cinquanta Stati. Una cosa che noi abbiamo superato con i Lea e i Drg. Questa differenziazione, secondo le loro stime, vale un 14% dell'intero Medicaid. Quindi se riuscissero a mettere i piedi un sistema di tariffe, e questa è forse la parte più facile perché gli americani hanno grandi capacità tecniche e processuali, riuscirebbero a rispar-

miare il 14% del costo complessivo.

Tra i costi maggiori del sistema sanitario Usa c'è una grande ricorso ai ricoveri. Perché si crea questa situazione?

In molti Stati americani manca un sistema territoriale ed esiste solo l'ospedale, che quindi moltiplica le prestazioni. E poi tutti i non assicurati e i sotto assicurati in ospedale possono ricevere le prestazioni di emergenza. In questi casi gli ospedali li ricoverano, anche senza la carta di credito fra i denti, ma appena non sono più a rischio di vita li mandano a casa. E questo spesso provoca nuovi ricoveri. Ci sono degli studi, ad esempio, che mostrano come dopo l'infarto ci sarebbe bisogno di un periodo di riabilitazione cardiologica che

in Italia dura minimo 45 giorni. Ma se non si fa, come spesso accade negli Stati Uniti, si va incontro a un nuovo episodio acuto e a un nuovo ricovero. Inoltre va detto che la maggioranza degli Stati non fanno prevenzione. Il piano di Obama prevede piani di prevenzione per tutti gli assicurati.

È in atto una grande campagna contro la riforma. Quali sono i temi?

Oggi tutte le televisioni stanno mandando spot che fanno pubblicità negativa al presidente, puntando su uno dei principi liberal più radicati: la libertà di scelta. Un principio che Bush ha sempre propagandato: quando uno sta male va dove vuole, quando vuole, come vuole. È ovvio che ci va se è assicurato o se ha mol-

Gli oppositori alla riforma puntano sulla tesi che, con la sanità pubblica, nessuno potrà avere il proprio medico di fiducia. Stanno facendo spot in cui si dice che la sanità per tutti vuol dire che per avere una prestazione dovrai metterti in fila dovrai aspettare tre anni e quindi morirai nell'attesa

to denaro, mentre ci sono oltre 71 milioni di cittadini che non possono farlo. Ma anche la moltiplicazione delle prestazioni del Medicaid discende da questa filosofia. Gli oppositori alla riforma puntano quindi sulla tesi che, con la sanità pubblica, nessuno potrà avere il proprio medico di fiducia. Stanno facendo spot in cui si dice che la sanità per tutti vuol dire che per avere una prestazione dovrai metterti in fila dovrai aspettare tre anni e quindi morirai nell'attesa.

Sono del tutto evidenti le ragioni per cui le assicurazioni contrastano la riforma. Ma l'opposizione a questo progetto sembra ancora più ampia. Chi è che non vuole la sanità per tutti?

Pur coprendo i 46 milioni di non assicurati, pur coprendo i 25 milioni di sotto assicurati, pur garantendo i farmaci, la riforma si propone di ridurre il tasso di aumento della spesa sanitaria dell'1,5% all'anno. In questo modo in 9 anni si risparmierebbero trecento miliardi di dollari, ovvero 300 miliardi. Ci sono quindi fornitori che vedranno ridurre i propri fatturati di una somma così grande e che dunque contrastano la riforma.

Dunque, contrariamente a quanto si potrebbe credere, la riforma mira a ridurre la spesa sanitaria.

C'è un aumento di spesa nel breve periodo, tre-cinque anni, sicuramente. Ma nell'arco di nove anni si spenderà di meno. La riforma parte da un dato: oggi la spesa sanitaria è quasi il 18% del Pil, se continua con questo trend nel 2029 la spesa sarà il 25% del Pil, nel 2040 sarà il 36%. Non c'è nessun Paese al mondo che possa sostenere questo. Dunque il piano non poteva che prevedere in un periodo mediamente lungo, nove anni, che

si spenda di meno.

Eppure per coprire i costi si è parlato di un aumento di tasse.

Più che un aumento di tasse, si potrebbe parlare di un cuneo fiscale sulle donazioni. Oggi tutti gli americani possono fare donazioni in ambito sanitario contando sulla totale esenzione fiscale. Si tratta di migliaia di migliaia di dollari trasferiti ad Associazioni le più varie e fantasiose. Per finanziare i primi tre-cinque anni della riforma si è ipotizzato di tassare per il 10% queste donazioni. In un primo momento si era pensato a intervenire sui redditi sopra i 50 mila euro, poi sopra i 100mila e ora pensiamo a quelli sopra i 189 mila euro. Chi ha un reddito sopra questa quota pagherà un 10% di tasse sulle donazioni fatte in sanità.

Resta il fatto che ci sono grandi contrasti contro la riforma. È vero, ma negli atti di bilancio già approntati per fronteggiare la crisi ci sono tutta una serie di investimenti importanti nel settore sanitario. Ad esempio il settore delle biotecnologie ha già ottenuto 16mila miliardi di dollari di investimenti; i medici e gli infermieri che accetteranno di lavorare nel Medicaid avranno incentivi. Ci sono decine e decine di miliardi di dollari ad imprese e operatori. Certo che se Obama non riuscirà a rimettere in piedi la macchina che lo ha sostenuto dal basso durante le elezioni potrebbe non farcela. Peter Orszag sta conducendo le trattative per convincere uno per uno quella ventina di senatori che servono: ogni giorno, dalla mattina alla notte, ci sono decine di negozianti che svolgono questo lavoro.

Perché Obama ripete sempre "this year", la riforma si deve fare quest'anno.

Spesa sanitaria Usa (pubblica e privata) in rapporto al Pil

| | |
|-----------------|-------|
| 1980 | 9.1% |
| 1990 | 12.3% |
| 2000 | 13.8% |
| 2004 | 15.9% |
| 2006 | 16.0% |
| 207 | 16.2% |
| proiezione 2025 | 25.0% |

Fonte: Council of Economic Advisers

Assicurati e sotto assicurati

(dati 2007, popolazione adulta 19-64 anni)

| | Assicurati | Sottoassicurati | Sottoassicurati parziali* |
|------------------------------------|------------|-----------------|---------------------------|
| Popolazione adulta, in milioni | 102,3 | 25,2 | 49,5 |
| Popolazione adulta, in percentuale | 58% | 14% | 28% |
| Età | | | |
| 19-29 (%) | 41 | 13 | 46 |
| 30-49(%) | 61 | 12 | 27 |
| 50-64(%) | 65 | 18 | 17 |
| Sesso | | | |
| Uomini | 61 | 13 | 27 |
| Donne | 55 | 16 | 29 |
| Gruppo etnico | | | |
| Bianchi non ispanici | 60 | 16 | 24 |
| Neri non ispanici | 51 | 17 | 31 |
| Ispanici | 49 | 6 | 45 |
| Reddito | | | |
| Meno di \$20,000 | 24 | 26 | 50 |
| \$20,000-\$39,999 | 41 | 19 | 41 |
| \$40,000-\$59,999 | 69 | 13 | 18 |
| \$60,000-\$99,999 | 82 | 9 | 9 |
| \$100,000 o più | 87 | 7 | 6 |

*persone che nel corso dell'anno hanno perso il lavoro e la copertura assicurativa, anche più volte
Fonte: Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Surveys, 2003 and 2007

Le prossime **BATTAGLIE**

DIFENDERE IL SSN PER DIFENDERE I MEDICI

Certamente il vuoto politico estivo ha facilitato la sua presenza nelle prime pagine dei quotidiani italiani, ma questo da solo non basta a spiegare il grande interesse suscitato nei media dalla riforma sanitaria firmata Obama. Sono cose che succedono oltreoceano, ma la materia ha un forte impatto sulle vicende di casa nostra ed è interessante provare a leggerle con una lente neutrale.

47 milioni di americani senza alcuna assicurazione di malattia, 60% dei fallimenti delle famiglie causato per sostenere le cure mediche, la spesa sanitaria annua più alta del mondo, pari a 2400 miliardi di dollari, 16,2% del Pil, 12 milioni di americani discriminati con il rifiuto di un contratto o con polizze maggiorate perché portatori di malattie già in atto, l'84% degli stessi americani soddisfatti dagli interventi sanitari delle compagnie di assicurazione (sondaggio condotto tra gli "eletti" e che non tiene conto della massa degli "esclusi").

Le cifre sono lì e la lista potrebbe essere ancora più lunga. C'è chi dice che sia la più grande riforma del nuovo secolo, finalmente l'uguaglianza davanti al diritto ad essere curati, c'è chi dice che saranno compromesse le cure per chi invece già ce l'ha, minando stabilità e sicurezza. C'è chi sostiene che il costo della riforma sanitaria, che secondo le previsioni sarà di 1500 miliardi di dollari in dieci anni, metterà in ginocchio l'economia americana e chi al contrario sostiene che saranno tagliati centinaia di miliardi di sprechi che si nascondono nei programmi sanitari federali *Medicare* e *Medicaid*, come dimostrano i semplici costi di gestione dei sistemi vigenti (le spese amministrative di *Medicare* e *Medicaid* sono appena il 2% degli interi costi di gestione contro il 20% delle spese di burocrazia della Compagnie di assicurazione).

La battaglia è aspra, i poteri forti del business sanitario privato hanno dispiegato tutto il loro potentissimo fuoco di sbarramento, occupando ogni spazio

dei media, invadendo dibattiti pubblici, televisivi e giornalistici, sbandierando dati allarmistici, ricorrendo anche alla temuta parola "socialista" per bollare la riforma. In questi casi è difficile filtrare il dato veritiero perché è la verità stessa che viene mascherata dallo spettacolo. Un diluvio di testimonianze rimbalzano tra uno schieramento e l'altro come palline da tennis, ma fra tutte una ci ha particolarmente impressionato, perché riconoscibile anche nella prassi delle nostre assicurazioni. Una gentile signora di 59 anni, di professione infermiera, ha denunciato davanti ad una commissione di indagine e studio della Camera che si è vista revocare la sua assicurazione sanitaria per via di un banale problema dermatologico (forse addirittura l'acne!) preesistente alla comparsa di un tumore del seno, perché considerata una malattia precancerosa e non è un caso isolato. Uno studio della stessa Commissione ha constatato che esistono 1.400 (millequattrocento) condizioni patologiche che possono essere tradotte al bisogno come forme precancerose e che ricorrendo a questa motivazione le compagnie di assicurazioni nel triennio 2003-2007 hanno disdetto 19.776 polizze, realizzando un risparmio di 300 milioni di dollari.

"Polizza annullata" o "contratto

resciso" sono incubi che nell'immaginario collettivo americano hanno lo stesso impatto della propria casa distrutta da un terremoto. Noi semplici spettatori in quel teatro, siamo attori in casa nostra dove la scenografia è differente ed i numeri indicano un'altra sceneggiatura. Il viceministro alla Salute Ferruccio Fazio, ha ribadito in un recente dibattito, la sua convinzione che il Ssn è la più grande conquista del novecento ed i principi di solidarietà, uguaglianza ed universalismo su cui si fonda sono la più grande garanzia di fronte alla malattia. Ma con il resto del mondo condividiamo il problema del controllo della spesa e la necessità di coniugare la sopravvivenza e l'efficienza del sistema con la limitatezza delle risorse economiche. Ovvero mettere d'accordo una spesa sanitaria in crescita esponenziale che nel 2008 è stata pari a 108,747 miliardi di euro e che arriverà nel 2013 alla cifra di 127,667 miliardi di euro (Dpef 2010-2013) con un finanziamento fissato dalla manovra economico-finanziaria del luglio 2008 a 103.945 miliardi di euro per il 2010 (-10,7 miliardi rispetto al tendenziale, che salirà a -12 miliardi nel 2011). La ricetta per tenere insieme il trend di crescita della spesa ed il finanziamento previsto ci dicono che sarà il federalismo fiscale, condita dalle economie

di spesa affidate all'adozione dei costi standard per la misura del finanziamento e alla buona gestione dei servizi pubblici. Ma gli attori come reagiranno? I cittadini, pur confermando in stragrande maggioranza la loro fiducia nel servizio sanitario pubblico, sono confusi, annaspiano tra liste di attesa e macroscopiche differenze di erogazione legate alla residenza, le Regioni si sentono istituzioni di serie B, scavalcate da scelte governative "di sistema" ed attendono agguerrite il nuovo patto della salute, i medici soffrono una forte crisi di ruolo e si vedono sempre più umiliati nella loro autonomia professionale e sempre più spinti ai margini del sistema, il sindacato è schiacciato da una intrusiva opera di legificazione che limita le sue prerogative e la sfera di competenza, stravolge le regole della contrattazione, indebolisce il suo potere di interdizione.

Si dice che Obama dopo aver denunciato un sistema iniquo fin dentro le sue più profonde viscere, che protegge i sani ed abbandona i malati, preoccupato di perdere uno scontro politico in un momento di gravi difficoltà economiche e di scelte strategiche decisive (Afganistan ed Iraq) sia pronto a ripiegare su "cooperative assicurative" da affiancare alle grandi compagnie di assicurazioni, in

un regime di libera concorrenza, ma noi non abbiamo bisogno di retrocedere di un solo passo.

In Usa bisogna inventare un polo pubblico sanitario, noi che lo abbiamo già da trenta anni, dobbiamo conservarlo. Loro hanno la necessità di affermare il diritto alla salute noi lo dobbiamo difendere. Ma non solo. In questo nostro Ssn oscillante tra crisi di identità e frammentazione, tra pareggi in bilancio e piani di rientro, tra meraviglia e farsa, il nostro dovere è sostenere e rilanciare la centralità del ruolo medico, minacciato dalla rottamazione e dalle difficili condizioni di lavoro, da contratti negati e da milioni di ore di lavoro eccedenti e mai pagate, dalla aggressione della "malasanità" e dalla corruzione delle clientele politiche locali.

Il nostro dovere è di farci trovare pronti ad ogni confronto e ad ogni iniziativa di lotta, nella convinzione che solo in un Ssn compiuto è possibile svolgere una professione autonoma ed efficace e che solo con medici finalmente e pienamente coinvolti nella responsabilità della gestione del sistema sarà possibile realizzare un Ssn moderno al passo con le sfide che questi tempi difficili richiedono. Sarà un altro autunno caldo, non sarà il primo e nemmeno l'ultimo.

↳ **Domenico Iscaro** - Presidente nazionale dell'Anao Assomed

Dalla realtà della Campania **UNA PREVISIONE PER IL FUTURO DELLA CATEGORIA**

Ponendo la fiducia sul Decreto anti-crisi il Governo sta certificando la fine della medicina pubblica: è una visione premeditata o un momento di scelleratezza generale? Certamente è un comportamento schizofrenico quello di chi, nel momento in cui l'Europa ci invita ad una par condicio fra donne ed uomini per l'età pensionabile e tutti sanno che la nostra spesa previdenziale è ben al di sopra della media europea e rappresenta una fetta imponente della spesa sociale, decide la rottamazione dei dipendenti del Pubblico impiego che hanno raggiunto i 40/40 di contribuzione compreso il riscatto degli anni di laurea (e nel caso dei medici, della specializzazione).

Tale rottamazione è ancor più anacronistica perché prevede l'esclusione da questo provvedimento di Magistrati, Universitari e Primari ospedalieri: forse che questi sono figli di un Dio Maggiore ed hanno un genoma particolare? Tutto questo è indice di comportamenti che non hanno un filo logico, a conferma di ciò vi è il pronunciamento del Parlamento che per ben due volte si era espresso contro questo provvedimento, bocciando le spinte di qualche Ministro troppo testardo ma evidentemente troppo potente.

A proposito, ma quanti Ministri hanno superato i 59 anni e/o i 40/40 di contribuzione? Non ci interessa sapere chi è questo grande genio che, forse, si muove senza una logica o forse sul filo dell'interesse particolare che magari è un volgare spoil-system per liberarsi di qualche Direttore generale di Ministero o di qualche altra figura ingombrante.

A noi interessa vedere quello che può succedere nella sanità italiana ed in particolare in Campania.

Questo scenario è ulteriormente Kafkiano, se si pensa che in questi mesi il Presidente della Repubblica degli Usa, Barack Obama, anche a seguito di esperienze tristi personali, sta facendo un punto di onore e ci

sta mettendo la faccia per fare una Riforma sanitaria nel suo Paese dove, ancora oggi, quasi il 40% della popolazione è senza assistenza sanitaria; sì, questo splendido Paese, dove vi sono sicuramente delle punte di eccellenza da noi irraggiungibili, se non si mostrano le carte di credito delle Assicurazioni, non si ha un'assistenza degna di tal nome e se uno costa molto l'Assicurazione rescinde il contratto!

E a chi si ispira Obama per la sua riforma? Ma a noi che, con tutte le nostre difficoltà e disomogeneità ed anche sprechi ed inefficienze, rappresentiamo un esempio nel mondo senza discriminazioni di razza, sesso e reddito.

Vediamo ora qual è lo scenario che si apre per la nostra sanità.

Oggi in Campania l'età media degli ospedalieri è di 55-56 anni, i colleghi più giovani hanno 43-44 anni, da oltre 3 anni, grazie al patto di affiancamento per le "Regioni canaglia", abbiamo il blocco delle assunzioni.

Il Decreto anti-crisi stabilisce anche il blocco del turn-over che è l'ennesimo di questi ultimi anni ed in tutto questo si è stabilito che la stabilizzazione dei precari non è possibile, quindi cari giovani dimenticatevi di avere una minima possibilità di poter lavorare in ospedale, i vostri sogni di poter mettere in pratica anni di sacrifici per formarvi riponeteli nel cassetto, lo Stato non vi vuole!

Vogliamo tentare di immaginare qual è lo scenario dei prossimi anni, senza aver bisogno della sfera di cristallo?

- 1) Un depauperamento in termini quantitativi dei medici in ospedale che strangolerà soprattutto i reparti di emergenza che sono quelli a maggiore stress per il carico di lavoro;
- 2) I giovani (se possiamo appellare così colleghi che hanno 43-44 anni) che non avendo alcuna prospettiva e certezza fuggiranno dagli ospedali per seguire il richiamo di inserimenti lavorativi più sicuri;

ROTTAMAZIONE: IL PRIMO PASSO PER SMANTELLARE IL SSN?

Con il blocco del turn-over e la rottamazione dei medici si determineranno, in un futuro neanche troppo lontano, scenari a tinte fosche per la categoria. Si va dalla crisi dei reparti di emergenza all'impossibilità di stabilizzare i medici precari fino allo svuotamento degli ospedali pubblici. Una deriva pericolosa che i medici devono contrastare

↳ Bruno Zuccarelli - Responsabile nazionale settore organizzativo Anao Assomed

- 3) Il ricatto o la minaccia di qualche Direttore generale verso i medici alla soglia dei 40 anni di contribuzione di adeguarsi alla sua linea altrimenti...;
- 4) Colleghi sempre più stanchi e disincantati, perché non vedono prospettiva, né ricambio generazionale;
- 5) L'impossibilità di continuare a fare scuola ospedaliera, dove il collega esperto insegna al più giovane e dove si lavora in equipe per arrivare

alla diagnosi giusta ed alla migliore terapia;

- 6) Tra pochi anni ospedali vuoti senza medici ospedalieri, sostituiti da chi? Da medici extracomunitari? Da giovani specializzati che non hanno avuto l'adeguata formazione? O da chi altro?

Conclusione: lo smantellamento della medicina pubblica, del Servizio sanitario nazionale, tanto invidiato nel mondo, una sanità non più garantita a tutti, insomma il processo inver-

so che sta realizzando Barak Obama!

Chi è e chi sono i registi occulti di questo lucido e pervicace disegno?

Penso che su questo, a prescindere dalle appartenenze, di tipo politico, sociale, senza le barriere di categorie e gruppi, bisogna reagire contro questo assalto alla medicina pubblica. Gli ospedali, i medici ma soprattutto i pazienti non lo meritano, lo Stato delle Assicurazioni può e deve attendere.



L'assistenza psichiatrica in Italia NEGLI ULTIMI 30 ANNI (Prima parte)

IL LAVORO DEGLI PSICHIATRI? Un percorso ad ostacoli

In considerazione delle profonde modificazioni intervenute nel mondo della salute mentale e dei prossimi appuntamenti legislativi che avranno importanti ripercussioni sulla professione di psichiatra, l'Anao Assomed intende sviluppare all'interno della sua organizzazione un gruppo di lavoro che metta in luce le criticità delle particolari condizioni in cui operano questi professionisti. E che offra spunti per efficaci iniziative sindacali. Dirigenza Medica intende collaborare con la pubblicazione di una nota storica sulla psichiatria italiana

↳ Enrico Rosini - Dirigente Medico Psichiatra Rm A Roma

IL CONTESTO STORICO-CULTURALE DELLA LEGGE DI RIFORMA PSICHIATRICA

La legge che disciplina l'assistenza psichiatrica in Italia, entrata in vigore nel 1978 (legge del 13 maggio 1978 n. 180, recepita poi nella legge 23 dicembre 1978, n. 833) ha rappresentato una violenta rottura rispetto alla norma legislativa precedente, risalente al 1909 e codificata allora con ritardo rispetto alle legislazioni psichiatriche di altri paesi europei.

La cosiddetta "legge 180" pose fine a 20 anni di lotte condotte da un gruppo di psichiatri, guidati da Franco Basaglia (1924-1980), contro amministratori pubblici, politici, Università e Cliniche private.

Il modo di pensare l'assistenza psichiatrica venne completamente trasformato. Si impose la chiusura dei manicomi. Il modello teorico-pratico dell'assistenza psichiatrica perse la precedente connotazione custodialistica per

assumere quello della "Psichiatria di Comunità". Vennero creati i Dipartimenti di salute mentale ed una complessa rete di strutture psichiatriche sul territorio, fatta eccezione per i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) ospedalieri. Gli Spdc, fin dal loro apparire, hanno avuto una distribuzione disomogenea, se non francamente discutibile, a seconda delle Regioni e delle amministrazioni in carica.

Nel 1973 l'Organizzazione mondiale della sanità riconobbe nell'Ospedale psichiatrico di Trieste la culla della riforma e individuò in esso un centro pilota per la ricerca in campo psichiatrico.

Nel 2001 la stessa Oms considerò il modello italiano dell'assistenza psichiatrica come punto di riferimento per il resto del mondo.

Abbattendo il manicomio, la legge di riforma ha riportato di diritto e perentoriamente il paziente all'interno della comunità alla quale appartiene stabilendo, comunque, che es-

sa non avesse più bisogno di essere "protetta" dalle manifestazioni sintomatiche del disagio psichico. Ha inoltre sottratto ai tecnici ed agli specialisti il dominio sulla salute mentale.

Scompare il concetto di pericolosità del malato. Libertà e consenso del paziente alle cure sono le parole chiave della riforma. Si ammette però che si possano attuare trattamenti sanitari obbligatori, ma solo nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici. Va anche detto che l'Italia, contrariamente ad altri Paesi, non ha istituito enti giuridici che stabiliscano volta per volta la liceità giuridica dei trattamenti sanitari obbligatori (Tso) posti in essere dai sanitari. In effetti, sul piano formale è il sindaco della città a rendere valido il Tso, anche se tale atto è, nella sostanza, una semplice procedura burocratica. Il paradosso giuridico di tutto ciò sta nel fatto che sono dei sanitari e non un giudice a limitare la libertà del cittadino.

Basaglia riteneva che la ricerca scientifica svolta nelle Università producesse una conoscenza separata dalla cruda realtà dell'Ospedale psichiatrico, egli riteneva che il mondo accademico e la ricerca scientifica fossero monadi non comunicanti con la società e pertanto produttori di un corpus teorico separato dalla pratica. Affermava che in tali istituzioni il rapporto con il malato fosse posto in essere solo in funzione dell'insegnamento e della ricerca.

Le sue convinzioni di fondo sembrano essere state influenzate dai pensatori sui quali si è formato: Karl Jaspers, Eugene Minkowski, Ludwig Binswanger; fautori della cosiddetta "analisi esistenziale", della "dimensione dell'incontro" con il paziente nonché del recupero della sua "soggettività". La sua critica è rivolta ad una scienza che considera la persona come un oggetto, un dato di natura da descrivere e su cui fare ragionamenti logico-deduttivi, come avviene nelle scienze naturali per qualunque altro fenomeno della realtà.

Per tale motivo, la "legge 180" non fa alcuna menzione delle Università e delle relative Cliniche psichiatriche fino allora esistenti ed operanti, che da quel momento in poi limitarono la loro attività a ricoveri volontari, avulsi dal circuito assistenziale del Sistema sanitario nazionale.

Di fatto, la "legge 180" abolì i reparti di degenza ospedaliero-universitari limitando di conseguenza la capacità di formazione didattica delle università stesse. La professionalità auspicata da Basaglia in campo psichiatrico era più pragmatica che

scientifica. Solo in anni recenti le Università hanno cominciato ad essere reinserite nel circuito assistenziale con l'apertura di reparti, con la gestione di quelli situati negli ospedali generali, con l'attribuzione di un territorio di assistenza.

Per Basaglia non esisteva la necessità di regole terapeutiche da manuale di psichiatria, ma l'obiettivo dei terapeuti doveva essere quello di restituire il malato ai simili, mettendo a punto, volta per volta, la strategia migliore a tale scopo.

Cosicché, se la cura rimane esclusivamente in mano ai medici, verrebbe elusa la partecipazione al trattamento da parte di altri saperi, ma soprattutto da parte dei malati.

All'interno dei manicomi, prima del 1978, Basaglia andava sperimentando un trattamento che desse modo agli internati di descrivere la loro esperienza di vita, al fine di favorire una maggiore coscienza della loro storia di esclusi dalla società. Venivano così sollecitate assemblee collettive nei reparti alle quali tutti potevano partecipare.

Vennero aboliti i segni distintivi del potere medico (gerarchie, uso del camice, venne adottato un linguaggio diretto, etc.) nonché favorite tutte quelle iniziative che portassero all'uscita dei pazienti dal manicomio, fino a rendere evidente l'inutilità del manicomio stesso.

Si trattava soprattutto di pazienti psicotici, spesso con livello culturale medio basso, provenienti da classi sociali meno fortunate, maggiormente escluse dal ciclo produttivo e dalla fruizione culturale della società.

Medici, infermieri, psicologi,

assistenti sociali, malati formavano una sorta di libera comunità il cui scopo era di superare ed abbattere l'Ospedale Psichiatrico.

È in questo clima che qualche psichiatra, peraltro sconfessato in questa esplicita formulazione dallo stesso Basaglia, arrivò ad affermare che la malattia mentale non esiste, ma sarebbe solo l'espressione dei conflitti sociali di classe.

Per Basaglia, comunque, l'intera società doveva essere investita del problema dell'esclusione dei malati: quello che era un problema maturato all'interno dell'ospedale doveva diventare una contraddizione esplosiva tale da trasformarsi in un problema di tutta la società. Se non era chiaramente lì delineata la causa della follia, comunque lì era il fine e il bersaglio del movimento: sul sociale si sarebbe misurata in qualche modo l'efficacia della battaglia.

Basaglia non va considerato né un Pinel, né un Esquirol, né un santo dei nostri tempi. Egli ha rappresentato lo Zeitgeist degli anni '70 in Italia, ma si è anche avvalso, nel suo programma, dei progressi scientifici nel campo dei trattamenti farmacologici, senza i quali nessuna "demanicomizzazione", processo peraltro già avviato con successo in altri paesi con un indirizzo tecnico e non ideologico, si sarebbe mai potuta realizzare. Se Basaglia non esplicitò mai il fondamento di una certa pratica antipsichiatrica (la malattia non esiste), ebbe però al centro della sua teoria e della sua pratica il concetto che il sapere psichiatrico (come ogni altro sapere tecnico) crea una diseguaglianza, separa due spazi, crea due domini separati, con diverso potere. Sapere si identifica con potere esercitato sull'altro. E questo rende ragione della diffidenza e dell'ostilità verso qualsiasi aspetto tecnico e scientifico della cura da parte dell'eredità basagliana.

Dal 1970 al 1978 l'influenza della politica, espressione dei

rapidi cambiamenti sociali in corso in Italia, divenne sempre più incisiva sulle trasformazioni che subì l'assistenza psichiatrica (per una cronistoria di quegli anni vedi il volume di Giovanni Jervis e Gilberto Corbellini, "La Razionalità Negata", edito da Boringhieri)

Alla fine degli anni '60 dagli Usa arrivano alcune importanti novità scientifiche che alimentarono favorevolmente il dibattito sulla psichiatria. In campo psicoanalitico gli aspetti sociologici assumono, per opera di psicoanalisti come Karen Horney, Erich Fromm, H. S. Sullivan, una valorizzazione sempre maggiore. Thomas Szasz denuncia la "degenerazione dello psichiatra" che opera solo in termini di malattia con scarsa considerazione per l'uomo malato. Con la sua attività vengono valorizzati i diritti civili dei malati e aperta una critica verso le istituzioni psichiatriche. Contesta inoltre la psichiatria tradizionale di stampo organicistico-Kraepeliniano ed enfatizza l'importanza della dimensione sociale nella genesi dei disturbi mentali. Sottolinea inoltre le conseguenze nefaste dell'istituzionalizzazione sulla vita di persone costrette a prolungati soggiorni in luoghi chiusi e coercitivi, tra cui i manicomi. In quegli anni il libro di Erwin Goffman, "Asylum", divenne, per alcuni psichiatri e per coloro che a vario titolo sostenevano Basaglia, una sorta di Bibbia. Un'altra importante influenza proveniva dal movimento della cosiddetta "antipsichiatria" di David Cooper. Per non dimenticare poi l'importanza delle tesi di Ronald Laing per una "diversa" psichiatria.

Anche gli intellettuali francesi contribuirono alla rivoluzione psichiatrica italiana: come loro abitudine, i francesi esportano le rivoluzioni all'estero. In campo psichiatrico introdussero importanti innovazioni, come la "psychiatrie de Secteur" e la riduzione del numero dei ricoveri ne-

gli ospedali psichiatrici.

Un testo sacro di quegli anni era: "Storia della follia nell'età classica" di Michel Foucault, che ci spiegava, una volta per tutte, la causa della "segregazione psichiatrica". Secondo Foucault, i soggetti che turbavano l'ordine sociale perché incapaci di entrare nei nuovi meccanismi di produzione alla base del nascente sviluppo economico ed industriale del XVIII° secolo, venivano rinchiusi nei manicomi. Michel Foucault, Felix Guattari, Jacques Derida, il fior fiore dell'intelligentia francese, calarono dalle Alpi, come altri prima di loro, con l'intento rivoluzionario di porre fine alla nostra ignoranza. A tutto ciò, né la cultura psichiatrica tradizionale italiana (di impostazione Kraepeliniana o fenomenologico-esistenziale), né la paludata cultura accademica seppero contrapporsi culturalmente e vennero giustamente ridotte al silenzio.

La vita dell'ospedale dove operava Basaglia verso la fine degli anni '70 ruotava intorno alle quotidiane riunioni alle quali potevano partecipare tutti liberamente, secondo un modello di gestione assembleare a tipo "comunità terapeutica", maturato dalle esperienze di Maxwell Jones, del cui lavoro Basaglia era stato diretto testimone. Il rischio, avvertito da Basaglia, era però di considerare la comunità

terapeutica come un modello terapeutico, efficace e non coercitivo.

Il suo vero obiettivo era lo smantellamento dell'Ospedale Psichiatrico con la conseguente autoritaria immissione dei malati nel mitico "territorio" e non la messa a punto di uno strumento di lavoro clinico.

Durante gli anni '70, la rivolta contro i manicomi in Italia era associata alla rivolta contro qualsiasi "istituzione totale", come caserme, prigioni, scuole e contro qualsiasi forma di autoritarismo.

Non vi è stato, in quegli anni, un ampio dibattito sulle modifiche da apportare alla allora obsoleta assistenza psichiatrica. Il clima politico era particolarmente instabile. Solo pochi giorni prima dell'approvazione della "legge 180", Aldo Moro era stato ucciso dalle Brigate Rosse ed i politici italiani non volevano aprire, con l'occasione di un ampio dibattito parlamentare sull'assistenza psichiatrica, un altro terreno di scontro.

Con l'accordo di quasi tutti i partiti la legge venne approvata in parlamento.

Dal 1978 ad oggi si contano innumerevoli proposte di legge, sia di destra sia di sinistra, tese a modificarne i contenuti.

Per alcuni, essa è solo una legge visionaria frutto dell'ideologia del momento storico in cui è stata prodotta, per altri è una legge avversata per in-

teressi politici ed economici del settore privato, scarsamente finanziata, perfettamente funzionante nelle regioni in cui è stata correttamente applicata.

Basaglia, di formazione marxista, pur non avendo mai chiaramente sostenuto una teoria sociogenetica della malattia mentale né essersi professato antipsichiatra, era dominato dalla necessità di intervenire sul degrado delle istituzioni e sulla povertà dell'assistenza psichiatrica, non immaginando certo la potenziale deriva ideologica che la sua impostazione avrebbe potuto assumere successivamente.

Più che sottoposti ad un'occasionale ma a volte necessaria oggettivazione clinica in sede conoscitiva, i malati erano spesso ridotti, nei manicomi, ad oggetti che nessuna posizione potevano prendere rispetto alla loro malattia. La rivoluzione psichiatrica intendeva dare finalmente dignità alla storia del malato, alla sua soggettività, alla necessità di un suo possibile recupero in termini di abilità e contrattualità sociale abolendo il manicomio, ritenuto, in quanto segregante, luogo votato allo sviluppo della psicosi più che alla sua cura. Il modello sociogenetico, riduttivo e ipersemplificato, della malattia mentale dominante all'indomani della legge 180, ha rigettato, però, con la capziosità di un commissario del popolo, altri saperi, quello biologico e organicista in primis. Il risultato è stato un sostanziale e nefasto riduzionismo, nonché un'iniziale e aperta avversione a teorie e prassi tecniche e scientifiche controllate e validate. Ciò sia in ambito psicoterapeutico, sia farmacologico. Conseguenza, tuttora tangibile nell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica, è stata la confusione tra il curare e il prendersi cura del malato, nonché quella relativa al ruolo e alle funzioni delle diverse figure professionali.

La seconda parte sul prossimo numero

Basaglia riteneva che la ricerca scientifica svolta nelle Università producesse una conoscenza separata dalla cruda realtà dell'Ospedale Psichiatrico; egli riteneva che il mondo accademico e la ricerca scientifica fossero monadi non comunicanti con la società e pertanto produttori di un corpus teorico separato dalla pratica

Al Forum di Cernobbio presentato il DOCUMENTO DELLA COMMISSIONE NAZIONALE

FAZIO: "STATE ASSISTENDO ALLA RIVOLUZIONE DEL SISTEMA ECM"

A Cernobbio si è presentata la "nuova" Educazione continua in medicina, quella disegnata dal documento approvato dalla Commissione nazionale Ecm alla fine di luglio. Nella giornata di apertura del Forum sul palco si sono susseguiti i membri della Commissione, a cominciare dal vicepresidente Amedeo Bianco, seguito da Giovanni Leonardi, Andrea Lenzi, Antonio Scala, Maria Linetti. A fare gli onori di casa Fulvio Moirano e Renato Balduzzi, presidente e direttore dell'Agenas, alla quale è ora affidato il compito di gestire la complessa partita Ecm. I cambiamenti introdotti dalla Commissione sono significativi, tanto che, aprendo la seconda giornata dei lavori, il vice-ministro Ferruccio Fazio ha detto: "State assistendo alla rivoluzione del sistema Ecm, che era attesa da molti anni".

Le novità più rilevanti, illustrate in sala da Riccardo Vigneri, riguardano tre aspetti. Il primo è che l'accreditamento sarà ora rivolto non ai singoli eventi, ma agli organizzatori, ovvero ai provider. Questo vuol dire che i controlli e le verifiche sulla qualità della formazione saranno più semplici: se, infatti, era quasi impossibile vagliare le decine di migliaia di eventi organizzati ogni anno da provider di ogni genere (si erano accreditati come tali anche singoli o agenzie di viaggio), sarà più gestibile verificare l'affidabilità di un numero di provider che dovrebbe attestarsi intorno ai 1.500 a livello nazionale. Importante la scelta di due canali per l'accreditamento, uno nazionale e l'altro regionale. I provider potranno dunque essere valutati o dalla Commissione nazionale Ecm

o dalle strutture regionali preposte, a seconda del loro orizzonte di intervento.

Novità anche per la Formazione a distanza. La Fad, che in una prima fase era stata contingentata (potevano essere acquisiti solo un numero limitato di crediti con questa modalità), oggi viene rivalutata, valorizzandone l'accessibilità, la persistenza dei materiali didattici utilizzati e, non ultimo, l'economicità. Dunque, niente

tetti per la Fad, che potrà rappresentare anche la totalità della formazione acquisita. Accanto alla Fad, maggiore rilievo sarà dato anche alla Formazione sul campo (Fsc).

Molto delicato il discorso sul conflitto di interessi, ovvero sulle regole da definire per la partecipazione degli sponsor, le aziende del settore.

Per avere maggiori dettagli occorrerà aspettare la pubblicazione dei regolamenti per l'accre-

ditamento e per la valutazione, che la Commissione nazionale dovrà mettere a punto nei prossimi mesi. E, naturalmente, l'approvazione di tutti questi documenti in Conferenza Stato-Regioni, dove non dovrebbero incontrarsi problemi di merito, ma piuttosto riflettersi le generali difficoltà di questi mesi nei rapporti tra Governo e Regioni.

Il testo di inquadramento generale indica però già diverse innovazioni: per la pubblicità isti-

tuzionale delle aziende sono indicati spazi precisi e separati; inoltre, docenti e formatori, che prima dovevano solo fornire un'autocertificazione sull'assenza di conflitto di interessi, ora dovranno fornire documentazione sulle fonti di finanziamento degli ultimi 24 mesi. Delle eventuali irregolarità riscontrate sarà il provider a rispondere e ad averne responsabilità.

Una impostazione stretta che ha generato qualche malumore, registrato a Cernobbio negli interventi del vicepresidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi e del presidente di Assobiomedica Angelo Fracassi, che hanno sottolineato il contributo di ricerca che l'industria porta alla sanità e dunque anche alla formazione e all'aggiornamento dei professionisti.

(E.A.)

Intervista a **RICCARDO VIGNERI**, membro della Commissione nazionale Ecm

Per arginare il conflitto di interessi la strategia è la trasparenza

Professor Vigneri, quanti saranno i provider con l'applicazione delle nuove regole?

La regione Lombardia, che ha avviato da diversi anni questo tipo di accreditamento, ha 170 provider. Di conseguenza, possiamo immaginare che in Italia al massimo si arriverà ad un numero di 1.500 provider.

Cambierà anche il modo di fare i controlli?

Finora, va detto con chiarezza, verifiche non ce ne sono state. Ora si attivano due sistemi di verifica. Una è la verifica *ex ante*: nel momento in cui il provider vuole essere accreditato deve mandare una documentazione registrata formale riguardo a tutta una serie di caratteristiche della sua organizzazione. Poi c'è la verifica *ex post*, per la quale ogni Ente accreditante nazionale o regionale ha

l'obbligo di verificare *in situ* ogni anno almeno il 10% dei provider che ha accreditato. Ciò vuol dire che se la Lombardia ha 170 provider, ogni anno almeno 17 devono essere controllati, che è un numero ragionevole.

Passiamo ad un'altra questione essenziale: come si finanzia il sistema Ecm?

Nel suo intervento al Forum, Federico Spandonaro ha esposto un'analisi secondo la quale in media un credito Ecm costa circa 15 euro, per un totale che corrisponde ad una cifra tra 1 e 3% del monte stipendiale. Considerando che esiste già una legge secondo la quale l'1% del monte stipendiale dovrebbe essere destinato alla formazione, teoricamente, la gran parte dell'Ecm potrebbe essere coperta da soldi pubblici già previsti e stanziati, soprattutto se si darà impulso alla Fad che ha costi decisamente più

bassi. Purtroppo, però, in gran parte delle aziende quel 1% non viene destinato alla formazione ma viene stornato su altri capitoli di bilancio.

Di fatto una gran parte dei soldi che coprono le spese dell'Ecm vengono dagli sponsor, cioè dalle aziende.

Sul palco di Cernobbio sia il vicepresidente di Farmindustria Massimo Scaccabarozzi, sia il presidente di Assobiomedica Angelo Fracassi hanno manifestato una certa insofferenza verso questa apparente contraddizione, di un sistema che chiede la loro partecipazione e poi però li lascia in qualche modo "sulla soglia". Quali saranno le nuove regole sul conflitto di interessi?

Al di là della disponibilità economica, io ritengo assolutamente utile la partecipazione dell'industria al finanziamento e al supporto

dell'Ecm, perché l'industria è apportatrice di innovazione nella farmaceutica, nelle procedure e nella tecnologia degli strumenti, quindi è soggetto qualificato a far sì che questa innovazione venga conosciuta. Non soltanto è lecito, ma la Commissione è a favore di questo tipo di finanziamento da parte delle industrie.

Ma perché un'azienda che sta pagando un evento, non dovrebbe firmarlo a chiare lettere e perché non dovrebbe averne in cambio un vantaggio?

Forse ci siamo capiti male. Le regole sulla trasparenza dicono proprio che l'evento deve essere "firmato", si deve dire che questo convegno su questo tipo di farmaco è sponsorizzato dall'azienda che lo produce, devono saperlo tutti. L'azienda però deve avere pagato il provider, non i relatori. (E.A.)

Approvato il **PROGRAMMA ANNUALE DI ATTIVITÀ DEL CCM**

LA PREVENZIONE SI INNOVA

È arrivato il via libera del Ministero al programma annuale di attività per il 2009 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.

Grazie allo stanziamento di 19 milioni di euro saranno sostenuti programmi di prevenzione con caratteristiche innovative rispetto al passato

Diciannove milioni e 500mila euro per sostenere il Piano nazionale della prevenzione, il programma Guadagnare salute ed anche progetti strategici di interesse nazionale. È quanto ha messo sul piatto il ministero del Welfare che nel mese di luglio ha approvato con Decreto il programma annuale di attività per il 2009 del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm). Un'attività prevenzione con caratteristiche innovative rispetto alle precedenti: infatti, oltre a considerare i programmi di prevenzione collettiva punta a raggiungere, sottolinea il Ccm, una "sistemizzazione dei programmi di prevenzione di patologia, al fine di ridurre, anche su questo versante, il carico di malattia". Una nuova impostazione che chiama in causa i Dipartimenti di prevenzione e tutti gli attori del sistema (Mmg, Pdl, Ospedali, Distretti, Sert, ecc.) per innescare un circuito virtuoso tra assistenza domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale e assistenza ospedaliera.

Per raggiungere l'obiettivo del miglioramento della prevenzione sono state quindi individuate, insieme all'attività di sorveglianza epidemiologica, quattro aree strategiche: prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nelle persone a rischio e complicanze e recidive di malattia. Per rendere ancor più trasparenti le procedure di esecuzione del programma sono state introdotte due novità: i progetti finalizzati alla sua attuazione dovranno basarsi su

evidenze scientifiche comprovate; le Regioni avranno un ruolo principe nella raccolta e nella presentazione al Ccm di tutte le proposte di progetto per realizzare la programmazione 2009. Le proposte potranno comunque essere presentate autonomamente anche da Iss, Ispels e Agenas.

In sostanza, non sarà più possibile per i soggetti eventualmente interessati (strutture del Ssn, Sanità militare, Izs, Università, Irccs e ogni altro Ente, Istituto, Fondazione, Ong, Associazione, Società scientifica, Agenzia internazionale, ecc., pubblica o privata) proporre direttamente applicazioni al programma Ccm: potranno presentare i progetti solo previo avallo della Regione competente.

Come sono stati distribuiti i finanziamenti? I fondi disponibili ammontano esattamente a 19.570.011, di questi circa il 60% (11.220.011,00 euro) sarà indirizzato alle attività di sostegno alle Regioni per la realizzazione delle attività previste dal Piano nazionale della prevenzione e da Guadagnare salute. Saranno invece dedicati al supporto di progetti strategici di interesse nazionale 3 milioni 750mila euro (il 20%). Il restante 20%, 4 milioni e 600mila euro, sarà invece destinato alle azioni centrali, vale a dire a tutte quelle voci di spesa necessarie per sostenerne il funzionamento, attività e personale. Ma vediamo nello specifico quali sono, insieme all'attività di sorveglianza epidemiologica, le aree prioritarie individuate dal programma di prevenzione per sostenere le Regioni.

PREVENZIONE UNIVERSALE

Per quanto riguarda i programmi di prevenzione universale – i quali abbracciano molteplici campi: dai controlli ambientali alla verifica della sicurezza degli alimenti, dalle vaccinazioni e dalla lotta alle malattie trasmissibili alle campagne di screening, ecc – sono state individuate sei linee progettuali: stili di vita (quindi prevenzione di rischi comportamentali: fumo, dieta scorretta, inattività fisica e uso di alcol); dipendenze (prevenzione delle tossicodipendenze di bambini ed adolescenti); ambiente di lavoro (riduzione delle patologie occupazionali e in particolare dei tumori professionali); incidenti stradali, domestici e in istituzioni; riduzione dell'incidenza della malattie trasmesse da alimenti; interventi vaccinali.

MEDICINA PREDITTIVA

Per sfruttare al meglio le nuove possibilità di intervento in campo medico è stato riservato, nell'ambito delle attività di prevenzione, uno spazio ad hoc alla medicina predittiva, intesa come quell'approccio a scoprire e valutare in termini probabilistici i fattori che, per una determinata persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di malattie. Sono state perciò indicate delle linee progettuali così articolate: sviluppo di linee guida sulle modalità d'uso della medicina predittiva; realizzazione e trasferimento di programmi di privata efficacia in tema di malattie congenite, neurodegenerative, autoimmuni, malattie del cuore, neoplastiche e glaucoma.

PREVENZIONE DELLA POPOLAZIONE A RISCHIO

Con lo scopo di dedicare particolare attenzione al tema delle fragilità sono stati individuati gruppi specifici di persone deboli. Saranno sostenuti gli interventi di individuazione e presa in carico precoce dei bambini con disturbi dell'apprendimento, degli adolescenti con disturbi antisociali di personalità e dei disturbi degli organi di senso oltre che quelli per la precoce individuazione delle persone e presa in carico delle persone a rischio di fragilità.

Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia. Alla luce dell'invecchiamento della popolazione e del conseguente trend in crescita di patologie cronico-degenerative, che se non prese adeguatamente in carico possono portare verso stati più o meno gravi di non autosufficienza, sarà supportata la presa in carico multidimensionale e multispecialistica finalizzata alla continuità assistenziale di: Alzheimer e malattie neurodegenerative, Sla e gravi cerebrolesioni acquisite, malattie respiratorie croniche,

scompenso cardiaco, osteoporosi.

SOSTEGNO A PROGETTI STRATEGICI DI INTERESSE NAZIONALE

Rientrano poi nel programma del Ccm quei progetti considerati di interesse nazionale. Sono stati individuati in questo campo aree meritevoli di sviluppo o di continuazione di sviluppo: si va dal trasporto dei disabili alla presa in carico dei disturbi psichiatrici post eventi traumatici, dalla lotta al plancton nelle acque di balneazione alla sviluppo di nuovi antivirali per contrastare imminenti pericoli infettivi. Particolare attenzione sarà dedicata anche al miglioramento del percorso nascita. Non solo, sono ritenute aree progettuali da sostenere anche quelle relative alla: realizzazione di un modello metodologico per la valutazione delle performance del Ssn; al ruolo dell'informazione nella prevenzione delle malattie infettive e dell'epatite; all'analisi per favorire il ruolo dell'associazionismo nelle attività di prevenzione e alla valutazione di nuove forme di remunerazione per pacchetti di prestazione. (E.M.)

Per raggiungere l'obiettivo del miglioramento della prevenzione sono state quindi individuate, insieme all'attività di sorveglianza epidemiologica, quattro aree strategiche: prevenzione universale, medicina predittiva, prevenzione nelle persone a rischio e complicanze e recidive di malattia

Previdenza

Claudio Testuzza

Da luglio per andare in pensione valgono le "quote"

La riforma pensionistica Berlusconi-Maroni del 2004 e quella successiva Prodi-Damiano hanno cambiato i meccanismi per conquistare il trattamento di anzianità. In particolare con l'ultima riforma sono state introdotte le cosiddette "quote" che si ottengono sommando gli anni di età con quelli di contribuzione. In questo articolo le possibili strade da percorrere per accedere alla pensione

Dal 1° luglio di quest'anno, per poter ottenere il trattamento pensionistico di anzianità, non basta raggiungere i requisiti d'età e contribuzione ma è necessario fare la somma fra i due requisiti per essere certi di aver raggiunto il sospirato limite. Si tratta delle cosiddette "quote" introdotte dal governo Prodi con il suo ministro Damiano per tentare di ridurre l'impatto del famoso "scalone", di cui si era fatto assertore il precedente governo Berlusconi, espresso dalla riforma Maroni del 2004. Lo scalone prevedeva un brusco innalzamento dell'età anagrafica per andare in pensione. Si passava, nella notte di fine d'anno 2007, dai già precedentemente previsti 57 anni al nuovo limite dei 60 d'età.

La vittoria del centro sinistra nell'elezioni politiche del 2006 aveva messo subito in discussione tale incremento. Era peraltro una promessa elettorale. Ma la soluzione non era a portata di mano. Le modifiche da apportare costava-

no molto ed il ministro Padoa Schioppa si oppose a diverse soluzioni che comportavano danni al bilancio dello Stato. Alla fine fu trovata una soluzione con l'introduzione, appunto, delle "quote". Con il meccanismo introdotto si incrementava, ma in una forma più piana, l'età richiesta per il pensionamento anticipato e a raggiungere il nuovo livello poteva contribuire anche un incremento dell'età contributiva.

In pratica si sono mantenuti fermi i requisiti del passato, 57 anni d'età per i dipendenti e 58 per gli autonomi con un minimo di 35 anni di contribuzione, per tutto il 2007, poi per il 2008 e per i primi sei mesi del 2009 è stato richiesto un anno d'età in più (58 anni per i dipendenti e 59 anni per gli autonomi). Ma dal 1° luglio 2009 scattano i nuovi requisiti: quota 95 per i dipendenti; quota 96 per i lavoratori autonomi. Per raggiungere la quota 95 si possono sommare sia i 59 anni d'età con almeno 36 anni di contribuzione ovvero i 35 an-

ni di contribuzione con almeno 60 anni d'età. Per raggiungere la quota 96 il minimo di età è di 60 anni con 36 anni d'età oppure 61 anni anagrafici con 35 anni di contribuzione.

Di fatto si ricompongono le condizioni già previste della riforma Berlusconi-Maroni. Anzi, nel prosieguo degli anni, la riforma Prodi-Damiano diviene più restrittiva di quella che si era voluta modificare. Dal 2011 e per tutto il 2012 è richiesta la quota 96 (61+35 ovvero 60+36) per i dipendenti, e la quota 97 (62+35 / 61+36) per gli autonomi. Dal 2013 la quota diviene 97 per i dipendenti (62+35 / 61+36) e 98 per gli autonomi (63+35 / 62+36).

Per il raggiungimento della quota, purché si sia in possesso del requisito minimo contributivo di 35 anni e dell'età minima prevista dalle diverse quote, valgono anche le frazioni d'anno e di anzianità contributiva. Ciò significa che se un lavoratore, ad esempio, raggiunge, a fine 2009, 59 anni e sei mesi d'età con un'an-

zianità contributiva di 35 anni e sei mesi matura il diritto al pensionamento che, per il meccanismo delle "finestre", gli darà diritto ad ottenere la pensione d'anzianità dal 1° luglio del 2010.

Resta tuttora valida la condizione di poter andare in pensione indipendentemente dall'età per chi raggiunge i 40 anni di contribuzione: trattamento assimilato a quello di vecchiaia. Ed inoltre rimangono i due vantaggi che introdotti dalla riforma Berlusconi-Maroni sono stati assorbiti anche dalla successiva riforma Prodi-Damiano. Si tratta del mantenimento del diritto di poter ottenere la pensione, in qualsiasi momento e senza essere assoggettati ai nuovi criteri, per coloro che entro il 31 dicembre del 2007 avessero già maturato almeno 35 anni di contribuzione con un'età di 57 anni per i dipendenti e di 58 per gli autonomi. Vi è poi la possibilità, ma so-

lamente per le donne lavoratrici, di ottenere il pensionamento anticipato con i vecchi requisiti. Ma la loro pensione sarà penalizzata perché anziché utilizzare il metodo di calcolo retributivo, il trattamento prevede il metodo di calcolo contributivo, con una perdita di circa il 20% del suo importo.

Resta tuttora valida la condizione di poter andare in pensione indipendentemente dall'età per chi raggiunge i 40 anni di contribuzione: trattamento assimilato a quello di vecchiaia

Le finestre

Pensionamento d'anzianità

- Requisiti entro il 30 giugno dal 1° gennaio dell'anno successivo
- Requisiti entro il 31 dicembre dal 1° luglio dell'anno successivo

Pensionamento di vecchiaia o con 40 anni di contribuzione

- Requisiti entro il primo trimestre dal 1° luglio
- Requisiti entro il secondo trimestre dal 1° ottobre
- Requisiti entro il terzo trimestre dal 1° gennaio dell'anno successivo
- Requisiti entro il quarto trimestre dal 1° aprile dell'anno successivo

Le riforme a confronto

| | Berlusconi - Maroni | | Prodi - Damiano | | |
|----------|---------------------|----------|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| | Dipendenti | Autonomi | Dipendenti | Autonomi | |
| 2007 | 35 + 57 | 35 + 58 | 2007 | 35 + 57 | 35 + 58 |
| 2008 - 9 | 35 + 60 | 35 + 61 | 2008 - 30/6/09 | 35 + 58 | 35 + 59 |
| 2010-13 | 35 + 61 | 35 + 62 | 1/7/09 - 2010 | Quota 95 (60+35/59+36) | Quota 96 (61+35/60+36) |
| *** | | | 2011-12 | Quota 96 (61+35/60+36) | Quota 97 (62+35/61+3) |
| dal 2014 | 35 + 62 | 35 + 63 | dal 2013 | Quota 97 (62+35/61+36) | Quota 98 (63+35/62+3) |

SCUOLA CARLO URBANI
per la Formazione dei Medici per la Cooperazione Internazionale

6° CORSO DI FORMAZIONE

EVENTO ECM

PROGRAMMA PRELIMINARE
FIRENZE 12 marzo - 29 maggio 2010

OBIETTIVO DEL CORSO

Proporre un livello di formazione di "base" in merito all'organizzazione del lavoro delle équipes sanitarie, nell'ambito della cooperazione internazionale in particolare modo orientata verso i progetti di sviluppo umano. Il corso ha ottenuto crediti dalla Commissione NFC.

DURATA DEL CORSO

6 Moduli quindicinali della durata di 4 + 8 ore da tenersi da settembre a novembre 2009, il venerdì pomeriggio ed il sabato mattina e pomeriggio per complessive 72 ore. Il Corso è riservato ai medici ed alle altre professioni sanitarie interessati alle problematiche della cooperazione

DIRETTORE DEL CORSO

Paolo Quondam

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Egidio Di Pedè
Enrico Reginato

RECAPITI

Telefono e fax: 055 496035
e.mail: segr.toscana@anaao.it

SEDE DEL CORSO

Residence Palazzo Ricasoli
Via Mantellate, 2 - Firenze
telefono 055 352151 fax 055 495001

DOCENTI

MARCO ANSELMO Malattie Infettive - Ospedale di Savona
ALESSANDRO BARTOLONI Malattie tropicali - Università Firenze
FRANCO BONANNI Esperto problematiche Albania, America Latina e Centro America
LUIGI CAFIERO referente UNDP Albania
DANTE CARRARO Direttore Medici con l'Africa CUAMM

LUCIANO CARRINO Ministero degli Affari Esteri- UNDP Roma
GIORGIO CORTASSA Esperto in medicina d'urgenza e problematiche della Cina
VALERIO DEL BONO Malattie Infettive - Ospedale San Martino di Genova
GIANLUCA FALCITELLI ONG CISP Roma
LUIGI FERRANINI Dipartimento salute mentale - Ospedale Galliera Genova

PIERGIORGIO GABASSI Psicologia delle organizzazioni e del negoziato - Gorizia
SILVIO GALVAGNO Chirurgo ONG CCM - Torino
GIUSEPPE GIAGNORIO Medicina d'Urgenza - Ospedale di Gorizia
ANTONIO GUERCI Antropologia Medica - Genova
ROSARIO LEMBO Contratto Mondiale per l'acqua

ALESSANDRO LORETTI Esperto in salute pubblica e Azione umanitaria - Ginevra
GAVINO MACIOCCO Istituto d'igiene dell'Università di Firenze
AMBROGIO MANENTI Direttore WHO Office Iran
GIUSEPPE MEO Chirurgo ONG CCM - Torino
GIACOMO NEGROTTA Responsabile UNDP Libia

FAUSTO ORECCHIO Istituto d'Igiene - Università Cattolica Roma
GABRIELLA PAGANO Malattie Infettive - A.O. San Martino Genova
LUCA SCALI Dirigente medico, epidemiologo - Siena
ANGELO STEFANINI Istituto di Igiene Università di Bologna
GIUSEPPE TOMMASINI Esperto problematiche Africa orientale

PROGRAMMA

| MODULO I venerdì 12 - sabato 13 marzo 2010 | MODULO II venerdì 26 - sabato 27 marzo 2010 | MODULO III venerdì 9 - sabato 10 aprile 2010 | MODULO IV venerdì 23 - sabato 24 aprile 2010 | MODULO V venerdì 14 - sabato 15 maggio 2010 | MODULO VI venerdì 28 - sabato 29 maggio 2010 |
|--|--|---|---|--|--|
| CONOSCENZA DI BASE | VISIONE GENERALE: PER CAPIRE | ALLARGARE LA VISIONE | MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 1 | MALATTIE DEL SUD DEL MONDO 2 | ATTRIBUZIONE E PRESA IN CARICO |
| <p>venerdì 15.00-17.00 Modello partecipativo, alternative alla cooperazione bilaterale e commerciale, cooperazione multilaterale, sviluppo umano, prospettive per la cooperazione decentrata <i>Luciano Carrino</i></p> <p>17.00-19.00 UNDP ARTGOLD Libano: dai progetti ai piani di sviluppo <i>Luigi Cafiero</i></p> <p>sabato 9.00-13.00 Programmazione e costruzione di un progetto di cooperazione per lo sviluppo <i>Franco Bonanni</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Primary Health Care <i>Luca Scali</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p> | <p>venerdì 15.00-19.00 Antropologia della salute, costumi e religione nella molteplicità e nella diversità <i>Antonio Guerci</i></p> <p>Sabato 9.00-11.00 Malattie croniche nei PVS <i>Giuseppe Tommasini</i></p> <p>11.00-13.00 Disponibilità d'acqua. Acqua: diritto o bisogno? Le guerre per l'acqua <i>Rosario Lembo</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Disaster reduction, monitoraggio dei trend globali, allarmi precoci e contingency planning <i>Alessandro Loretti</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p> | <p>Venerdì 15.00-17.00 Epidemie globali: nord e sud del pianeta. Equità e sistemi sanitari in evoluzione <i>Gavino Maciocco</i></p> <p>17.00-19.00 Il Sentiero difficile: 10 anni di Cooperazione sanitaria in Tibet <i>Gianluca Falcitelli</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 La disastrosa sindrome cinese. Troppo tardi, troppo poco? <i>Giorgio Cortassa</i></p> <p>11.00-13.00 le équipes sanitarie <i>Giorgio Cortassa</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Acqua e malattie trasmissibili <i>Fausto Orecchio</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p> | <p>venerdì 15.00-17.00 Globalizzazione e salute: i rapporti tra FMI, WTO e WHO - <i>Paolo Quondam</i></p> <p>17.00-19.00 Malattie infettive: inquadramento generale <i>Gabriella Pagano</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 Malattie ad elevata contagiosità e PVS <i>Marco Anselmo</i></p> <p>11.00-13.00 AIDS: diffusione, prevenzione e spazi terapeutici nei Paesi in via di sviluppo - <i>Valerio Del Bono</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Malaria, realtà e territori <i>Alessandro Bartoloni</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p> | <p>venerdì 15.00-17.00 Ruolo delle ONG in Medio Oriente - <i>Angelo Stefanini</i></p> <p>17.00-19.00 Sistemi sanitari in Africa: ruolo dell'ONG "Medici con l'Africa Cuamm" <i>Dante Carraio</i></p> <p>Sabato 9.00-11.00 Cooperazione sanitaria in Palestina e in Iran - <i>Ambrogio Manenti</i></p> <p>11.00-13.00 Urgenze mediche - <i>Giuseppe Giagnorio</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-17.00 Comunicazione e negoziazione in aree di crisi - <i>Piergiorgio Gabassi</i></p> <p>17.00-18.00 Dibattito su argomenti del Modulo</p> | <p>venerdì 15.00-17.00 Organizzazione di un intervento di cooperazione internazionale <i>Giacomo Negrotto</i></p> <p>17.00-19.00 Salute mentale nei paesi in via di sviluppo e durante periodo bellico <i>Luigi Ferranini</i></p> <p>sabato 9.00-11.00 Chirurgia nei paesi PVS <i>Giuseppe Meo</i></p> <p>11.30-13.00 Chirurgia di guerra - <i>Silvio Galvagno</i></p> <p>13.00-14.00 Pausa</p> <p>14.00-16.00 Gestione delle ferite di guerra: ruolo dell'équipe <i>Silvio Galvagno</i></p> <p>16.00-18.00 Questionario di valutazione finale</p> |

DIRIGENZA **MEDICA**

Il mensile
dell'Anao Assomed

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

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

Coordinamento
redazionale
Ester Maragò

Progetto grafico
e impaginazione:
Daniele Lucia,
Barbara Rizzuti

Periodico Associato
A.N.E.S.
ASSOCIATO NAZIONALE
EDITORIALE

Editore



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

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

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

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

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare nel mese di settembre 2009